

L'avenir est entre nos mains

# LE LIVRE VERS...

de la masso-kinésithérapie

Avec les  
organisations  
professionnelles :



Ordre des  
masseurs-kinésithérapeutes

L'avenir est entre nos mains



# LE LIVRE VERS...

de la masso-kinésithérapie

## **Introduction de René COURATIER**

*Président du Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes*

2

## **Prolégomènes, par Jacques Monet**

*Directeur de l'école de kinésithérapie de Paris ADERF*

4

## **LA KINÉSITHÉRAPIE, UNE SPÉCIALITE MÉDICALE IMPOSSIBLE ?**

**Le métier de kinésithérapeute : une approche socio-historique**

## **Les chiffres clés de la profession**

Démographie des masseurs-kinésithérapeutes en France par région

36

## **Les organisations professionnelles**

50

## **Préparation des États Généraux de la profession**

Enquête : cibler les attentes et construire l'avenir

66

## **Retranscription des États Généraux de la profession**

72

## **Conclusions de la journée**

### **des États Généraux de la profession**

Discours de clôture de Madame Roselyne BACHELOT  
et conclusions de Monsieur René COURATIER

126

## **Une approche prospective et stratégique de la profession de masseur-kinésithérapeute**

L'ABC de l'avenir

132



## René COURATIER

Président du Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes



# Introduction de René COURATIER

Président du conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes

Chères Consœurs, Chers Confrères,

Nombre d'entre vous s'interrogeront sur la signification du mot « VERS », dans l'appellation de ce livre, synthèse de la réflexion de la profession de masseur-kinésithérapeute. C'est une préposition qui indique une notion de direction, car en effet, la profession a souhaité se « pré-positionner » vers son avenir et les moyens qui lui sont nécessaires pour y parvenir. Les diverses réflexions nous ont permis, dans un premier temps, de nous interroger sur ce que nous sommes et sur ce que nous faisons. Ce constat, sans complaisance, nous a fait prendre conscience de la valeur de notre cœur de métier : redonner et maintenir le mouvement, qu'il soit global, articulaire ou cellulaire. Aucun d'entre nous ne doute maintenant que la somme de savoirs indispensables à notre exercice et à la recherche, impose inévitablement une réforme urgente de nos études initiales.

Merci à tous ceux qui ont participé à l'élaboration du « livre vers... » et qui, ainsi, ont posé les fondations du futur de notre belle profession.

René COURATIER





## Jacques MONET

Directeur de l'École de kinésithérapie de  
Paris ADERF

Lauréat des Académies nationales de médecine  
et de chirurgie

Secrétaire de séance de la Société Française  
d'Histoire de la Médecine,  
Centre de Sociologie Européenne



# SOMMAIRE

## LA KINÉSITHÉRAPIE, UNE SPÉCIALITÉ MÉDICALE IMPOSSIBLE ?

Le métier de kinésithérapeute : une approche socio-historique

<b>ÉTATS DE LIEUX, PROLÉGOMÈNES</b>	7
<b>A. LA KINÉSITHÉRAPIE, UNE SPÉCIALITÉ MÉDICALE IMPOSSIBLE</b> 1847-1915 Une identité héritée	8
1. DES PRÉCURSEURS PROFANES ET SAVANTS, GYMNASTES ET MÉDECINS	8
2. UNE SPÉCIALITÉ MÉDICALE QUI A BESOIN D'AIDES DISCIPLINÉS	9
3. LA PHYSIOTHÉRAPIE APPLIQUÉE AUX BLESSÉS DE LA GUERRE	10
<b>B. L'INSTITUTIONNALISATION DES AUXILIAIRES MÉDICAUX</b> 1925-1943 Une identité institutionnelle	11
1. UN AIDE-MÉDECIN DE VILLE SOUS LA DOMINATION DE GROUPES EXTÉRIEURS	11
a - Les premières écoles	11
b - Diplôme d'État ou diplôme d'école ?	12
2. LES MASSEURS À LA RECHERCHE D'UN SAVOIR-FAIRE AUTONOME	12
a - Une domination médicale choisie et acceptée, une dynamique scientifique	13
■ Les Congrès internationaux et nationaux	
■ La Société de Kinésithérapie (S.D.K.)	
b - Le gymnaste médical aide ou collaborateur ?	14
c - L'élaboration d'un premier statut légal de masseur-médical ou de masseur diplômé	15

# SOMMAIRE

<b>C.</b>	<b>LE REGROUPEMENT DES PRATIQUES</b>	16
	1946-1973 Une identité partagée	
1.	LA LOI DU 30 AVRIL 1946	16
	a - La mise en place de la formation	17
	b - Les premiers conflits les rapports de force entre les groupes constitués	18
2.	UN ENJEU AUTOUR DE LA RÉADAPTATION DES HANDICAPÉS	18
	a - Le groupe professionnel face à la réinsertion des handicapés	20
	b - La construction d'un savoir médical sur le champ des pratiques kinésithérapiques	21
	■ La création d'institutions et d'organisations professionnelles	
	■ L'émergence de la médecine physique, une spécialité médicale	
	c - Deux ou trois ans d'études : une année de spécialisation après le diplôme d'État ?	22
3.	LE JEU CENTRAL DES MÉDECINS	22
	a - Les médecins favorisent une spécialisation en soins esthétiques	23
	b - La parcellisation des tâches : de nouveaux auxiliaires	24
	c - Une formation en trois ans	25
<b>D.</b>	<b>UN AGRÉGAT D'OUTILS TECHNIQUES À LA DISPOSITION DE LA PROFESSION DOMINANTE : LE MODÈLE PARAMÉDICAL</b>	26
	1973-2007 Une identité dominée	
1.	LE CONSEIL SUPERIEUR DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES : UN RASSEMBLEMENT HEGEMONIQUE	26
2.	LA PRODUCTION DU SAVOIR : L'ENJEU DE LA FORMATION	27
	a - Un « programme commun » pour l'apprentissage	27
	b - Une demande d'expertise : le recours aux spécialistes	28
	■ Une formation professionnelle	
	■ Un praticien dévoué et obéissant	
	■ La sélection, un espace non reconnu... Une année blanche	
	■ Une redéfinition des actes professionnels	
3.	LE CADRE DE SANTE OU LA CONSOLIDATION DE LA DIVISION DU TRAVAIL	30
4.	L'ORDRE DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES : UNE CONSTRUCTION MOUVEMENTÉE	31
5.	LA CONSOLIDATION DU MODÈLE PARAMÉDICAL : CRÉATION D'UN HAUT CONSEIL DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES	32
	<b>D'UNE IDENTITÉ HÉRITÉE VERS UNE IDENTITÉ VISÉE</b>	33
	Professionalisation, déprofessionalisation, Légitimité scientifique	
	a - Une déprofessionalisation ?	34
	b - Des nouveaux besoins	34
	c - La professionalisation du métier, la nécessaire validation des pratiques	35





# LA KINÉSITHÉRAPIE, UNE SPÉCIALITÉ MÉDICALE IMPOSSIBLE ?

Le métier de kinésithérapeute : une approche socio-historique, par Jacques MONET

## ÉTATS DE LIEUX, PROLÉGOMÈNES

Il existe aujourd'hui une activité humaine, la kinésithérapie, « discipline » qui a sa place dans les structures de distribution de soins publiques et privées et en médecine de ville, ses instituts, ses recueils, ses associations professionnelles, ses colloques. Elle regroupe un ensemble de pratiques médicales, le massage, la gymnastique médicale, la physiothérapie, la rééducation : activités qu'exercent près de 68.000 professionnels non médecins.

Le kinésithérapeute occupe une place singulière parmi les professions de santé, mais aussi parmi le corps médical. Acteur social *protéiforme* apparu officiellement depuis plus de 60 ans, il occupe une position prépondérante numériquement parmi les professions de santé. L'exercice principalement en ville, le large spectre de son champ d'intervention, la possession d'un monopole le massage et la gymnastique médicale, consolident ce particularisme par la production de pratiques manuelles qui lui sont propres, constituant l'objet essentiel d'une médecine physique et de rééducation.

L'accroissement du champ des pratiques médicales associées à la division du travail médical, la permanence du développement des connaissances scientifiques, la diffusion des technologies de l'information et de la communication, associés à la création d'un espace européen, interpellent depuis plusieurs années les responsables de la profession. La construction socio-historique des pratiques est un exemple singulier et inhabituel d'épistémologie des pratiques médicales et paramédicales et d'une richesse d'études qui en font un objet de recherche particulièrement complexe et encore inachevé. Dans l'énorme complexe socio-médical qui, pour l'essentiel s'est érigé durant les cent dernières années et accéléré depuis les trente dernières années, les professionnels occupent un espace ceinturé par celui des médecins, des infirmières, des professeurs d'éducation physique, des métiers de la rééducation, des nouveaux métiers émergents et du bien-être. Plus longuement et fréquemment que les médecins et parfois les infirmières, les kinésithérapeutes praticiens du corps jouent un rôle d'interface, de médiation et de prestataire de service où la main est l'outil privilégié dans la relation thérapeutique. Pour suivre la dynamique du développement de la profession, il importe de ne pas perdre de vue qu'ils sont les héritiers des rebouteux, des souffleurs d'entorses et autres rhabilleurs exerçant dans les campagnes ou dans les arrières fonds des cafés, justifiant en grande partie son activité libérale dominante. Le praticien va puiser ses sources au cœur de l'hypnotisme, du magnétisme, assisté par toutes sortes de courants électriques, mais aussi dans les méthodes de diagnostic et de thérapeutique médicale. Soigner, soulager, guérir le corps blessé qui lui est confié, à l'aide de la main et des mouvements qu'elle imprime,

confère à cet acteur un pouvoir incontestable dans le dialogue singulier qu'il instaure avec son patient.

*Science du mouvement perturbé*, la kinésithérapie comprend initialement des pratiques réparties en deux segments :

- d'un côté, celles qui font appel à des procédés séculaires ancrés dans le monde profane et *populaire*, les manipulations, le reboutement, le massage, l'orthopédie et la gymnastique ; méthodes à dominante manuelle qui se transforment en matière médicale lorsqu'elles sont ordonnées par des médecins ; utilisées dans de nombreuses spécialités médicales, elles participent à la rééducation et la réadaptation des conséquences des maladies notamment celles qui affectent l'appareil locomoteur, cardiaque et pulmonaire ;
- de l'autre, celles construites sur le *modèle savant* des termes médicaux qui définissent le traitement où l'élément initial du terme indique la nature de celui-ci ; la mécano-thérapie, l'électro-physiothérapie, la thermo-thérapie, la cryothérapie, la kiné-balnéothérapie et l'hydro-thérapie,... À ces deux grands espaces viennent s'intercaler des méthodes et procédés d'investigation, des manières d'agir qui portent en général le nom de leurs promoteurs ou de leurs créateurs. Si elles enrichissent parfois le champ des pratiques, elles le congestionnent voir souvent les engorgent.

Recueil ou spicilège, ce *Livre vers* est un registre qui cherche à ouvrir et marquer l'évolution où la tendance vers laquelle la profession inspire et souhaite s'engager. C'est aussi, décrire une situation spécifique à laquelle la profession est confrontée pour s'adresser à un public déterminé pour l'amener à prendre une décision sur un sujet particulier. Mais on ne peut pas parler d'avenir si on ne relate pas l'expérience vécue. « *L'incompréhension du présent naît fatalement de l'ignorance du passé mais il est vain de s'épuiser à comprendre le passé si l'on ne sait rien du présent* » (M. BLOCH). On ne peut détacher la possession d'un savoir spécialisé, de ses conditions sociales effectives de production, de diffusion et d'utilisation, il faut étudier les conditions sociales de monopolisation d'un savoir et les conséquences sur le développement de celui-ci et l'apparition d'un corps de spécialiste. La connaissance du présent conduit à une interrogation sur l'évolution sociale et scientifique du métier et de son passé.

## UN REGARD SUR LE PASSÉ POUR QUESTIONNER LE PRÉSENT

Dans la deuxième moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, le monde médical est à la recherche de nouveaux traitements devant des méthodes

galéniques ou chirurgicales incertaines voire dangereuses. La **kinésithérapie** agrégation d'une forme de massage et de gymnastique, pénètre le champ de la médecine et en particulier celui des spécialités médicales émergentes. Elle regroupe des promoteurs médecins qui s'investissent dans ces pratiques et cherchent à amener le monde médical à des pratiques autrefois empiriques et à les faire passer dans le domaine scientifique et sollicitent un enseignement à l'université comme spécialité médicale. Dans la mouvance de l'application d'autres agents physiques (électricité, eau, air), qui met l'accent sur les rapports d'interdépendance et de polyvalence des pratiques, des médecins tentent de rassembler les traitements par ces agents dans une nouvelle vision de la thérapeutique : la **physiothérapie**. L'absence de production de standards de pratiques stables, homogènes, autonomes et de fondements scientifiques, ont pour conséquence la disqualification de la kinésithérapie en qualité de matière médicale et l'impossibilité de création d'un enseignement spécialisé à l'Université. En fait, une approche socio-historique, une histoire sociale ou une sociologie de la kinésithérapie pourrait se décrire après cette courte mais fondatrice inscription dans le monde médical, en trois vagues successives.

**Une première vague** (1925-1950) bornée par les deux guerres mondiales, où le corps médical institutionnalise la présence d'aides (les infirmières). C'est le moment pour accorder un diplôme d'aide-masseur à des professionnels clairvoyants (infirmier masseur) à la disposition du médecin de ville, et un diplôme aux aveugles pour garantir au groupe une réhabilitation (masseur aveugle). La présence de directeurs d'écoles médecins va favoriser la professionnalisation du métier et permettre au groupe émergent de s'affranchir du monde infirmier. La tentative

d'appropriation des pratiques de la gymnastique médicale par des non médecins, va contraindre les praticiens cliniciens spécialistes à encadrer ces pratiques en proposant une formation et un diplôme d'auxiliaire médical pour en conserver le contrôle.

**Une deuxième vague** trouve sa force dans les années 1950-1973 (création du Conseil supérieur des professions paramédicales). Elle réunit les pratiques de massage et de gymnastique médicale dans un même espace, rassemblement hégémonique, éclectique et concurrent dans une gestion indépendante du monde infirmier, qui met en évidence un allongement de la formation pour répondre à la création d'une médecine en voie de spécialisation. Elle réclame des aides aux compétences élargies réservées aux services hospitaliers des grandes villes, les professionnels refusent la segmentation de l'exercice. Les professionnels doivent répondre à la demande de prise en charge de la réadaptation des handicapés source de concurrence entre médecins et nouveaux professionnels devant un marché potentiel et l'émergence de la rééducation fonctionnelle.

**Une dernière vague** (1975-2004) où un modèle paramédical (métiers contrôlés par la profession dominante) est imposé par l'État et le corps médical pour rassembler et ceinturer dans un vaste champ hétéroclite le résultat d'une division du travail médical qui a entraîné la création de très nombreux métiers du soin. Les nouveaux besoins sociétaux imposent la modification de la transmission des savoirs, ils vont engager une demande une évaluation des pratiques professionnelles, dans le cadre d'organisme évaluateur, (ANDEM, ANAES, HAS) une légitimation scientifique des pratiques, une nouvelle organisation des soins fondées sur des champs de compétence, donc de la formation.

## A.

# Une identité héritée

## 1847-1915 – LA KINÉSITHÉRAPIE, UNE SPÉCIALITÉ MÉDICALE IMPOSSIBLE



Suspension

C'est au XIX<sup>e</sup> siècle que des promoteurs, médecins, praticiens de ville et des hôpitaux, gymnastes et profanes, dans la mouvance du courant hygiéniste et pasteurien, s'investissent et se déclarent convaincus de l'intérêt de l'utilisation en médecine, des agents physiques dans le traitement de certaines maladies. Le massage et la gymnastique, à la grande différence

des autres agents, présentent l'avantage de ne rien faire ingérer aux malades, mais la grande difficulté est de doser le mouvement à appliquer ou faire appliquer.

### 1. DES PRÉCURSEURS PROFANES ET SAVANTS, GYMNASTES ET MÉDECINS

En 1847, **C. A. GEORGII** (1808-1881) gymnaste suédois, sous-directeur de l'Institut royal et central de gymnastique de Stockholm, déclare qu'après une « période d'incubation, une nouvelle science se présente en Europe : la kinésithérapie ». Il s'agit de l'application des mouvements spécifiques actifs et passifs dans l'état pathologique de l'homme. Il est l'élève de Ling, fondateur de la méthode de gymnastique suédoise qui sera appliquée et adoptée dans toute



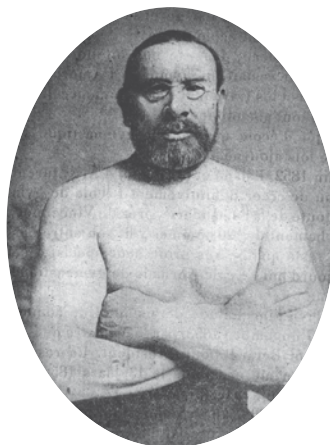
l'Europe. La même année, médecins et chirurgiens de l'Hôpital des Enfants à Paris, sollicitent l'organisation de leçons de gymnastique pour les enfants hospitalisés. Ils chargent A.N. LAISNE (1811-1896), professeur de gymnastique à l'École Polytechnique, de commencer la pratique de la gymnastique dans les hôpitaux parisiens. En 1855, l'Académie impériale de médecine confirme que « la gymnastique » est un moyen puissant de guérison et concourt au rétablissement de la santé notamment dans les ataxies et la chorée.

En 1863, le Dr J. ESTRADERE rédige sa thèse de médecine sur le massage (mot d'origine arabe) qui constitue une confirmation de l'ancrage du procédé et une tentative de systématisation de la pratique. Il le divise en deux activités distinctes, le *massage hygiénique* s'adressant au corps sain pour améliorer ou conserver la santé destiné à des masseurs professionnels et le *massage thérapeutique* réservé au corps malade qui nécessite le concours et la présence du médecin.

En 1896, devant l'impossibilité de guérir certaines maladies du système nerveux, quelques médecins praticiens cherchent des détours pour amoindrir les effets de la sclérose notamment chez les patients porteurs d'ataxies tabétiques. Il s'agit de relever la résistance physique du malade et son moral puis de chercher à compenser les troubles moteurs. Ce concept nouveau, dénommé *gymnastique cérébrale*, *gymnastique de compensation*, *gymnastique raisonnée puis rééducation motrice ou thérapeutique du mouvement malade*, va prendre de l'importance. Le Pr F. RAYMOND, professeur de Clinique des maladies du système nerveux, successeur du Pr J.M CHARCOT à la Salpêtrière, consacre des leçons sur la genèse, la finalité de la méthode et la légitime, il en donne la définition suivante « *gymnastique raisonnée destinée à rétablir les rapports normaux entre la perception consciente et la volonté* ».

## 2. UNE SPÉCIALITÉ MÉDICALE QUI A BESOIN D'AIDES DISCIPLINÉS

La gymnastique et le massage, pratiques assurées en grande partie par des guérisseurs, des aides médecins ou de bonnes volontés, voire des médecins déclassés, sont captés par quelques médecins qui en revendiquent l'exercice. On assiste alors à la pénétration, l'utilisation et une certaine légitimation de techniques manuelles, plus ou moins regroupées sous des appellations différentes, massothérapie, kinésithérapie, gymnastique orthopédique, rééducation motrice... dans le cadre de spécialités médicales émergentes. Ces pratiques sont alors transformées en méthodes thérapeutiques voire diagnostiques notamment pour le massage.

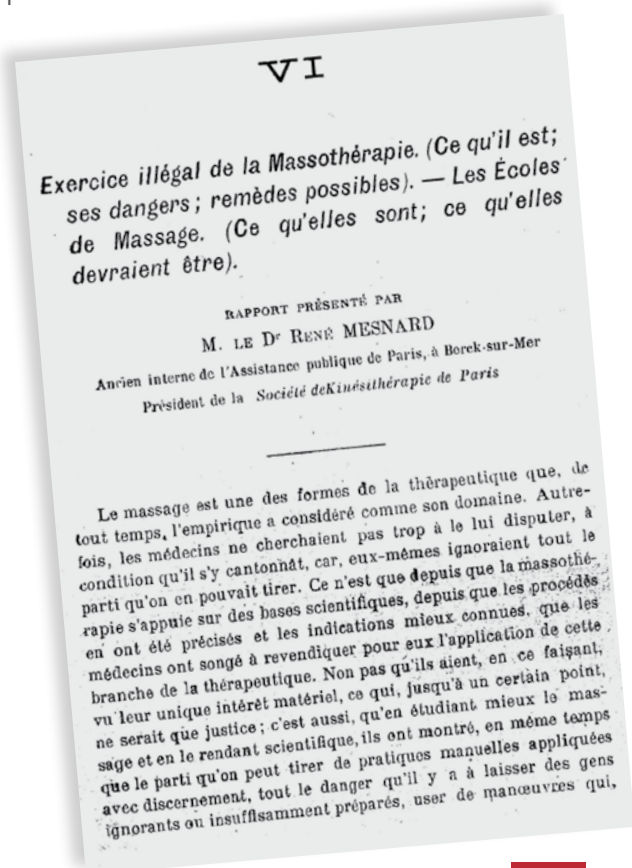


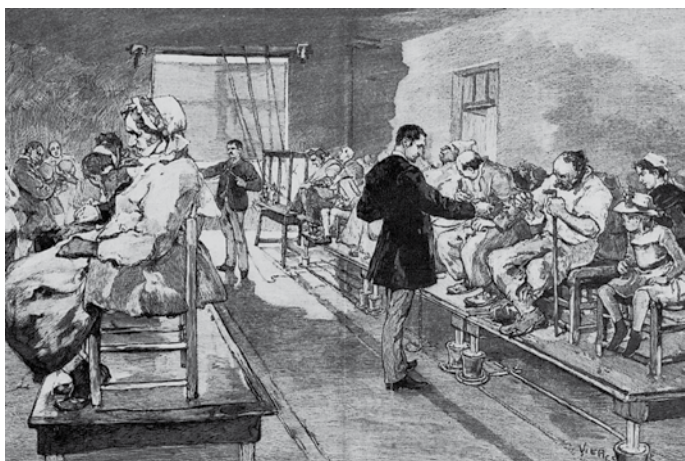
NAPOLÉON LAISNÉ  
Inspecteur de la Gymnastique dans les écoles de la ville de Paris  
Collaborateur à la fondation de l'École de Gymnastique militaire de Joinville-le-Pont

Photographié à l'âge de 75 ans

Les procédés se positionnent en fonction des maladies et des promoteurs engagés dans ces pratiques : le *massage dans les fractures*, la *gymnastique en orthopédie*, la *massothérapie* ou la *kinésithérapie en médecine* notamment en gynécologie et la *rééducation motrice dans le traitement des maladies du système nerveux*. Autour de chaque agent ou de chaque spécialité médicale émergente s'associent des médecins qui, sous la forme de groupes d'intérêts, partagent le même domaine d'activité et tentent de s'organiser à un moment où la profession médicale, à la charnière de son histoire, va acquérir l'exclusivité de la distribution des soins, que la *Loi sur l'exercice médical de 1892* lui confère, éliminant toute concurrence. Pour tenter d'imposer ces procédés en médecine, les initiateurs développent des stratégies de légitimation afin d'en contrôler les pra-

tiques et de limiter l'exercice illégal devant la présence de professionnels profanes qui, sont disposés à suppléer le médecin pour les manipulations répétitives et pénibles. Les promoteurs investis dans le massage et la gymnastique médicale, se regroupent alors en une société savante, la *Société de Kinésithérapie (S.D.K.)* (1900) sous le patronage du Pr Jules Etienne MAREY, président de l'Académie nationale de médecine, fondateur de la méthode scientifique de l'étude du mouvement. Les membres sollicitent la reconnaissance d'une nouvelle spécialité et la création d'un enseignement officiel par la faculté de médecine et la formation d'*aides* diplômés qui pourront pratiquer le massage de quelques cas pathologiques bénins sous la surveillance et la responsabilité du médecin.





Électrothérapie

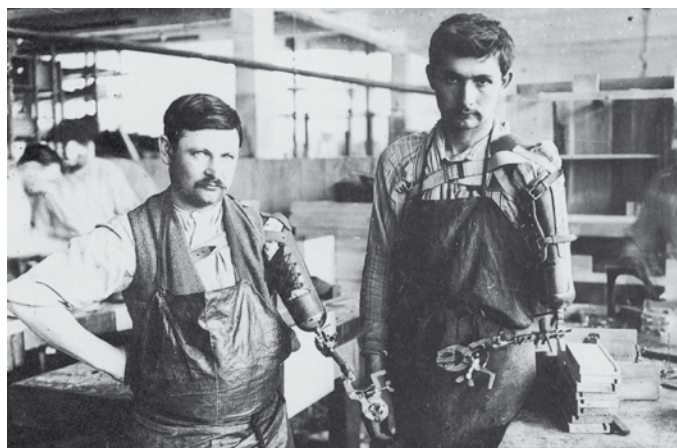
La présence de masseurs professionnels, possesseurs de certificats délivrés par des écoles privées, contraint le corps médical à se positionner lors du **Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine en 1906**. Nonobstant la prise de position de la médecine officielle, les écoles privées de massage peuvent poursuivre leurs activités en toute indépendance, sous réserve qu'elles soient dirigées par des docteurs en médecine. Cette disposition va permettre aux aveugles, groupe marqué par un malheur social, de s'engager dans un métier dont l'organisation et la formation sont adaptées à leur handicap. Afin de faire pression sur le monde médical savant, la S.D.K., s'associe à la **Société d'Électrothérapie** pour renforcer sa présence sur la scène médicale. On assiste alors à une tentative d'institutionnalisation d'une nouvelle spécialisation médicale élargie, rassemblant dans un vaste univers tous les agents physiques, sous la dénomination **physiothérapie** qui font l'objet de congrès internationaux dont celui de Paris en 1910 qui prend un caractère exceptionnel et solennel, mobilisant les corps constitués, quasiment tous les membres de la faculté de médecine et les académies. Le **3<sup>e</sup> Congrès international de physiothérapie** réunit à la Sorbonne près de mille acteurs qui accueillent le Président de la République qui déclare «...la physiothérapie curative se fera rénovatrice, rédemptrice et préventive... de miraculeux courants électriques qui rendent le mouvement aux muscles, d'ingénieux appareils de mécanothérapie qui assouplissent les articulations lésées, l'usage des cures thermales, de l'hydrothérapie, du massage, les cures d'air, le recours à la diététique, toutes inventions ou traitements qui rétablissent les forces affaiblies ou les équilibres de nos facultés troublées. » Vaste chantier qui rassemble l'application des agents physiques l'air, l'eau, l'électricité, la radiologie et la radiothérapie, la lumière, le climat, la crénothérapie, le mouvement à la thérapeutique.

Ce « grand magasin de la physiothérapie » va séduire des médecins praticiens qui vont appliquer de manière systématique les différents agents sur les symptômes, les syndromes et maladies de toutes sortes. La kinésithérapie est alors fondue dans cet espace et se segmente en fonction des spécialités, puis s'efface sous la montée en puissance

d'une nouvelle méthode diagnostique et thérapeutique : *la radiologie et la radiothérapie*. La position de *discipline subalterne ou à la remorque* de pratiques dans plusieurs spécialités cliniques reconnues comme des disciplines scientifiques lui fait perdre sa fragile identité. La kinésithérapie se transforme en une matière médicale disqualifiée et hybride par l'absence de production de standards de pratiques stables, homogènes et autonomes et de fondement scientifique contestable ce qui a pour conséquence l'impossibilité de création d'un enseignement à l'Université. Cette situation montre que la technique n'est pas le seul critère de différenciation mais que son contrôle s'exerce sur la division du travail.

### 3. LA PHYSIOTHÉRAPIE APPLIQUÉE AUX BLESSÉS DE LA GUERRE

L'application des agents physiques et la notion de rééducation étendue à des maladies neurologiques, vont se transposer aux blessés et mutilés de la guerre qui ont droit à une réparation et à une réinsertion sociale, avec 1.100.000 invalides dont près de 400.000 mutilés. Une **Commission Interministérielle de Rééducation** est créée en 1915 pour gérer les blessés et les futurs réformés qui doivent pour être rééduqués professionnellement subir les méthodes de physiothérapie ; massage, l'électrothérapie, hydrothérapie, mécanothérapie, thermothérapie. Le Dr Camus, médecin des hôpitaux, rédige un rapport sur le **Corps de rééducation physique** pour que l'on applique la rééducation motrice développée par les médecins de la Salpêtrière. Il dirige le **dépôt de Physiothérapie du Grand Palais** (1915) qui constitue une vitrine où 350 blessés sont soignés quotidiennement. On assiste à l'organisation dans chaque région des **services de physiothérapie** et de **mécanothérapie**. Des aides bénévoles ou des infirmières appliquent en fonction des indications médicales les procédés physiothérapeutiques mais l'armée souffre de la pénurie de masseurs et de médecins compétents en physiothérapie. La description de ce premier espace met en évidence l'héritage médical qui va imprégner et façonner l'identité des futurs professionnels, héritière des savoirs médicaux.



Appareillage



## B. Une identité institutionnelle

### 1925-1943 – L'INSTITUTIONNALISATION DES AUXILIAIRES MÉDICAUX

La réorganisation des hôpitaux et hospices, des bureaux de bienfaisance deviennent la pierre angulaire du système d'assistance qui favorise l'essor de la médecine sociale et clinique. Les tâches soignantes sont plus lourdes, liées aux découvertes scientifiques, à l'importance de l'hygiène et de la prophylaxie : elles confirment la nécessité de la présence d'un *personnel secondaire* dans les établissements hospitaliers, formé et compétent. Le *Conseil Supérieur d'Assistance Publique* encourage à plusieurs reprises, de 1889 à 1921, la création d'écoles d'infirmières. L'éducation doit être simple et pratique, l'infirmière ne doit pas prétendre poser un « *diagnostic ou faire de la thérapeutique* », elle seconde le médecin sans jamais se substituer à lui, et le meilleur moyen de l'en empêcher est de *limiter son instruction aux choses de son état*. Un groupe de directrices d'écoles reprend le projet qui avait été interrompu pendant la guerre de 1914, en vue d'obtenir une formation sanctionnée par un diplôme reconnu officiellement. Le *Conseil Supérieur de l'Assistance Publique* entend en janvier 1921 le rapport de Mlle CHAPTAL, arrière-petite-fille du Ministre de l'Intérieur de Napoléon Bonaparte, fondatrice d'une école privée à Paris, sur la nécessité de réglementer l'exercice de la profession d'infirmière. Le décret du 27 juin 1922 tente de classer administrativement la profession d'infirmière en France :

« *Il est institué des brevets de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'infirmière de l'État français, qui seront délivrés par le ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociale, aux infirmières hospitalières, aux infirmières visiteuses sociales, et aux diverses infirmières spécialisées, notamment : hygiène sociale de l'enfance, hygiène mentale, etc.* »

#### 1. UN AIDE-MÉDECIN DE VILLE SOUS LA DOMINATION DE GROUPES EXTÉRIEURS

Le décret du 27 juin 1922 entraîne des réactions des anciens élèves des écoles de masseurs clairvoyants et aveugles, et provoquent une action conjuguée des associations de défense des intérêts de ces professionnels appuyée par les médecins directeurs des écoles. Le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale saisit en 1923 le Conseil supérieur de l'Assistance publique qui saisit la *Société des chirurgiens des hôpitaux de Paris*, et le *Syndicat des médecins de la Seine* sur la question de savoir dans quelles mesures il est opportun de réglementer la profession de masseur. Beaucoup de médecins n'ont pas le temps nécessaire pour faire de longues séances de massage chez leurs malades, aussi, confient-ils ce traitement à des aides qui travaillent sous leur direction et d'après leurs instructions. Il importe, en effet, que ces aides-médecins possèdent

une dextérité manuelle, « une pratique spéciale » et soient compétents pour les missions qui leur sont confiées par le médecin, *soit comme masseur, soit comme doucheurs, baigneurs, aide en mécano-thérapie, photothérapie, radiothérapie, etc...* Mais, les masseurs de profession ne veulent pas être confondus avec les tenanciers de certaines officines de vente de produits de beauté, ou même de maisons de rendez-vous, qui emploient la rubrique « *massage spécial* » pour attirer une certaine clientèle.

Infirmiers, comme masseurs, sont placés dans la même situation juridique, par rapport aux malades d'une part, aux médecins de l'autre. Il est proposé au Conseil supérieur de l'Assistance publique que les masseurs et leurs écoles spéciales doivent être rattachés aux dispositions du décret du 27 juin 1922, en les ajoutant à l'énumération énoncée dans l'article 1er, ou en les comprenant dans l'etc... qui suit cette énumération. Le titre proposé est celui « *d'infirmier en physiothérapie* », comprenant les masseurs, les doucheurs, baigneurs, etc... qui sont employés dans les villes d'eaux et stations balnéaires pour répondre aux exigences de la clientèle. Ce titre n'est pas l'abri des critiques mais on se pose la question s'il n'est pas préférable de donner aux masseurs un titre et un diplôme *qui limiterait leur fonction à leur spécialité, - le massage -*. On précise alors qu'il y aurait peut-être intérêt à ajouter au mot de masseur celui d'infirmier, afin que ces spécialistes puissent profiter des dispositions du décret de 1922. *L'ajout du mot infirmier à masseur, n'est pas pour étendre la compétence des masseurs mais au contraire pour la limiter.*

Le titre *d'infirmier-masseur* paraît suffisant et prudent comme celui de masseur et masseuse aveugle. L'aide-masseur est ainsi placé sous une double tutelle réductrice celle des infirmières d'une part, et des médecins de l'autre.

#### a - Les premières écoles

La reconnaissance administrative pour la spécialité est accordée pour leur spécialisation à six écoles de 1924 à 1925 avec ou sans réserve dont trois d'aveugles, deux fermeront rapidement. L'école de l'association VALENTIN-HAÛY (VH) et celle de l'Ecole française d'orthopédie et de massage (EFOM) vont jouer un rôle déterminant dans la formation et la défense des intérêts des nouveaux professionnels. L'enseignement s'étale sur 22 mois, il comprend une première année d'études commune avec l'infirmier hospitalier (11 mois) et *une année complémentaire* dite de *spécialisation* portant sur un programme minimum type propre à l'infirmier masseur (11 mois). Les premières sessions d'examen d'État pour les masseurs aveugles ont lieu à Paris le 26 octobre 1925.

La primauté des écoles destinées aux aveugles permet à ce groupe social constitué et les sociétés de typhlophiles de conquérir une position privilégiée dans l'univers économique. Ils entendent acquérir les bénéfices symboliques de la professionnalisation et refuser le processus d'exclusion. L'association VALENTIN HAÛY assure la publicité pour faire connaître la qualité professionnelle du masseur aveugle dans une logique corporative. Depuis 1908, l'école a mis au point des outils d'apprentissage pratique et théorique. Les écoles de clairvoyants quant à eux n'ont pas atteint un tel niveau d'organisation, ni développé une telle démarche pédagogique. Leurs établissements bénéficient d'un programme d'études particulier et de conditions d'admission spécifiques pour la spécialisation de masseur aveugle. Les actions engagées permettent aux masseurs aveugles d'accéder à l'exercice de la profession au même titre que les clairvoyants. Ils n'entrent pas en concurrence avec leurs futurs collègues et obtiennent un diplôme équivalent ainsi que le droit d'exercer sous un statut libéral ou hospitalier.



École des masseurs aveugles du Dr Fabre

## b - Diplôme d'État ou diplôme d'école ?

Le Conseil de Perfectionnement des Ecoles d'Infirmières (C.P.E.I.) est chargé de veiller aux modifications nécessaires à apporter au programme, à l'organisation et au fonctionnement des écoles ressortissant à leurs compétences. Le Dr KOPP, directeur de l'école française d'orthopédie et de massage (EFOM), école fondée en 1895 va représenter à qualité jusqu'en 1932 les écoles de massage ; vétérinaire de formation, il est ancien privat docent de pathologie et d'anatomie comparée à l'Université de Berne. On assiste aux enjeux et conflits que représente la pratique du massage entre le nouvel univers infirmier et les médecins directeurs d'écoles privées.

La formation à l'EFOM est l'objet de contestations dès les premières réunions par les membres du Conseil notamment sur la durée de formation dans son école (de 2 à 4 mois). L'impossibilité d'assurer des stages aux élèves dans les hôpitaux, de suivre une première année d'infirmier et devant l'absence d'un monopole de l'exercice du massage, l'école délivre des diplômes d'école sous couvert de la

connaissance administrative accordée par l'État. Le directeur de l'EFOM organise de plus un espace économique pour développer sa clientèle, en élargissant les formations dans les domaines des soins. Le secrétaire général (infirmier) de la Fédération des Services de Santé de France et des Colonies (FSSFC) constate que la formation donnée à l'EFOM n'aboutit pas au diplôme d'État et ne respecte pas les programmes officiels. La reconnaissance administrative est utilisée pour faire de la réclame pour d'autres enseignements voire même pratiquer la vente de produits de beauté. La situation crée une fâcheuse confusion car les élèves croient être possesseur d'un diplôme d'une école reconnue par l'État alors qu'elle n'est reconnue qu'administrativement. Cette situation devient embarrassante devant la présentation d'un projet de loi sur les accidents du travail qui va permettre aux infirmiers et infirmières diplômés d'État de percevoir les sommes qui sont dues pour le travail réalisé alors qu'auparavant ils ne pouvaient les percevoir que par les intermédiaires des médecins. Constatant que depuis cinq ans un seul diplôme d'État a été délivré, (en dehors des masseurs aveugles), et devant la poursuite de la délivrance de diplômes privés, la Fédération des Services de Santé souhaite la création d'une école d'Infirmier-masseur d'État auprès de l'Assistance Publique de Paris. Le Conseil de perfectionnement décide de retirer la reconnaissance administrative aux écoles qui continuent à délivrer des diplômes d'écoles et qui ne présentent pas de candidats au diplôme d'État.

## 2. LES MASSEURS A LA RECHERCHE D'UN SAVOIR-FAIRE AUTONOME

De 1924 à 1930 le Conseil délivre des équivalences de diplôme d'infirmier masseur clairvoyant et aveugle. Ces nouveaux professionnels se rassemblent devant l'existence d'un amendement de la Loi de 1892 présenté par le Dr FIE, député, tendant à ce que seuls les masseurs titulaires du diplôme d'État soient autorisés à présenter la note de leurs honoraires. Cette proposition va dans le sens de la suppres-



sion des diplômes d'école soutenue par la Fédération des Services de Santé de France. Devant ce projet les directeurs des écoles de massage réclament une réglementation du métier de masseur compte tenu des insuffisances et lacunes de la réglementation. Il s'agit surtout de distinguer les masseurs des infirmiers, car le masseur n'a pas besoin d'être infirmier et réciproquement. Le Dr TABARY directeur d'école présente une proposition de loi de Mrs AUGÉ et CRUTEL députés, ayant pour but de réglementer l'enseignement professionnel des masseurs. Les infirmiers-masseurs souhaitent constituer une profession indépendante. Le programme d'études doit être réalisé par la Faculté de Médecine. La proposition est écartée et la FSSFC rappelle que les masseurs de son groupement veulent rester *sous contrôle des médecins et que l'on ne doit pas recréer de nouveaux officiers de santé*.

### a - Une domination médicale choisie et acceptée, une dynamique scientifique

Dès 1924, se fonde le Syndicat des infirmiers-masseurs puis celui en 1928 celui des masseurs aveugles, ils adhèrent à la *Chambre syndicale des Auxiliaires Médicaux*. Les deux groupements conjuguent leurs efforts en vue de la réglementation de la profession afin d'obtenir l'adoption d'un statut légal. Les démarches ont paru sur le point d'aboutir en 1937. Une proposition de loi rapportée par le Dr FIE, porte sur la création du statut des **auxiliaires médicaux**. Les praticiens, selon cette proposition, ne peuvent exercer leur profession que sous le contrôle médical et sur ordonnance descriptive, qualitative et quantitative. Avant de mettre aux voix l'ensemble du texte, le Président fait connaître à la Chambre une demande de modification du titre émanant de la Commission de l'Hygiène qui propose en remplacement du titre de la Loi portant statut des auxiliaires médicaux, celui relatif au statut *des infirmières et des infirmiers*. La Loi est votée à la séance du 19 février 1937. Elle définit en fait, ce que « *l'on entend par infirmières ou infirmiers : les infirmières ou infirmiers de toute spécialité exerçant leur profession à l'hôpital ou à domicile : masseurs et masseurs aveugles, hospitaliers, d'asiles d'aliénés, d'hygiène sociale métropolitaine et coloniale* ». Ce texte se heurte à l'opposition de la Commission de l'Hygiène du Sénat, et ne peut être mis à l'ordre du jour de la Haute Assemblée avant la déclaration de guerre.

La pratique du massage n'est pas encore clairement positionnée. Elle est placée initialement dans le champ des applicateurs (infirmier). Les directeurs médecins des écoles ne peuvent accepter la domination du groupe infirmier au CPEI car c'est le médecin qui a rendu applicable le procédé qu'il

peut encore pratiquer, notamment en ville, et veut en contrôler son application. Les masseurs souhaitent perfectionner leurs techniques et élargir le champ de leurs activités. Ils recherchent à donner des bases solides à la légitimation de leur savoir et à renforcer leur identité sociale et professionnelle. Beaucoup de masseurs n'avaient reçu qu'une formation succincte, la durée des études n'ayant pas excédé six mois. Le Syndicat des infirmiers masseurs organise une première conférence de perfectionnement en octobre 1934. Le secrétaire général de la Confédération des syndicats médicaux, honore de sa présence la première réunion ; elle est suivie chaque mois d'une séance analogue où d'éminents médecins et chirurgiens, spécialistes en physiothérapie, apportent leur concours. La demande de soutien et légitimation des savoirs par les médecins est le moyen de quitter la domination du monde infirmier. La réussite de cet enseignement entraîne deux ans plus tard la création du *centre d'études des auxiliaires médicaux*, avec d'autres groupements de masseurs. Un congrès international s'impose pour permettre des échanges, communiquer les expériences personnelles et transmettre les bases scientifiques de la nouvelle profession.

#### ■ Les Congrès internationaux et nationaux

En 1937, le premier *Congrès International du Massage* a lieu dans le cadre de l'Exposition Universelle de Paris, sous le parrainage du corps médical français. L'Académie de Médecine reçoit les congressistes, marquant son intention de considérer désormais les masseurs comme des collaborateurs à part entière. À cette occasion, les professionnels (les bâtards d'Esculape) demandent à la profession dominante contre une subordination de leurs activités, la reconnaissance de leur identité. Ils demandent aux médecins la délivrance d'ordonnances qualitative et quantitative. L'année suivante, la Société Belge de Kinésithérapie prend part au second Congrès International, suivi d'un congrès à Stuttgart en 1939. La réussite des congrès entraîne une prise de conscience du pouvoir de diffusion des savoirs et va produire chez des professionnels une dynamique d'échanges et de communication de leurs connaissances.

#### ■ La Société de Kinésithérapie (S.D.K.)

L'association des anciens élèves de l'EFOM créée en 1913, et son directeur assurent une formation post scolaire et organisent des réunions qui ne manquent pas d'éveiller l'intérêt des médecins pour la kinésithérapie. Le Dr Kopp ardent propagandiste du massage en France, songe à protéger ses élèves par une estampille officielle, et jette les bases de l'or-





organisation du diplôme d'État. Une première publication prend le nom de **Revue de Kinésithérapie** : c'est la première revue scientifique des auxiliaires médicaux qui collaborent avec les médecins. La disparition du Dr Kopp en 1932, provoque chez les anciens élèves certains désordres, liés à des luttes et rivalités internes. En 1936, le masseur R. MORICE transforme l'association des anciens élèves en **Société de**

**Kinésithérapie**. La reprise de la dénomination de cette société savante créée par des médecins en 1900 montre l'héritage et l'ancrage médical des pratiques manuelles. Lors du Congrès mondial de massage en 1937, MORICE réclame qu'à la première année d'études commune avec les infirmières, soit substituée une année de kinésithérapie. La S.D.K. propose qu'un rapprochement s'effectue avec l'ensemble des infirmiers masseurs diplômés et ceux des écoles de massage, en vue de défendre les intérêts corporatifs.

## b - Le gymnaste médical aide ou collaborateur ?

Depuis le congrès de physiothérapie de 1910, sa section cinésithérapie a émis le vœu d'une collaboration entre l'instituteur, le gymnaste et le médecin. La cinésithérapie (terme qui s'est substituée à la kinésithérapie), évoque une application physiologique et thérapeutique du mouvement avec une connotation scientifique. Elle devient un enjeu pour les médecins cliniciens et les éducateurs physiques. « *L'éducation physique qui tend à rentrer dans les habitudes scolaires, doit être dirigée et conseillée par des physiologistes et des médecins, elle ne peut être abandonnée à l'influence des acrobates, des entraîneurs et des exhibitionnistes* » L'Académie nationale de médecine en 1912 a entendu le rapport du Pr E. KIRMISSON, titulaire de la Chaire de clinique chirurgicale des maladies de l'enfant à l'Hôpital des Enfants Malades à Paris, sur le contrôle médical relatif à la prophylaxie des difformités physiques rencontrées chez les enfants déficients à l'école. La Chaire s'est dotée d'un service de gymnastique dès la nomination de son premier titulaire, le Pr E. KIRMISSON promoteur de la gymnastique orthopédique. Il est à l'origine d'un cours complémentaire de kinésithérapie qui se transformera en un *Cours de gymnastique médicale et de*

*rééducation fonctionnelle* en 1946. Le rapport exprime des vœux à savoir qu'il est souhaitable qu'une inspection orthopédique soit instaurée dans les écoles. Les enfants doivent être examinés par un médecin inspecteur qui les classera en normaux ou retardés ; les normaux sont confiés à l'éducateur physique sous la surveillance des médecins inspecteurs, les autres adressés aux médecins spécialistes. L'école devient un centre prophylactique où l'éducation physique est considérée comme une thérapeutique préventive pour la conservation de la santé de l'individu.

*Le troisième Congrès International d'Éducation Physique en 1913* présidé et organisé par la faculté de médecine démontre que l'Éducation Physique est du ressort de l'hygiène, de la prévention et de la thérapeutique donc de la médecine, la cinésithérapie devenant la préface à l'Éducation Physique (E.P.). La faculté de médecine doit former des médecins inspecteurs des écoles pour dépister les déformations et les malformations et classer des élèves déficients en différentes catégories. Elle propose d'assurer la formation des professeurs d'E.P. malgré la présence d'initiateurs professionnels de méthodes de gymnastique qui ambitionnent un *enseignement universitaire indépendant*. Les élèves sont classés en quatre groupes dont le dernier groupe, dispensé d'éducation physique, rassemble des sujets à rééduquer passibles de gymnastique médicale voire orthopédique. Dans ce contexte historique, quelques années plus tard, un groupe de professeurs de gymnastique se spécialisent en gymnastique médicale et développe différentes méthodes pratiques. P. PETAT, professeur d'éducation physique (E.P.) les regroupe en 1932, crée la Société des Professeurs Spécialistes de Culture Physique médicale de France. En novembre 1936, elle prend le nom de **Société Française de Rééducation Physique**. Son organe est le *Bulletin des professeurs spécialistes de culture physique médicale de France* qui devient *Rééducation physique*, puis *Annales de cinésithérapie et de rééducation physique* et enfin *Annales de kinésiologie appliquée*. Les thèmes s'adressent à l'hygiène, à la gymnastique, à la rééducation fonctionnelle, à la kinésithérapie...

Dans ce nouveau champ s'associent médecins, éducateurs, organisations professionnelles qui tentent de présenter différentes méthodes de gymnastique quelles soient pédagogique, analytique, de maintien, corrective ou médicale. Les professeurs d'E.P. qui pratiquent la gymnastique médicale sollicitent un diplôme de spécialistes en gymnastique médicale. Leur porte-parole souhaite promouvoir un corps de spécialistes destinés aux établissements de Santé Publique, capables de prodiguer des soins rééducatifs et correctifs destinés à des enfants déficients ou présentant des déformations vertébrales. Pour ces médecins spécialistes, ces gymnastes professionnels restent des agents d'exécution, des techniciens, des auxiliaires médicaux. Le corps médical



Professeur E. KIRMISSON





ne fait pas confiance à l'éducation physique ni aux diplômés délivrés par elle, alors qu'il y a une essence commune et un parallélisme de la gymnastique médicale, de l'éducation physique et de la rééducation. Le médecin chargé de la gymnastique médicale dans les hôpitaux doit contrôler et diriger tous les aides, infirmières, masseurs, gymnastes médicaux. Les professeurs d'E.P. fonctionnaires de l'Éducation nationale, acceptent la collaboration du médecin mais pas sa subordination.

Cette situation montre une nouvelle fois que la technique n'est pas le seul critère de différenciation mais que son contrôle s'exerce sur la division du travail. Ces conflits et enjeux mettent en scène une concurrence entre les médecins hospitaliers et les médecins investis dans l'éducation physique qui participe à la définition des pratiques de gymnastique préventive et médicale. Le corporatisme médical temporairement semble se fissurer devant la parution du décret en août 1942 instituant le **diplôme d'État de moniteur de gymnastique médicale**. Ce diplôme est délivré en vue de pratiquer la gymnastique médicale et orthopédique dans un but de rééducation physique. Son *Comité de perfectionnement* est composé principalement de médecins. Le nouveau diplôme professionnel prévoit des équivalences pour les professionnels de l'éducation physique. Certains médecins engagés dans les sports et l'éducation physique condamnent la création du diplôme alors qu'il existe un corps de spécialistes « on veut nous doter de sous-officiers, voie de caporaux masso-kinésithérapeutes alors qu'il existe un corps d'officiers de valeur ». La réorganisation du Commissariat général à l'éducation générale et aux sports en 1942 après

la démission de M. BOROTRA, va ralentir la parution des textes d'application et le diplôme ne sera jamais délivré. La parution de la Loi du 15 janvier 1943 quatre mois après celui de gymnaste médical, réglementant l'exercice de la profession de masseur médical, montre qu'en autorisant la pratique la gymnastique médicale et de rééducation fonctionnelle aux masseurs, les médecins assurent la maîtrise de l'exercice de la gymnastique médicale. Cette situation va générer de nouveaux conflits entre les différents acteurs, masseurs, masseurs aveugles, gymnastes médicaux. Après la guerre, les professeurs d'E.P. vont obtenir la création de *Centres de rééducation physique* dans toutes les régions (1946) sortes de dispensaires orthopédiques destinés aux adolescents apprentis citadins et ruraux qui ont subi des pri-

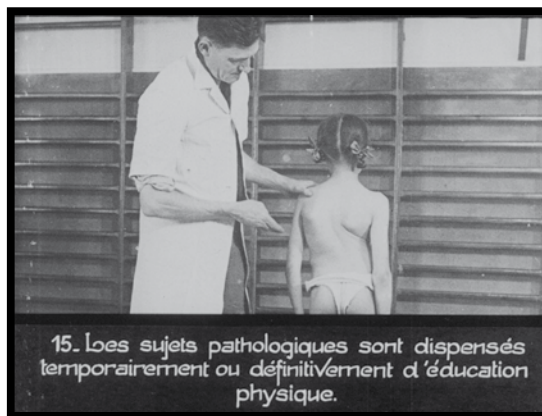
ventions de toutes sortes sous une direction médicale et d'un professeur d'E.P. Ces centres fermeront en 1954.

### c - L'élaboration d'un premier statut légal : le brevet de masseur-médical ou de masseur diplômé

C'est par voie purement autoritaire que fut élaborée et promulguée la Loi du 15 janvier 1943, signée par P. LAVAL réglementant l'exercice de la **profession de masseur médical**. Il semble que M. SCAPINI, député de la Seine, qui avait perdu un œil et appris le Braille, Président de l'Union Nationale des Aveugles de Guerre (UNAG), ait été un des promoteurs de la Loi.

Le brevet de capacité professionnelle permet de pratiquer sur ordonnance médicale descriptive, qualitative et quantitative, l'exercice de la **massothérapie**. Ce brevet ne règle pas la pratique du massage hygiénique et sportif. La durée de formation est de deux ans, la Loi organise les études, agréée les écoles, et crée un **Comité du massage** médical chargé des questions relatives à l'organisation et au fonctionnement des écoles. Il est composé en majorité de directeurs d'école, de médecins ou de chirurgiens. Les écoles agréées conservent leur autorisation de fonctionnement, neuf autres obtiennent leur agrément, cinq sont rattachées à une faculté de médecine (Lille, Bordeaux, Lyon, Marseille, Nancy) trois sont privées, l'École d'Assas (Mme Bruneau), de St Michel (M. Geny), Institut Ruffier, auxquelles se rajoutent l'école de massage d'Aveugles (rue Amélie). Le programme comprend l'anatomie, la mécanique articulaire, la physiopathologie, les traitements phy-

siothérapeutiques et kinésithérapeutiques. Les épreuves portent sur l'hygiène et l'hydrologie, le massage, la gymnastique médicale et la rééducation fonctionnelle. Les épreuves de rééducation fonctionnelle et de gymnastique médicale sont facultatives pour les aveugles. 93 candidats se présentent à la session de juillet 1944, 78 sont reçus. Il est décidé que les infirmières diplômées d'État, les sages-femmes et les professeurs d'éducation physique du 1er degré sont dispensés de la première année d'études, sous réserve de se mettre au courant du programme complet de première année, et de rattraper toutes les séances de massage : les écoles devant organiser des cours spéciaux pour permettre aux candidats de revoir plus facilement le programme. Lors de premières séances du Comité du massage, la question



est de savoir si le masseur est considéré comme autorisé à pratiquer sur son patient après massage, des mouvements de rééducation fonctionnelle, ou s'il doit faire appel à un moniteur de gymnastique médicale, le massage devrait sembler-il s'accompagner de kinésithérapie. L'Administration fait remarquer que le diplôme de moniteur de gymnas-

tique médicale en clientèle ordinaire n'est pas exigé, ce qui donne satisfaction aux masseurs. Par contre, les moniteurs de gymnastique médicale ne peuvent pas faire de massage s'ils ne possèdent pas le diplôme d'état ou une autorisation d'exercer.

## C.

# Une identité partagée

## 1946-1973 — LE REGROUPEMENT DES PRATIQUES

À la Libération, tous les textes promulgués par le gouvernement de l'État français faisant l'objet d'un préjugé défavorable, l'application de la Loi du 15 Janvier 1943 se trouve suspendue bien qu'elle ne fût pas abrogée. Deux syndicats conjuguent alors leurs efforts pour élaborer un nouveau statut professionnel. Le Syndicat des infirmiers masseurs donne son adhésion à un projet préparé par la Fédération du personnel des services de santé C.G.T. prévoyant l'établissement d'un diplôme *unique d'infirmier* avec mention des diverses spécialisations parmi lesquelles celle de masseur. Le Syndicat national des masseurs médicaux met au point un projet qui s'applique à toutes les catégories de massage et comporte la création du diplôme et du titre de *masseur-kinésithérapeute*. Un groupe de gymnastes médicaux, animé par G. DREANO professeur d'éducation physique et masseur diplômé de l'EFOM, fonde le Syndicat national des professeurs de gymnastique médicale. Il coordonne ses efforts avec le Syndicat national des masseurs médicaux, au sein d'une union nationale des syndicats professionnels de la Santé Publique. En octobre 1945, G. DREANO, propose alors la fusion des professions de masseur et de gymnaste médical en une seule, celle de kinésithérapeute. Le mois suivant, le Syndicat des masseurs médicaux français fusionne avec celui des professeurs de gymnastique médicale, constituant un organisme unique, *le Syndicat National des Kinésithérapeutes*. En janvier 1946, le projet d'ordonnance d'infirmier spécialisé en kinésithérapie est retiré. Les pouvoirs publics renoncent ainsi à inclure les masseurs, les gymnastes et les pédicures médicaux dans le projet de loi réglementant la profession d'infirmier. M. NICOLLE président du Syndicat des Masseurs médicaux, s'efforce alors de convaincre les personnalités de la nécessité de mettre en place un statut de masseur kinésithérapeute. M. GUILBERT, député de la Manche, est chargé par la Commission de la Santé d'établir un rapport concernant une proposition de loi estimant préférable de déposer un texte séparé pour les kinésithérapeutes et les pédicures. Le rapport rappelle dès 1944 que les masseurs et les gymnastes médicaux, comme dans d'autres pays, sont d'accord pour que la massothérapie et la gymnastique médicale soient pratiquées par les mêmes spécialistes et qu'un diplôme unique de masseur-kinésithérapeute se substitue à l'ancien diplôme d'État de masseur médical. Mais l'usage du titre de masseur ou de

masseuse doit être exclusivement réservé aux diplômés masseurs-kinésithérapeutes pour éviter de compromettre cette pratique avec une forme de prostitution, qui utilise le vocable massage ou masseuse. Les professionnels ne peuvent exercer dans un but thérapeutique que sur ordonnance médicale quantitative et qualitative.

### 1. LA LOI DU 30 AVRIL 1946

A la Libération, la Loi du 30 avril 1946 réglemente et organise trois professions, celles de masseur clairvoyant et aveugle, de gymnaste médical et de pédicure. Une nouvelle profession naît de l'union de deux d'entre elles, celle de masseur kinésithérapeute qui doit œuvrer à la reconstruction sanitaire du pays «...nul ne peut exercer la profession de masseur-kinésithérapeute, c'est-à-dire pratiquer le massage et la gymnastique médicale s'il n'est français et muni du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute... Lorsqu'ils agissent dans un but thérapeutique, les masseurs-kinésithérapeutes ne peuvent pratiquer leur art que sur ordonnance». La Loi crée un *Conseil supérieur de la kinésithérapie* chargé de donner son avis sur toutes les questions intéressant la formation et l'exercice de la profession.

Cette fusion entre deux groupes professionnels est singulière. Cet agrégat offre aux groupes présents un champ nouveau d'activité ; le masseur peut pratiquer la gymnastique médicale, le gymnaste le massage, agrandissant ainsi le champ d'activité au nouveau possesseur du diplôme. A ces pratiques s'associent l'emploi d'agents physiques, la mobilisation articulaire, la thermo-hydrothérapie, la rééducation fonctionnelle, la rééducation, la psychomotricité, la gymnastique médicale et orthopédique, prévus dans le programme des études. Le masseur aveugle, qui détient le même diplôme, est dispensé des épreuves de rééducation. Ces pratiques appartiennent de droit au possesseur du diplôme délivré après deux années d'études préparatoires dans des écoles agréées.

Le *Conseil Supérieur de la Kinésithérapie* est composé en nombre égal de représentants de l'administration, de médecins spécialisés dans le massage ou la gymnastique médicale et de masseurs-kinésithérapeutes. Bien que le Conseil ne donne que des avis, il a des attributions particulières concernant notamment, les équivalences de diplôme (plus



**MARDI**  
**30**  
**AVRIL**  
1946  
S. Ludovic

Soleil ..... 5h56  
Coucher ... 23h04  
P. L. .... le 1er  
D. Q. .... le 7

# LE MASSEUR

## KINESITHERAPEUTE

La première  
et la seule  
revue  
pour les masseurs-  
kinésithérapeutes

---

### Une nouvelle profession est née

QUI ŒUVRERA  
A LA RECONSTRUCTION SANITAIRE  
du pays

**U**n pas capital pour notre profession était franchi, voilà deux semaines, le 13 avril exactement lorsque l'Assemblée constituante votait à l'unanimité le projet de loi que lui présentait Monsieur Guilbert, député de la Manche. Et c'est aujourd'hui même, date historique s'il en fut, que Monsieur Felix Guoin président du Gouvernement provisoire de la République, devait promulguer cette loi, également signée par Messieurs Robert Prigent, ministre de la Santé publique et de la Population, Pierre-Henri Teitgen, ministre de la Justice et André Le Troquer, ministre de l'Intérieur. Au retour d'un congrès familial à Bethune, Monsieur le ministre de la Santé publique a tenu à rappeler qu'il fallait réserver l'exercice des professions de masseur gymnaste médical et de pédicure à de « véritables professionnels qui collaborent avec le corps médical » et que cette réglementation assurerait « l'efficacité des traitements, enlevant toute chance d'erreurs et écarterait les pratiques irrégulières qui, sous le couvert de massage, servent la prostitution clandestine ». Une nouvelle profession est donc née aujourd'hui qui, munie d'un vrai statut, pourra œuvrer à la reconstruction sanitaire du pays.



Le Gouvernement  
au banc de l'Assemblée  
constituante

**NOS  
RETICENCES**

Les ordonnances des 4 et 19 octobre derniers ont institué un régime général de Sécurité sociale, tout en maintenant certains régimes spéciaux qui existaient auparavant, comme ceux des mineurs, des cheminots, des employés du Gaz et de l'électricité ou des Fonctionnaires. Or, le Gouvernement compte présenter au cours de cette session parlementaire une loi qui nous affiliera obligatoirement au régime général. Pourquoi nous contraindre ? Pourquoi ligoter notre liberté et notre identité ? Indépendants nous sommes, indépendants nous voulons rester !

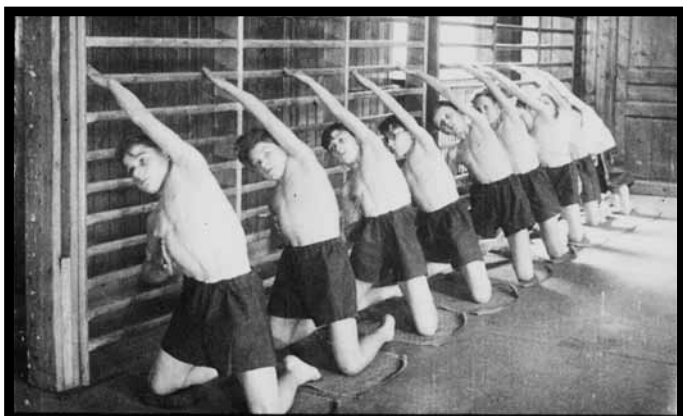
R.S.

de 2000) et les propositions de réforme des études. Sur vingt-sept membres, quatorze sont docteurs en médecine. La liste des premiers membres du Conseil Supérieur fait apparaître une proportion importante de médecins représentants l'Administration, les spécialistes en gymnastique médicale sont majoritaires. On peut licitement se poser la question de savoir comment ces professionnels du corps vont construire cet agrégat et pour quelles applications ? Présence de deux groupes distincts au rôle social différent, l'absence de corpus commun, dont l'institutionnalisation est réalisée par le corps médical pour répondre aux besoins de la santé publique (Polio, AT, Enfants, après guerre...) et les compétences définies par la tutelle et le corps médical sont des indicateurs d'une fusion difficile voire irréalisable.

### a - La mise en place de la formation

De 1946 à 1951, le Conseil agrée (une trentaine) de nouvelles écoles. Les besoins en kinésithérapie sont importants et justifient la création de centres de formation notamment à Paris et dans des grandes villes. Les établissements sont de statuts très divers, écoles associatives proches des facultés de médecine, d'autres sont des entreprises privées et commerciales, voire des écoles de propriétaires, promo-

teurs de méthodes. Le Cours de gymnastique médicale et de rééducation fonctionnelle des Enfants malades agréé en septembre 1946, est dirigé statutairement par le professeur titulaire de la Chaire de Clinique chirurgicale infantile et orthopédie. Le Pr J. LEVEUF (1895-1948), président de la Société française d'orthopédie en 1948, créateur du cours n'a pas eu le temps de mener un projet d'Institut de kinésithérapie de la faculté de médecine. Le Pr M. FEVRE (1897-1978) lui succède de 1948 à 1968, président de la Société française d'orthopédie en 1950, il est un des promoteurs de la médecine de rééducation. En 1955, les recommandations du Conseil Supérieur de l'Éducation Nationale rappellent que les Facultés de médecine ne peuvent officiellement participer à l'enseignement préparant le diplôme de masseur-kinésithérapeute. Les responsables transforment le cours en association à but non lucratif en 1955. Cette école est le prolongement de la pratique de la gymnastique médicale et orthopédique dans les hôpitaux de l'Assistance publique, elle est à l'origine du diplôme de moniteur de gymnastique médicale en 1942. Pendant de très nombreuses années elle organise des congrès et assure une revue « *Le journal de Kinésithérapie* » qui fusionnera avec celui de la revue de l'EFOM. Les examens comprennent des



25. La gymnastique corrective est une gymnastique curative qui, par des techniques appropriées,...

épreuves écrites, des épreuves pratiques et des épreuves orales. L'admissibilité comprend deux séances d'épreuves écrites (anatomie, physiopathologie appliquée) d'une durée de trois heures, les sujets sont choisis par le Conseil Supérieur de la Kinésithérapie, et des épreuves pratiques, épreuves de massage médical et chirurgical, de rééducation fonctionnelle, de gymnastique médicale. L'admission comprend huit oraux : hygiène et climatologie, hydrologie et hydrothérapie, notions élémentaires de morphologie normale et pathologique, pathologie médicale et chirurgicale, massage et kinésithérapie, déontologie et législation. L'admission dans les écoles est subordonnée à un examen d'entrée comprend une composition française sur un sujet de culture générale, cette épreuve sert également pour une notation de l'orthographe et deux problèmes d'arithmétique intéressant la vie courante. Cet examen d'entrée est du niveau du brevet élémentaire. Les titulaires du baccalauréat, du brevet supérieur d'enseignement primaire, du diplôme de fin d'études secondaires ou du brevet élémentaire de l'enseignement primaire ou de l'enseignement primaire supérieur en sont dispensés. Des dispenses partielles de scolarité sont accordées : les titulaires des diplômes d'infirmière, de sage-femme, les étudiants en médecine ayant validé huit inscriptions, les professeurs d'éducation physique de la Ville de Paris, de l'Éducation Nationale ou des Universités sont dispensés de la première année d'études. L'hétérogénéité du groupe des professionnels (masseurs, gymnastes médicaux et aveugles), l'absence d'objectifs et de stratégie communs et les séquelles des conflits syndicaux vont favoriser la division et renforcer le pouvoir médical.

## b - Les premiers conflits, les rapports de force entre les groupes constitués

La mise en place du diplôme va révéler les antagonismes autour de la gymnastique médicale et du massage notamment sur la formation. Le masseur qui ne connaît pas la gymnastique médicale a obtenu après de longues années d'efforts et de persuasion, une légitimation grâce aux médecins et chirurgiens cliniciens qui ont reconnu son rôle dans les pratiques de soins. Ce groupe, mieux institutionnalisé,

fait appel en permanence pour ses manifestations scientifiques, au patronage des doyens de Facultés de Médecine ou d'éminents spécialistes afin de marquer son appartenance au monde médical. Les médecins contrôlent la formation du massage et son exercice qui ne peut s'appliquer dans un but thérapeutique sans prescription qualitative et quantitative. Certains d'entre eux sont mêmes *massophobes* et ne sont pas acquis complètement à l'intérêt de cette technique. Par contre, depuis l'évolution des connaissances dans le traitement de pathologies infantiles (déformations vertébrales, atteintes neurologiques), l'intérêt se porte sur la mobilisation active et la gymnastique qui sont utilisées pour le traitement de leurs patients. Le gymnaste médical, professeur d'éducation physique relevant de l'Éducation Nationale ne connaît pas le massage et les techniques passives, il pratique une gymnastique corrective et collective, appliquée dans la rééducation des déformations vertébrales notamment chez l'enfant. L'inspection scolaire et le contrôle les activités physiques et sportives étant assurés par des médecins dépendant de l'Éducation Nationale, ils orientent naturellement les élèves présentant des déficiences vers le professeur d'éducation physique, gymnaste médical véritable rééducateur. La compétence de ces professeurs en matière de gymnastique corrective est incontestable, mais ils échappent au pouvoir médical hospitalier.

En se référant aux compétences respectives des ministères dont ils relèvent, les médecins vont chercher à obtenir le contrôle de la formation et du diplôme de masseur-kinésithérapeute afin de conserver la hiérarchisation dans la division du travail par le biais des auxiliaires médicaux avec lesquels ils sont en rapport. On assiste à des oppositions et conflits entre les groupes constitués repartis en trois catégories d'acteurs :

- Les membres appartenant à l'Éducation Nationale (professeurs d'Éducation Physique et médecins spécialisés),
- Les médecins spécialisés cliniciens, directeurs d'écoles ou chargés d'enseignement, professeurs à la faculté de médecine et intéressés par la gymnastique médicale,
- Les masseurs médicaux majoritaires grâce à la présence des aveugles.

Les membres appartenant à l'Éducation Nationale vont mettre en place des stratégies pour la conquête de la formation et de la délivrance du diplôme. Ils réclament une augmentation de l'attribution du nombre d'équivalences de diplôme compte tenu de leur compétence. D'un côté les gymnastes médicaux, issus de l'Éducation Nationale, cherchent à maîtriser la formation, de l'autre les aveugles souhaitent conserver une formation spécifique. Le ministère de l'Éducation Nationale prépare un projet de décret concernant le diplôme d'État validé par le Conseil Supérieur de l'Éducation Nationale sous les réserves suivantes notamment :

- Le ministère de la Santé publique, en accord avec le ministère de l'Éducation nationale, réglementerait les conditions d'accès aux écoles,
- Les diplômes seraient délivrés conjointement par les ministères de l'Éducation nationale et de la Santé Publique,



le premier pour la partie études, le second donnant son visa.

Le groupe des médecins cliniciens et des masseurs conteste ces propositions et s'oppose au transfert vers l'Éducation nationale de la formation et de la certification. C'est le moment où les aveugles réclament une adaptation de la formation car le programme des études est trop lourd pour eux. Ils peuvent subir les examens et l'enseignement de rééducation fonctionnelle, mais veulent conserver un diplôme unique. Une sous-commission conclut qu'il est nécessaire d'adapter l'enseignement des aveugles. On constate ainsi l'existence de deux diplômes, l'un où l'épreuve de massage est renforcée pour les aveugles qui souhaitent conserver le monopole de l'exercice du massage et pour lesquels l'activité est une rééducation, l'autre un diplôme complet de kinésithérapie. L'association des deux pratiques massage et gymnastique va être à l'origine d'une activité thérapeutique qui croise celle du corps médical et devenir une source de conflits au moment où la kinésithérapie trouve son application dans le traitement de certaines maladies et dans la réhabilitation des handicapés. «*Les conflits surgissent au sein de la division du travail quand apparaissent de nouveaux métiers capables de parvenir à leur autonomie fonctionnelle*».

## 2. UN ENJEU AUTOUR DE LA RÉADAPTATION DES HANDICAPÉS

Vers 1950, le ministère de la Santé Publique et de la population ainsi que celui de l'Économie Nationale s'intéressent au problème de la réintégration des handicapés. Chaque année, sur 42 millions de français près de 11 millions sont



frappés par la maladie et l'on estime à 1 million et demi le nombre de diminués physiques permanents soit un septième de la population laborieuse comprenant 350 à 400 000 tuberculeux, 180 000 paralysés et infirmes moteur, sur 1,6 million d'accidentés du travail, 60 000 présentant une incapacité permanente partielle, 150 000 malades mentaux et nerveux, 500 000 cardiaques, 25 000 rhumatisants invalides, 42 000 aveugles, 20 000 sourds et muets.

La Sécurité Sociale est intéressée à réduire le nombre de prestataires en augmentant en même temps le nombre de cotisants. Il est nécessaire d'envisager l'intégration du handicapé dans la vie économique. Ces handicapés constituent une masse «*inerte d'oisifs improductifs, végétant au dépend de la société dite normale*». Les conditions de vie de ce groupe sont généralement assurées à l'aide de secours de toutes sortes qui favorisent le développement d'un terrain propice à l'agitation sociale, aux revendications, aux aventures.

L'accroissement du nombre et du volume des pensions et d'assistances diverses nécessitent la recherche de solutions. Le handicapé ne doit pas être maintenu à l'écart de la production, le manque à gagner, les heures perdues pour la production pouvant être allégés par la *réadaptation*. Une liaison doit être établie entre les médecins et les rééducateurs kinésithérapeutes par le canal des *centres de rééducation fonctionnelle*. Ainsi le kinésithérapeute rééducateur peut prendre part à l'œuvre de régénération économique et sociale du pays, à la présentation des services d'accueil pour les enfants handicapés, les accidentés du travail en s'appuyant sur les résultats obtenus par les Britanniques dans le traitement des séquelles des traumatismes grâce à la pratique des méthodes de réadaptation fonctionnelle. La réadaptation doit permettre d'aider à restituer au diminué physique le maximum de fonctions lésées en associant la connaissance de la destination professionnelle de chacun des sujets. Une liaison doit être établie entre les médecins et les rééducateurs kinésithérapeutes par le canal des centres de rééducation fonctionnelle. Les exemples de structures d'accueil s'ouvrent pour accueillir les enfants présentant des séquelles motrices posées par l'infirmité d'origine cérébrale ; elles ont amené la création par le Dr TARDIEU en 1942, d'un centre de rééducation à l'Hôpital Bicêtre, où l'on applique les techniques de rééducation motrice associées à l'emploi d'appareils orthopédiques et d'un mobilier spécialement construit à la taille de l'enfant. Il s'inspire de celui qui a été fondé à New York au *Children's Hospital Buffalo*. Un centre de traitement des séquelles de poliomyélite est ouvert en 1949 à la demande du Ministère de la Santé Publique et avec son concours financier à l'hôpital de Garches dirigé par le Dr GROSSIORD qui propose une formation spécialisée à des infirmières dans la prise en charge des poliomyélitiques. Les accidentés du travail bénéficient à Oignies, du centre de réadaptation fonctionnelle des blessés des Houillères du bassin du Nord et du Pas de Calais. Cet établissement fut conçu par les médecins et les industriels concernés sur le même schéma que celui des centres anglo-saxons. Ce centre devait disposer d'un secteur thérapeutique composé de trois parties répondant aux trois

disciplines : le gymnase, les salles de traitement physique et les ateliers de thérapeutique artisanale. Le Centre de Rééducation Fonctionnelle «Les Charmilles» à Valenton dans la Région Parisienne est créé en 1950 par Mrs MICHAUT et RABEUX deux jeunes professeurs d'éducation physique, masseurs-kinésithérapeutes, avec l'appui du Pr MERLE D'AUBIGNE, chirurgien de l'Hôpital Cochin. Il reçoit des traumatisés ou des sujets ayant subi une intervention orthopédique. Le Centre de Traumatologie de Strasbourg, dès 1952, se charge de la réadaptation fonctionnelle des accidentés du travail. Dès 1946, quelques modestes tentatives fixent les grandes lignes de l'organisation des organismes de sécurité sociale (S.S.) dans le domaine de la traumatologie (décret du 31 Décembre 1946). Une circulaire indique que 20% des fonds d'action sanitaire et sociale doivent être consacrés aux problèmes de la prévention, des soins d'urgence, de la réadaptation et de la rééducation professionnelle et des reclassements. En 1947, une autre circulaire donne le schéma d'organisation d'un centre de traumatologie. En dehors des services d'accueil et d'hospitalisation, il est prévu un service de physiothérapie, de kinésithérapie (massage et mobilisation), d'hydrothérapie, d'appareillage et de rééducation motrice. Ainsi le kinésithérapeute rééducateur prendra part à l'œuvre de régénération économique et sociale du pays.

## a - Le groupe professionnel face à la réinsertion des handicapés

En France une Commission interministérielle pour la réhabilitation des mutilés, invalides et diminués physiques se réunit dès 1952 au Ministère du Travail, en vue d'étudier les problèmes de réadaptation médicale. Elle est définie comme l'ensemble des actes médicaux et chirurgicaux effectués dans des établissements spécialisés ayant pour but de prévenir dès les premiers symptômes de la maladie ou dès le début du traumatisme, l'incapacité, mais encore de restituer au diminué physique, ses aptitudes physiques et psychiques ; le but essentiel de la réadaptation fonctionnelle est de remettre l'handicapé dans le circuit économique.

Mme CHILD CHIPLOFF, d'origine américaine, (Kinésithérapeute et professeur d'Éducation Physique) est l'initiatrice du Centre National d'Information pour la Réadaptation (1950) que préside le Ministre de l'Économie Nationale. L'organisation technique des centres de rééducation fonctionnelle américains est exposée au cours du 6<sup>e</sup> Congrès National Scientifique de Kinésithérapie : elle associe les techniques médicales, chirurgicales et paramédicales, dans un établissement spécialisé, leurs actions précoces collaborant tant à prévenir les incapacités temporaires ou définitives qu'à restituer les moyens physiques et psychiques du malade. Le chirurgien ou le médecin confie son malade à un *médecin de médecine physique spécialisé*, dirigeant le centre de réhabilitation, où le sujet est successivement et simultanément soigné ou éduqué par l'équipe de rééducation. Cette équipe comprend : le *physiothérapeute* (équivalent du kinésithérapeute), qui applique les agents physiques (balnéothérapie, hydrothérapie et surtout l'électrothérapie

qui s'est développé pendant la guerre de 1940), le *corrective thérapeute*, auxiliaire ayant une formation gymnique et sportive qui se charge du réentraînement à l'effort grâce à des exercices dans le gymnase ou la piscine, l'*occupational thérapeute*. L'occupational therapy est une thérapie psychomotrice se servant d'une multitude d'activités artisanales avec un outillage varié. De petits ateliers adaptés aux malades permettent un réentraînement à l'effort professionnel (menuiserie, vannerie, utilisation d'établis, ...). Cette thérapie est mise en oeuvre au sein d'une équipe comprenant le *conseiller du travail*, le *moniteur d'enseignement technique*, l'*assistante sociale*, l'*instituteur spécialisé* pour les enfants handicapés. Cette équipe est placée sous la direction du médecin spécialiste à qui il appartient d'assurer une liaison constante entre ses membres.

La profession démontre son engagement dans ce domaine et dans ce contexte social et économique tente de renforcer sa légitimation. Les kinésithérapeutes essaient de répondre depuis plusieurs années, déjà, aux problèmes des handicapés, ils se présentent d'emblée comme détenteurs de la solution recherchée par les Pouvoirs Publics. Les kinésithérapeutes sont à la recherche de lieux dans lesquels ils pourraient exercer leurs activités en vue d'accroître leur professionnalisme ou de favoriser leur professionnalisation. Après des voyages d'études en Angleterre, en 1947, puis aux États Unis, du Secrétaire de la Société de Kinésithérapie M. DUPUIS-DELTOR, les membres de cette société sont amenés à comparer les techniques françaises et anglaises dans le domaine de la rééducation. Ils constatent que la réhabilitation est composée essentiellement par la kinésithérapie à laquelle on associe des agents physiques comme l'électrothérapie. Le thème choisi, *la récupération fonctionnelle*, pour le 5<sup>e</sup> Congrès International de la Kinésithérapie, tenu à Paris en septembre 1950, est l'occasion de rappeler que le savoir-faire de la profession en la matière s'inscrit dans l'histoire : de nombreux blessés des guerres de 1914/18 et de 1939/45 n'ont-ils pas eu recours à la kinésithérapie ? La participation des congressistes appartenant à vingt nations permet de considérer ce congrès comme le *Premier Congrès Mondial de Kinésithérapie*. La kinésithérapie favorise la guérison des malades, des blessés, des convalescents, et assure leur remise en condition physique convenable, pour leur permettre de reprendre le plus vite possible leur place dans l'activité générale. La profession propose l'ouverture de services de masso-kinésithérapie dans tous les lieux d'hospitalisation et réclame le développement de centres de réadaptation. On doit retrouver le kinésithérapeute, à l'hôpital, dans les centres de rééducation, au lit du malade, et à domicile. Les kinésithérapeutes sont prêts à prendre à côté du corps médical la place qui leur revient dans le plan général d'organisation et de réadaptation en France.

En septembre 1952, sur l'initiative d'un petit groupe de sept pays, on assiste à la création de la *Fédération Internationale de Médecine Physique*. Des médecins français participent au 1<sup>er</sup> Congrès International tenu à Londres du 13 au 18 Juillet 1952 qui réunit 200 médecins de vingt-



trois pays. La confrontation entre les différents spécialistes met l'accent sur le rôle de l'éducation physique qui produit un développement harmonieux du corps en même temps qu'elle augmente la résistance physique. L'éducation physique est considérée comme un agent de mise ou de remise en condition et d'agent thérapeutique. Déjà apparaît la volonté chez les médecins d'élargir le champ du savoir médical. La réhabilitation est un procédé pour rendre le patient physiquement, socialement, économiquement et professionnellement équivalent à ce qu'il était avant qu'il ne devienne diminué ou malade. S'appuyant sur une définition élargie de la médecine proposée par le Dr RUSK, médecin américain la médecine doit comprendre trois phases : la médecine préventive, la médecine de soins, la médecine de récupération ou de réhabilitation. Le Pr JOANNON, titulaire de la Chaire d'Hygiène et de Médecine Préventive de la Faculté de Médecine de Paris, président Fondateur de la Société de Médecine Physique Française, et quelques médecins français fondent alors la *Société Nationale Française de Médecine Physique* en 1952, qui prend ensuite la dénomination la *Société Nationale de Rééducation Fonctionnelle et de Réadaptation*. Elle a pour but de réunir les éléments dispersés de cette médecine, d'étendre sa pratique dans les autres disciplines médicales et d'organiser le champ de ses applications.

## b - La construction d'un savoir médical sur le champ des pratiques kinésithérapiques

À partir du moment où les médecins sont convaincus que la kinésithérapie possède des effets thérapeutiques, il est licite qu'ils la fassent entrer dans leur champ puisque le savoir médical comprend la prévention, le diagnostic, la prescription et le traitement donc la rééducation. Deux faits caractérisent la construction de ce savoir médical : la création, d'une part d'institutions et d'organisations professionnelles, et d'autre part celle d'un diplôme de médecine physique.

### ■ La création d'institutions et d'organisations professionnelles

Le Pr P. JOANNON, de la Chaire d'Hygiène et de Médecine Préventive de la Faculté de Médecine de Paris, président *Fondateur de la Société de Médecine Physique Française*, cherche à coordonner les actions des médecins spécialisés dans lesquelles la rééducation et la réadaptation fonctionnelle participent au traitement de leurs patients. En 1955, un *Syndicat de Médecine Physique et de Rééducation Fonctionnelle* est constitué avec comme premier président le Dr A GROSSIORD, médecin des hôpitaux de Paris, chef du service de rééducation neurologique de l'Hôpital Raymond Poincaré à Garches. Le 27 Mai 1957, le Syndicat prend alors le nom de *Syndicat National des Médecins Qualifiés en Rééducation, Réadaptation Fonctionnelle*. Cet organisme a pour objet notamment de rechercher la solution pratique de tous les problèmes ayant trait à l'exercice de la rééducation fonctionnelle, de la réadaptation, de la médecine physique, de créer, administrer ou subvention-

ner toutes œuvres, institutions ou sociétés professionnelles prévues par la Loi en vigueur. Le premier Congrès français de Médecine Physique eut lieu en Décembre 1957 à Marseille sous la présidence du Pr M. FEVRE, membre de l'Académie de Médecine, professeur de clinique chirurgicale infantile, directeur de l'école de kinésithérapie de l'hôpital des Enfants malades. En août 1959 un décret concernant les hôpitaux, va satisfaire la demande de ce groupe à savoir, l'organisation d'un service de *réadaptation fonctionnelle* dans tous les centres hospitaliers universitaires et les centres hospitaliers régionaux. Le Ministre de la Santé Publique préside en 1964 la séance d'ouverture du 4<sup>e</sup> Congrès International de Médecine Physique ; lors de la séance inaugurale, le Dr A. GROSSIORD rappelle que la médecine physique est une spécialité médicale dont l'autonomie s'impose, mais qui doit à l'évidence s'ouvrir largement vers la masso-kinésithérapie. « *Il ne saurait être admissible que les médecins se désintéressent de conceptions et de techniques aussi riches de possibilités thérapeutiques et qu'ils ne peuvent se passer de l'aide des masso-kinésithérapeutes. Loin d'opposer les deux activités, il importe de les mieux comprendre et les mieux connaître. N'est-il pas infiniment précieux pour nos auxiliaires qu'ils puissent aisément côtoyer des médecins qui parlent leur langage aient l'habitude de leurs pensées et sachent la valeur de leurs gestes ? N'est-il pas vivement souhaitable pour la santé publique qu'il existe un corps de médecins capables de diriger et conseiller les masso-kinésithérapeutes, d'en parfaire la formation et de travailler en étroite liaison avec eux ?* »

### ■ L'émergence de la médecine physique, une spécialité médicale

Dès 1954, à la Faculté de Médecine de Paris, un projet d'enseignement est étudié en vue de la délivrance d'un cer-



tificat de médecine physique permettant aux titulaires d'organiser la rééducation et la réadaptation dans les centres hospitaliers publics ou privés. Cet enseignement est ouvert aux docteurs en médecine et aux étudiants justifiant de

vingt-quatre inscriptions. Il donne, dans le cadre des hôpitaux de Paris, une formation pratique relative à l'utilisation à des fins curatives et préventives de la médecine physique. Cet enseignement comporte deux années de cours et de stages dans des services hospitaliers et reprend celui prévu dans les études de kinésithérapie. En 1964, il est créé au Ministère de la Santé, un Comité Médical des techniques de manipulations chargé de la mise au point d'un enseignement officiel et dépendant des médecins de M.P. Par arrêté du 4 août 1965, est créé un **certificat d'études spéciales de rééducation et de réadaptation fonctionnelle** délivré par les facultés de médecine. L'enseignement a une durée de 3 ans, et comprend des cours théoriques et des stages. Il est réservé aux docteurs en médecine français ou étranger et aux étudiants ayant accompli la dernière année d'études médicales. Ces médecins spécialistes ont pour mission de diriger les services hospitaliers publics ou privés de rééducation ; praticiens hospitaliers certains peuvent concourir pour le titre de professeur des universités ; leur action est principalement vouée à l'organisation des soins dans des structures institutionnelles mais limitée en secteur libéral. Le travailleur paramédical est donc soumis à une double discipline ; celle du rapport avec la profession dominante, comme tous les auxiliaires (FREIDSON) et celle de la technique imposée par le spécialiste. La présence de la spécialité médicale dans ce domaine de la rééducation comme dans d'autres, permet de borner le champ d'intervention des auxiliaires à des tâches spécialisées mais aussi de limiter la concurrence avec le médecin et de contrôler le champ en s'appropriant le monopole et le marché potentiel.

### **c - Deux ou trois ans d'études, une année de spécialisation après le diplôme d'État**

Les kinésithérapeutes sollicitent dans le même espace une réorganisation de la formation et sollicitent un allongement de la durée de leurs études et des compétences élargies notamment en électrothérapie comme dans les pays anglosaxons. En s'appropriant cette technique qui leur est interdite par la réglementation (limitation de l'exercice à la gymnastique médicale et au massage), ils élargiraient la palette de leurs techniques et répondraient ainsi aux différentes activités regroupées dans le cadre de la réadaptation fonctionnelle (massage, gymnastique, électrothérapie, balnéothérapie) dont ils deviendraient ainsi les uniques acteurs. L'intérêt du groupe se porte également sur l'admission dans les écoles auxquelles ils souhaitent un niveau supérieur. On prévoit que le baccalauréat soit obligatoire pour l'admission dans les écoles comme pour l'admission dans les centres de formation d'éducation physique et pour faire entrer les études préparatoires au diplôme d'État dans le cadre de l'enseignement supérieur. En 1953, un projet de modification des conditions d'admission accepté après discussion au Conseil Supérieur de la Kinésithérapie, n'aura jamais de suite.

Le Dr Pol LE COEUR, chirurgien infantile est chargé d'élaborer des propositions de modifications du programme des études qu'il expose en juillet 1954. La proposition consiste

en fait à un allongement d'une durée de trois mois des études théoriques et deux stages pratiques de deux mois qui constitueraient la troisième année dans les établissements hospitaliers ; chaque élève aurait éventuellement la possibilité de se consacrer au cours du troisième cycle à une ou deux spécialités de son choix. La formation doit s'effectuer dans un premier temps à l'école qui doit sélectionner les éléments les plus qualifiés pour le métier et dans un deuxième temps, à l'hôpital qui la complétera, sous le contrôle des médecins spécialistes. Le corps médical au terme d'une rhétorique de solidarité définit les tâches des uns et des autres mais en fonction des besoins des médecins spécialistes en orthopédie, en cardiologie, en rhumatologie... Il organise pour le kinésithérapeute un champ d'activité qui le lie à celui d'une spécialité médicale. Ainsi se trouve renforcée la subordination de l'auxiliaire médical. Depuis 1953, le principe de trois années d'études a été retenu par les membres du Conseil Supérieur de la Kinésithérapie. Deux groupes s'opposent au sujet de la durée et du contenu de la formation : l'un, favorable à trois ans (les M.K.) pour éviter la fragmentation de la profession, l'autre (les médecins) proposant, deux années d'études, complétées par une année facultative (2+1), sanctionnée par des certificats de spécialisation.

Si un parallèle peut être effectué, entre la kinésithérapie et la médecine qui comporte des spécialisations, sans porter atteinte à l'universalité du diplôme de docteur en médecine, il n'est pas justifié pour la kinésithérapie car elle est déjà une spécialité. La profession trop récente ne peut supporter une hiérarchie et le morcellement serait une source d'antagonisme funeste à son unité. Si l'on admet que les kinésithérapeutes doivent suivre des cours de spécialisation pour pouvoir traiter avec compétence les cas ressortant des divisions des branches de la médecine, on doit conclure que ceux titulaires seulement du diplôme d'État ne seraient plus qualifiés pour soigner aucun des malades justiciables de la kinésithérapie. Les kinésithérapeutes de province pourraient-ils préparer les certificats de spécialisation alors qu'ils sont éloignés des grands centres hospitaliers parisiens ? Après avoir construit leur demande d'allongement de la durée des études sur des justifications techniques, le groupe est persuadé du bien fondé de la demande.

### **3. LE JEU CENTRAL DES MÉDECINS**

Le Secrétariat d'État à la Santé Publique fait savoir en 1957 qu'après consultation d'un certain nombre de personnalités compétentes, il lui apparaît inutile d'imposer aux professionnels des études complémentaires, longues et coûteuses pour apprendre des spécialisations qui sont pour les professionnels d'aucune utilité. Le diplôme d'État doit être limité à l'étude approfondie sur une durée de deux ans du massage et de la gymnastique médicale. Les professionnels qui voudront s'orienter plus particulièrement vers des thérapeutiques médicales devront se spécialiser après l'obtention du diplôme d'État en suivant des cours complémentaires et des stages pratiques dans des centres d'enseignement





qui devront être agréés et suivre un programme arrêté. Les professionnels recevront, à la fin des études, un certificat polyvalent englobant les principales formes de réadaptation fonctionnelle.

À la suite de cette décision, le syndicat des Masseurs-Kinésithérapeutes de France et de l'Union Française (syndicat le plus représentatif) organise une consultation concernant la création du certificat de spécialisation polyvalent en réadaptation fonctionnelle. Le 24 octobre 1957, une écrasante majorité se prononce contre. Une délégation de la Fédération est reçue par le ministre de la santé publique qui estime sans vouloir anticiper sur les décisions du Conseil Supérieur de son plein accord pour l'institution d'une troisième année d'études obligatoire. Le Conseil Supérieur de la Kinésithérapie émet un vote favorable pour la troisième année. Cette décision n'est pas suivie d'effet. Quelques mois plus tard, une demande introduite par le conseiller technique du ministre, en juin 1959, propose la création d'un nouveau cadre d'auxiliaire médical spécialisé en soins dermatologiques, réservés aux infirmiers(es) et aux M.K. diplômés. Confrontés à cette nouvelle pression des médecins, les professionnels vont organiser un nouveau référendum en octobre 1959 qui confirme les résultats du précédent ; « 90 % de nos confrères ont manifesté une nouvelle fois leur hostilité à la création d'un certificat de spécialisation et leur volonté de voir intégralement respecté notre statut ».

Les médecins spécialistes en médecine physique dont les institutions sont en voie d'organisation, cherchent à gagner du temps pour permettre une organisation de la spécialité et de son enseignement. Aussi, vont-ils refuser tout allongement des études, jusqu'à ce que leur certificat de spécialité soit officialisé. Pendant plusieurs années, ils bloqueront méthodiquement et de façon autoritaire toutes les demandes du groupe des M.K. Le premier blocage est réalisé par la Chambre Syndicale des médecins de la Seine (30 novembre 1954) Ce syndicat avait exprimé ses inquiétudes relatives à la pratique de nouveaux actes qui pourraient être confiés à des non médecins. Lors du vote où le principe d'une troisième année d'études est retenu, le directeur général de la santé adresse une note au cabinet rappelant que « les médecins étaient absents... et que le corps médical ne partage pas l'avis des kinésithérapeutes ». Devant le refus du groupe des M.K. les médecins vont chercher à imposer l'année de spécialisation en modifiant leur stratégie à savoir : favoriser la division entre le groupe des M.K. et les luttes internes implicites en proposant des spécialités susceptibles d'être acceptées par certains d'entre eux, démontrer que les M.K. ne peuvent assurer toutes les techniques de la réadaptation fonctionnelle, développer de nouveaux métiers paramédicaux dans le champ des activités de la médecine physique, accepter l'allongement de la durée des études pour l'ensemble des formations paramédicales concomitamment avec la création de leur certificat de spécialité. La division des professionnels kinésithérapeutes et un Conseil Supérieur composé majoritairement de médecins appartenant à la Société de Médecine Physique, vont permettre la modification du programme des études

conforme au souhait du pouvoir médical. En 1962, un programme sur deux années d'études est établi : il comprend 30 % de cours théoriques supplémentaires par rapport à l'ancien programme, 19 mois de stages cliniques au lieu de 16. Après l'obtention du diplôme d'État, une année supplémentaire est prévue pour une formation spécialisée de caractère facultatif : après une période de cinq ans maximum d'expérimentation, la troisième année pourrait devenir obligatoire. Or, le nombre d'élèves en formation dans les écoles et le nombre de stages disponibles dans les hôpitaux parisiens, notamment ceux de l'Assistance Publique ne permettent pas d'offrir des stages aux élèves en formation essentiellement à Paris (près de 1.800 élèves) ; ce qui interdit une prolongation des études des M.K. L'Administration ne peut donc proposer une année de spécialisation débouchant sur un diplôme reconnu par l'État. L'Assistance Publique est chargée d'établir un projet d'année complémentaire optionnel de masso-kinésithérapie dans les spécialités suivantes : la rééducation ostéo-articulaire, neurologique, cérébro-motrice et respiratoire.

### a - Les médecins favorisent une spécialisation en soins esthétiques

Le Dr ROCLORE, ancien vice-président de l'Assemblée Nationale, dépose une proposition de loi en 1957, qui vise à réglementer l'exercice d'une nouvelle profession le « kinéplasticien ». Les esthéticiens et les infirmières auront qualité pour pratiquer les soins esthétiques et hygiéniques du visage, du cou, du buste et des mains en pratiquant le massage et en appliquant des adjuvants dont l'électrothérapie. MORICE, masseur kinésithérapeute (assimilé), membre du Conseil Supérieur, intéressé depuis de nombreuses années par les soins esthétiques et la cosmétologie est favorable à cette proposition ; il est président d'une société de kinéplastie, auteur de nombreux rapports sur la physiologie du massage et promoteur d'un vibromasseur dans le traitement des cicatrices. Le Dr ROCLORE est conseiller médical de la Société de Kinésithérapie, dont MORICE est président depuis 1938. À la séance du Conseil Supérieur, R. MORICE appuie la demande du Dr BOULLE représentant le syndicat des dermatologues qui propose la création d'un certificat de spécialisation en soins de dermatologie après le diplôme d'état, l'Académie de Médecine et le Conseil Supérieur de l'Hygiène Sociale s'étant prononcés en faveur de cette mesure. Il paraît difficile que le Conseil Supérieur puisse émettre un avis contraire à celui de ses hautes autorités. Prenant acte d'un refus formel d'une troisième année d'études par la direction de la santé, les M.K. favorables aux spécialisations acceptèrent l'offre des médecins pour posséder un champ de compétence élargi, dont les médecins favorisent en outre l'attrait en octroyant la pratique de techniques nouvelles non prévues dans la Loi : l'électrothérapie. Cette situation révéla une nouvelle fois l'hétérogénéité du groupe où l'on assiste ainsi à la résurgence de conflits internes, latents et implicites notamment entre le groupe des masseurs-kinésithérapeutes voyants et aveugles. La troisième année aurait satisfait l'ensemble des M.K. mais une

catégorie de confrères handicapés physiques peut difficilement envisager l'obtention des certificats spécialisés en réadaptation.

Le corps médical ayant opté pour une spécialité médicale dès 1952 va chercher à limiter au strict domaine de la législation en vigueur, l'exercice de la kinésithérapie c'est-à-dire du massage et de la gymnastique médicale. Le blocage de toute demande d'allongement de la durée des études et d'une modification conséquente de leurs contenus, a pour buts :

- d'éviter tout élargissement du champ de compétence du M.K. qui risque d'entraîner une éventuelle demande de modification de son statut d'auxiliaire médical,
- de maintenir la division du travail en favorisant la création d'autres groupes d'auxiliaires médicaux dans des espaces techniques à la frontière de ceux qui, compte tenu de la formation initiale, auraient pu faire l'objet d'un élargissement du champ de leurs activités ; le découpage en tâches des activités paramédicales renforce le contrôle du pouvoir médical et favorise leur hiérarchisation.

## **b - La parcellisation des tâches : des nouveaux auxiliaires**

Un rapport du Dr BOIDE présenté au Conseil Supérieur en mars 1958, rappelle que la compétence professionnelle du M.K. doit s'étendre à tout ce qui est la thérapie par le massage et le mouvement mais qu'elle n'a pas pour mission la restauration de la fonction par l'exercice utilitaire. S'appuyant sur des rapports antérieurs, notamment anglo-saxons et des réalisations françaises, le rapporteur considère que le moment est opportun pour distinguer la *masso-kinésithérapie de l'ergothérapie*. Aussi, un cadre de nouveaux auxiliaires doit être créé. Il existe deux centres de formation en ergothérapie qui fonctionnent à Paris et à Nancy. Trois années de formation sont proposées pour l'obtention du nouveau diplôme comme pour celui de kinésithérapeute. Le groupe des M.K. est opposé à l'idée d'une nouvelle division du travail ; ils sont contraints, pour obtenir l'allongement des études, d'accepter la spécialisation en ergothérapie. La réadaptation fonctionnelle ne saurait comprendre la seule kinésithérapie, aussi, les médecins vont délimiter les techniques en regard de leur spécialisation. S'appuyant sur la circulaire du 17 février 1960 du ministère de la santé, précisant que le médecin organise et guide l'équipe de réadaptation, la rééducation de la parole et de la vision, (orthophonie et l'orthoptie) puis celle en psychomotricité, vont être confiées à d'autres auxiliaires médicaux. La nouvelle division du travail va permettre de préciser le rôle et l'action de l'auxiliaire médical qui fait partie d'une équipe hiérarchisée dont le chef d'orchestre est le médecin. La règle de l'auxiliaire est la subordination. Lorsque l'auxiliaire médical travaille dans un milieu organisé, il n'y a pas d'abus et de déviation de cette règle car il est placé sous les ordres directs du médecin ; par contre, l'auxiliaire médical exerçant en dehors du milieu hospitalier, est tenté de croire qu'il en sait plus que le médecin

et accepte plus difficilement la subordination. Les conflits se poursuivront entre les organisations syndicales professionnelles, les médecins, et la tutelle. Depuis 1954 deux écoles à Paris et à Nancy délivrent des diplômes d'école. Il faut attendre 1970 pour qu'un décret porte la création du *diplôme d'État d'ergothérapie*. Les kinésithérapeutes peuvent bénéficier de deux années de dispense d'études. Dans cette mouvance les ministères de l'Éducation nationale et de la santé publique et de la sécurité sociale, (M. PONIATOWSKI) créent un *diplôme d'État de psychorééducateur* dont l'appellation est modifiée en 1985 en *psychomotricien*. Le psychomotricien intervient dans le dépistage, la prévention et le traitement des troubles psychomoteurs. Les psychomotriciens sont habilités à accomplir, sur prescription médicale et après examen neuropsychologique, le bilan psychomoteur, les rééducations des troubles de développement psychomoteur au moyen de techniques de relaxation dynamique, d'éducation gestuelle, d'expression corporelle ou plastique et par des activités rythmiques, de jeu, d'équilibration et de coordination. Les outils de médiations sont à la frontière du champ de la kinésithérapie. La double tutelle de la formation limite les revendications des kinésithérapeutes, sachant que les programmes d'études n'abordent pas de techniques de conscience corporelle ni l'étude de troubles psychomoteurs de l'enfant. Force est de constater que les méthodes des deux nouveaux métiers ont des partages d'activités communes.

## **c - Une formation en 3 ans**

La création d'un certificat d'études spéciales de rééducation et réadaptation fonctionnelle, délivré par les facultés de médecine, entraîne parallèlement la refonte des études de kinésithérapie pour lesquelles les médecins acceptent l'allongement de la durée de formation à trois ans d'études. L'administration saisit l'occasion pour remanier en profondeur les études de kinésithérapie notamment en proposant un projet d'école des cadres. Les manifestations au cours de l'année 1968 vont accélérer la réforme des études malgré celle récente de 1962 qui fait encore référence aux dispositions de 1947. Le ministère s'est appuyé sur un état des lieux réalisé dans le rapport pour l'étalement en trois d'études en 1968 de la Fédération des masseurs-kinésithérapeutes rééducateur. Le programme est une simple adaptation de celui de 1946, seule la durée des stages a été augmentée (19 mois). Un projet en 3 années est rédigé fin 1965 qui reçoit l'approbation du Conseil Supérieur mais il faudra que les syndicats professionnels et les événements de 1968 contraignent l'Administration à faire paraître un texte réglementaire qui fixera définitivement la durée des études à trois ans (décret novembre 1969), malgré les difficultés de stages qui ne sont pas réglées alors que les élèves doivent effectuer un stage à temps plein de trois mois. C'est aussi la reconnaissance du statut étudiant et la création d'une école nationale de kinésithérapie à l'Hôpital St Maurice à la demande du secrétaire d'État à la santé Mme DIENESCH. Une proposition de loi en 1973 tendait à la création d'écoles nationales de kinésithérapie. Le groupe



infirmier avait obtenu trois ans auparavant un allongement des études.

Les structures de formation participant au processus de socialisation professionnelle et de construction de l'identité, les groupements professionnels, associations et syndicats, s'engagent pour obtenir la création d'école de formation de cadres issus du métier. L'allongement de la formation, (trois ans d'études en 1969 demande formulée depuis près de trente années), et la modification des épreuves du diplôme pour l'admissibilité (une seule épreuve nationale de synthèse clinique) dont la correction est assurée par un médecin et un professionnel (1970). L'admission dans les écoles est subordonnée à la possession du baccalauréat ou d'un examen de niveau organisé par les l'inspection régionale de l'action sanitaire et sociale. La présence de cadres professionnels semble indispensable dans les lieux de stage, pour coordonner les activités dans les services, et assurer les enseignements et jurys dans les écoles. Les infirmières ont déjà acquis ce dispositif de formation cadre depuis plusieurs années. La production de savoir et son contrôle sont au cœur d'un débat. La Fédération française de masseur-kinésithérapeute rééducateur souhaite déboucher sur une réforme en profondeur de l'enseignement. Elle ouvre la première école des kinésithérapeutes enseignants en septembre 1965. Les titulaires du diplôme auront la possibilité de devenir responsable de stage, enseignants dans les écoles, chefs de groupe ou chefs de service dans les centres de rééducation. Cette école des cadres est mise en place dans le cadre d'une association 1901, rattachée à l'*Institut National de la Kinésithérapie*. Il faut attendre deux ans pour que le Ministre des Affaires sociales crée un certificat officiel (1967) de *masseur kinésithérapeute moniteur* délivré par le Ministre des Affaires Sociales aux personnes titulaires du diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute qui ont suivi un enseignement complémentaire, dans une école des cadres agréée, après trois ans d'exercice dont au moins un dans un service hospitalier, et subi avec succès un examen organisé à l'issue de l'enseignement. Les écoles sont dirigées par un docteur en médecine assisté d'un masseur-kinésithérapeute diplômé d'État, titulaire du certificat de moniteur. Le diplôme comprend deux épreuves une écrite et une pratique et deux épreuves orales. Deux écoles reçoivent leur agrément, celle de la Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes et celle de l'École des Cadres de Bois-Larris gérée par la Croix-Rouge. On peut noter que le terme choisi de certificat et non de diplôme montre la prudence timorée de l'Administration pour ne pas offrir à des auxiliaires un titre plus emblématique. Ce nouveau certificat, créé à l'initiative de la profession, s'inspire de celui destiné aux infirmiers(ères). Un décret en novembre 1958 créé un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière monitrice et d'infirmier moniteur et un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante et d'infirmier surveillant. Il est l'objet de prises de positions contradictoires entre les professionnels qui, d'un côté sont favorables à l'acquisition d'une expertise professionnelle, de l'autre, ceux qui ne souhaitent pas une hiérarchisation professionnelle mais préfèrent le développement des aspects pédagogiques de

la transmission des savoirs centrés sur une analyse des pratiques.

Le travailleur paramédical est donc soumis à une double discipline ; celle du rapport avec la profession dominante, comme tous les auxiliaires et celle de la technique imposée par le spécialiste. La présence de la spécialité médicale dans ce domaine de la rééducation comme dans d'autres, permet de borner le champ d'intervention des auxiliaires à des tâches spécialisées mais aussi de limiter la concurrence avec le médecin. L'aide spécialisé en institution ne peut donc travailler qu'avec un médecin spécialiste et répondre à la demande du corps médical. Pour acquérir un statut professionnel et conquérir sa légitimité, le groupe des masseurs kinésithérapeute a sollicité et accepté l'intervention et la domination du pouvoir médical. A partir du moment où la domination est acceptée, dominant et dominé sont pris dans le cercle enchanté de la légitimité. Le métier recherche par la mise en place de la formation (contenu et durée), à occuper une place élevée dans la hiérarchie des professions auxiliaires de la médecine, en justifiant un degré de professionnalisation par un processus d'amélioration des capacités et de rationalisation du savoir. S'appuyant sur une stratégie et une rhétorique qui tendent à faire reconnaître la valeur du service rendu, le masseur-kinésithérapeute veut acquérir une autonomie fonctionnelle et renforcer le monopole de son exercice. Or, il se heurte à la hiérarchisation de la division du travail dont les tâches sont gérées par le médecin. Les vingt années qui succèdent à la Loi de 1946 montrent que la production du savoir et sa diffusion proposées par les organisations syndicales et le développement des écoles, représentent un enjeu majeur et un passage obligé des luttes sociales engagées pour la reconnaissance des statuts professionnels. La définition de la profession et celle du savoir des professionnels sont dans une large mesure des produits sociaux : mais ils sont aussi des savoirs empruntés à la profession dominante ou délaissée par elle. Les autres étapes de la professionnalisation sont directement liées à des rapports de force entre les groupes sociaux concurrents. La professionnalisation est une démarche qui s'appuie sur un processus socio-historique collectif par lequel un groupe professionnel parvient à faire valoir sa spécificité, son activité, son rôle social, son monopole... Le kinésithérapeute partage avec d'autres professions auxiliaires de la médecine le même groupe, celui des « *professions paramédicales* » définies par les sociologues anglo-saxons comme para-profession.

Le kinésithérapeute est une paraprofession qui du fait que les connaissances techniques acquises par les paramédicaux l'ont été pour la plupart auprès de médecins qui les ont découvertes ou rendues applicables ou pour le moins approuvées, le travail paramédical consiste plutôt à assister le médecin qu'à le remplacer dans sa tâche. Par contre il est intéressant de noter que les métiers paramédicaux cherchent à se donner un statut au moyen d'institutions identiques à celles de la profession dominante, un cursus obligatoire de formation, la recherche de contenus théoriques, la proposition d'un code de déontologie.

## 1973-2007 – UN AGRÉGAT D'OUTILS TECHNIQUES À LA DISPOSITION DE LA PROFESSION DOMINANTE : LE MODÈLE PARAMÉDICAL

L'apparition des principaux métiers paramédicaux dans le champ médical et leur institutionnalisation postérieure à la création des spécialités médicales, ont favorisé leur organisation et leur mise en place. Ainsi s'explique l'apparition d'une quinzaine de nouveaux métiers de l'après guerre jusqu'en 1975. Le médecin spécialiste contrôle ainsi *l'infirmière anesthésiste, psychiatrique ou de bloc opératoire, la puéricultrice, l'orthophoniste, l'orthoptiste, l'ergothérapeute, le psychomotricien, le technicien de laboratoire, le manipulateur en électroradiologie, l'audioprothésiste, le lunetier opticien, l'appareilleur...* À partir des années 1972 le ministère de Tutelle s'interroge sur le contrôle des différents exercices professionnels et de la formation des nouveaux auxiliaires médicaux créés au cours des dix années précédentes. Ces professions concourent sur prescription médicale ou de leur propre chef, à la réhabilitation et au maintien de la population dans un état de bien-être physique au sein du secteur de la santé. Ces différents métiers spécialisés viennent renforcer et compléter les deux souches originelles des professions auxiliaires de la médecine, les infirmières, profession de soins essentiellement féminine qui exercent majoritairement leurs activités dans les institutions hospitalières sous un statut de salarié, et le masseur-kinésithérapeute, profession essentiellement masculine exercée principalement en ville de manière indépendante. L'État marque ainsi une volonté de rassemblement des paraprofessions marquant une ligne de clivage entre les professions médicales qui ont un caractère d'urgence dramatique et repose sur un savoir codifié et scientifique (diagnostic) et celle d'application des soins. Sont dits métiers paramédicaux les métiers relatifs à l'administration des soins qui tombent sous le contrôle de la profession médicale.

### 1. LE CONSEIL SUPÉRIEUR DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES : UN RASSEMBLEMENT HÉGÉMONIQUE

Aux Conseils infirmiers (1922) et au Conseil supérieur de la kinésithérapie (1946) qui ont fonctionné pendant près de trente ans, se substitue un nouveau conseil subdivisé en commission correspondant à chaque profession paramédicale. Une commission restreinte interprofessionnelle rassemble en son sein un élu de chaque profession pour débattre des thèmes communs à l'ensemble des professions. De nouveaux auxiliaires médicaux inscrits au Code de la Santé Publique sont alors rassemblés dans une nouvelle structure élargie : le **Conseil Supérieur des Professions Paramédicales (CSPP)** créé par M. PONIATOWSKI en 1973 et officiellement inauguré en 1975 par Mme S. VEIL. Cette instance,

créée à l'initiative de M. DIENESCH, secrétaire d'État auprès du Ministre de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale, est un lieu privilégié au sein duquel les professions paramédicales « *pourront manifester à la fois leur spécificité propre et leur grande solidarité* ». Dès 1969 la direction générale de la santé appelle l'attention du Secrétaire d'État à la santé sur la situation actuelle des différents conseils des professions paramédicales et l'interroge sur l'opportunité de modifier leur composition depuis les événements de 1968. Fortement contestés par les professionnels, ils estiment y être insuffisamment représentés, les étudiants ayant même émis le souhait d'y siéger. Cet organisme consultatif paritaire émet des avis sur la formation et l'exercice des différentes professions paramédicales chargées de participer, directement ou indirectement à l'exécution et à l'application des soins. Son existence marque l'arrêt de la création de nouveaux métiers paramédicaux, mais aussi une volonté de leur accorder les mêmes caractéristiques, d'effacer les différences, de normaliser les formations et les exercices. Il s'agit de limiter leur « *atomisation* », les centrant sur des catégories de fonction et précisant le champ d'exercice de chaque profession paramédicale (liste des actes de chaque profession) et de leur octroyer un statut proche. Le Conseil est constitué de commissions correspondant à chaque profession qui fonctionne soit en section d'enseignement, soit en section d'exercice. Sa composition est tripartite, puisque chaque commission comprend en nombre égal des membres appartenant à l'Administration, au corps médical et à la profession considérée. Or, on constate que chaque métier ne partage pas les mêmes problématiques compte tenu des modes d'exercice, de travail, de formation et d'emploi. C'est ainsi que la profession de masseur-kinésithérapeute est rejointe et confondue avec d'autres professions auxiliaires de la médecine sous la dénomination, *métiers de la rééducation*, sorte de sous groupe dans cet univers élargi ; elle perd un attribut qui la différencie des autres auxiliaires. Les tâches augmentant dans le champ nouveau de la rééducation et de la réadaptation, le corps médical privilégie une division du travail médical en créant de nouveaux métiers pour de nouvelles activités (psychomotricité, ergothérapie) mais aussi pour limiter une éventuelle concurrence par les masseurs-kinésithérapeutes, profession bien représentée notamment pour les activités libérales et qui sollicite une amplification de leur champ d'action. Il y a autant de frontières que de catégories dans l'organisation, toutes sont le lieu d'une nécessaire coopération et donc d'un conflit potentiel. Si le regroupement de ces métiers dans un cadre administratif peut se concevoir, les nombreuses disparités d'action et de finalité ne facilitent pas l'établissement des liens



entre eux ; les pratiques intéressent notamment des champs médicaux disjoints souvent spécialisés, des populations distinctes, des modes d'exercice différents. Ces disparités sont liées à des motifs d'ordre, économique, politique ou social, et de formation à des moments particuliers de l'histoire de la construction du champ médical qui ont concouru à la production de ces auxiliaires. Malgré ces disparités, un statut dans la *Fonction publique* va fixer ces personnels dans un statut commun. En 1976 le programme des études du certificat de masseur kinésithérapeute moniteur (1967) est modifié ainsi que le titre qui prend la dénomination de *certificat de moniteur cadre en masso-kinésithérapie* dont la mission est la formation de professionnels capables notamment d'enseigner la kinésithérapie dans les écoles et d'en contrôler l'application en service hospitalier. Cette disposition est étendue à toutes les métiers paramédicaux. L'ensemble des formations professionnelles va progressivement bénéficier d'une formation cadre dans les années suivantes sur le même modèle que celui des infirmières. Le contrôle étatique et médical est ainsi renforcé par un modèle de formation quasiment identique pour l'ensemble de ces métiers de la rééducation et celui d'infirmière. En 1990 le rapport de J. VATIER du Conseil Economique et Social subdivise en catégories de fonctions les différentes professions : *soins, rééducation, appareillage et assistance technique*. La lourdeur de cette pyramide administrative paralyse en fait les actions, le petit nombre de réunions dans les débuts est le témoin d'un certain dysfonctionnement. Cette approche assure le renforcement de l'autorité du ministère de Tutelle qui souhaite exercer et conserver son monopole de contrôle des professions paramédicales sans partage au profit d'autres ministères notamment en ce qui concerne la formation. Les formations qui bénéficient de deux tutelles (ministère de l'Enseignement supérieur) ont la capacité de cumuler l'apport des méthodes scientifiques à celle du soin. La formation reste un enjeu important car ses propriétés caractéristiques servent pour l'habilitation et l'identification d'une profession. La définition de l'exercice professionnel dépend du ministère de la Santé placé sous la tutelle de la profession médicale qui a recours à des aides et auxiliaires pour assurer les soins : on se trouve dans une division du travail. La création du *Conseil Supérieur des Professions Paramédicales* a encerclé tous les paramédicaux afin de limiter les éventuelles déviations de certains groupes et prétendre à des échanges professionnels entre eux.

## 2. LA PRODUCTION DU SAVOIR : L'ENJEU DE LA FORMATION

La production de savoir et son contrôle sont au cœur de la professionnalisation. L'autonomie de la profession passe autant par le contrôle de la formation et de son contenu que sur les conditions d'accès à l'exercice professionnel. On comprend l'enjeu central que représentent la mise en place et l'évolution des systèmes de formation dans l'émergence de l'identité professionnelle. Si le groupe professionnel doit se faire une place spécifique, il doit modifier les fron-

tières sans bouleverser l'organisation ce qui est quasiment irréalisable compte tenu de la nouvelle organisation. Le Ministre de la Santé du nouveau gouvernement de gauche dès 1981 met en place des commissions chargées de faire des propositions relatives à la formation et à l'exercice. Il engage des projets de réformes qui mobilisent les associations professionnelles. De nombreuses réunions du Conseil vont mobiliser les professionnels devant une demande pressante du cabinet ministériel communiste. Le nouveau Ministre cherche dans les premiers mois à montrer une volonté de changement notamment dans le cadre des professions d'auxiliaires médicaux qui exposent leurs revendications notamment celles des kinésithérapeutes. Ces derniers prétendent à un élargissement de leur formation. Initialement le cabinet montre une certaine volonté de faire évoluer la situation en accueillant le *Syndicat national des enseignants cadre en kinésithérapie* qui propose une reconnaissance de la fonction d'enseignant et une 4<sup>e</sup> année d'études.

### a - Un « programme commun » pour l'apprentissage

Les années 81-89 vont mobiliser les paramédicaux sur des domaines centrés sur la formation et les conditions d'admission dans les écoles, leurs agréments et la définition des actes professionnels. En 1982, une commission est chargée d'effectuer des propositions de modification du programme des études préparatoires au diplôme d'État. Composée initialement de quatre membres du conseil, elle s'élargit à des représentants professionnels, enseignants et médecins. Après une dizaine de réunions un programme est rédigé. Les propositions de formation s'inscrivent dans un système modulaire de deux cycles de deux ans chacun. Une grande majorité des membres du Conseil supérieur est favorable à un allongement des études qui est accepté par le bureau compétent du Ministère. Mais le ministère des Finances est hostile à cette proposition soutenue par les médecins. La formation doit être maintenue à trois ans, car le coût d'une 4<sup>e</sup> année devrait être, pour partie, supporté par les finances publiques. La réforme reste bloquée et le groupe qui continue à se réunir se trouve contraint de s'en tenir au cadre fixé par l'Administration qui, face aux oppositions des professionnels, ne prend pas de décision et laisse le *temps au temps*.

Dès 1981 le Ministère prend les moyens pour engager des mesures de réduction des flux de formation (quota annuel) pour les écoles préparatoires au diplôme d'État. Cette réduction a pour but d'endiguer la progression des effectifs des masseurs-kinésithérapeutes dont la perspective risque de dépasser largement en 2007 celle prévue par l'Organisation Mondiale de la Santé qui définit les besoins comme satisfaits à 50 kinésithérapeutes pour 100.000 habitants, les prévisions étant de 100 pour 100.000 en France. Elle a aussi pour conséquence la limitation du nombre de diplômés, créateurs de dépenses induites. Le directeur régional de l'action sanitaire de chaque région est chargé d'adresser chaque année une situation sur l'emploi et l'activité des masseurs-kinésithérapeutes et sur leurs besoins prévisibles.

Une réduction drastique du flux de formation est engagée, elle se poursuit pendant près de dix années, endiguée par un recours en Conseil d'État engagé par le Syndicat des directeurs d'école. La forte réduction de 1982 à 1985 (près de 50 % pour la région parisienne et proche de 18% pour la province) s'est stabilisée depuis les cinq dernières années. Cette réduction entraîne la création de centres de préparation aux épreuves d'admission (essentiellement privés) indépendants ou rattachés à une école de kinésithérapie pour aider les candidats à subir les épreuves d'admission. Le livre blanc sur l'enseignement réalisé par la FFMKR propose une réforme de la sélection pour assurer aux candidats des chances égales ; une épreuve de classement nationale à la même date et organisée par les régions. Ce rapport confirme que la profession doit conserver une tutelle unique de la santé au pour éviter une main mise de la médecine par la présence de la spécialité médicale en médecine de rééducation. Dans la même démarche, le Ministère revisite les agréments de toutes les écoles qui doivent répondre à de nouvelles normes de ressources matérielles et humaines. L'examen de chaque établissement met en évidence de sérieux dérapages qui doivent être corrigés. L'effectif des élèves admis dans les écoles, notamment à Paris, est largement supérieur aux capacités d'accueil, de plus le montant des frais de scolarités est élevé. En 1982 de nouvelles dispositions réglementaires modifient les conditions de fonctionnement des écoles à savoir la présence d'un Conseil technique et d'un Conseil d'école pour la gestion pédagogique ; le droit des élèves est reconnu officiellement. Le réagrément de l'école est subordonné à un effectif d'enseignants, d'un nombre d'heures de cours magistraux et pratiques, d'une qualification des enseignants en fonction de la spécialité enseignée, de l'établissement de documents visés par les moniteurs et par l'école pour chaque année scolaire et la présence de cadres à temps plein. Chaque année le directeur doit établir un rapport présentant un bilan pédagogique transmis aux autorités de tutelle qui sera quasiment ignoré quelques années plus tard.

En 1984, l'admission dans les écoles est subordonnée à un *concours d'admission commun* à tous les métiers paramédicaux, organisé dans chaque région. Les épreuves sont communes à toutes ces professions auxiliaires sans tenir compte de la finalité de chaque métier. Les candidats sont amenés à choisir par ordre de préférence des métiers paramédicaux et une école. Les difficultés d'organisation matérielle, notamment à Paris, limitent cette expérimentation à une période de deux ans. L'organisation d'une sélection commune pour chaque « discipline paramédicale » est un échec et l'État transfère dès 1987 à chaque établissement la gestion du concours, les programmes et les jurys restant placés sous la tutelle de la Santé. On n'avait pas prévu une explosion du nombre de bacheliers qui attirent des jeunes vers des métiers organisés, stables et rémunérateurs dans le cadre de la santé ; depuis 24 ans les épreuves d'admission n'ont pas évolué. La question est centrée sur la production du savoir, de sa diffusion et du contrôle de son utilisation. Le contenu et le temps de formation jouent un rôle moins

décisif que le contrôle exercé par le métier sur la formation. Pour y parvenir, le métier doit créer et définir son contenu, assurer sa transmission en contrôlant l'acquisition des connaissances, les admissions aux écoles, les programmes et les examens.

## **b - Une demande d'expertise : le recours aux spécialistes**

À son arrivée au ministère de la Santé, Mme le Dr BARZACH, demande à MM. ALBERT et HEULEU, en novembre 1986, d'établir un rapport général sur *la problématique de la profession de masseur kinésithérapeute* pour clore ces quatre années de discussion. Les deux chargés de mission sont à l'initiative de la création d'un centre de rééducation et réadaptation fonctionnelle de la Chataigneraie dit de Menucourt, situé dans la région parisienne, inauguré en 1978 par Mme S. VEIL (J. CHIRAC y est admis après son accident). Après leurs études de kinésithérapie, ils se sont orientés l'un vers la médecine spécialisée, le Dr HEULEU, l'autre M. ALBERT vers la gestion des services de santé. Ils sont respectivement directeur médical et directeur administratif du centre de rééducation. Dans la lettre de mission, le ministre constate que l'exercice professionnel se dégrade, entraînant des modifications d'exercice et d'activité qui s'orientent vers celles qui ne sont pas exclusivement thérapeutiques, que l'enseignement n'a pas évolué depuis une quinzaine d'années. M. ALBERT remarque une insuffisance de la formation en trois années d'études et son inadéquation à l'évolution scientifique et technique une inadéquation entre la formation pratique et la formation théorique, une formation continue sauvage et mercantile qui pallie partiellement certaines insuffisances de la formation initiale, une orientation vers les médecines douces parallèles, entraînant une marginalité des praticiens, une absence de reconnaissance universitaire pour le diplôme alors que dans certains pays francophones et de la Communauté Européenne il n'en est pas de même. La reconnaissance au niveau III (B.T.S) du diplôme dans la liste d'homologation des titres et des diplômes de l'enseignement technologique lui semble injustifiée. Remis au Cabinet du Ministre au début de l'année 1987, le rapport de 83 pages contient des propositions tant sur la formation que sur l'exercice, fondées sur 303 réponses à une enquête effectuée auprès des praticiens et sur 155 consultations de personnalités choisies pour leurs compétences et leurs connaissances dans le domaine de la kinésithérapie. Ce rapport est le seul qui ait cherché à apporter une réflexion articulée autour de deux thèmes principaux, l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute et la formation du masseur-kinésithérapeute.

### ■ Une formation professionnelle

Pour les auteurs du rapport, le problème est celui relatif à la jeunesse d'une profession créée en 1946, l'âge moyen de ses membres étant d'environ 40 ans. Le médecin prescripteur qui *connaît bien et prescrit bien*, se voit refuser ses indications thérapeutiques par le kinésithérapeute : le



malade n'apprécie pas le comportement de son kinésithérapeute, qui néglige l'aspect humain et ne consacre pas tout le temps nécessaire à l'efficacité du traitement. Le discours est clair, derrière une attitude d'écoute et de bienveillance, les auteurs soulignent que c'est le médecin qui élabore le plan de traitement, ayant seul le pouvoir de décision. L'auxiliaire médical n'a aucune responsabilité dans la conception de ce plan, même s'il participe à son exécution ; de plus, le temps passé auprès du malade est synonyme d'efficacité du traitement et de relations humaines. Les professionnels constatent une détérioration des revenus, la stagnation de la valeur de la lettre clé, qui permet le calcul des rémunérations des praticiens indépendants.

S'appuyant sur la liste des actes, les auteurs rappellent que la profession est essentiellement la pratique manuelle. Le type de formation qui en découle doit pouvoir produire les soins conformes aux compétences : la formation de base doit porter sur des connaissances suffisantes dans les matières essentielles et l'approfondissement de la pratique et des techniques de kinésithérapie. L'allongement de la durée de l'enseignement souhaité par les intéressés, risque d'être à l'origine d'un déviationnisme, engendrant de nouvelles ambitions de leur part, un désir d'indépendance à l'égard du prescripteur et une tendance à devenir un pseudo-médecin, ou un médecin non-avoué. Plus l'enseignement de la théorie se développe, et moins le kinésithérapeute voudra masser et travailler manuellement. L'acceptation d'un allongement des études sous-entend une plus grande reconnaissance de la profession et sa valorisation au regard de la société. Elle ne manquerait pas de s'accompagner de revendications financières. Les médecins spécialisés en rééducation et réadaptation fonctionnelle ne sont pas favorables à la création d'une 4<sup>e</sup> année. Si le décret d'actes a le mérite de mettre de l'ordre dans les pratiques des kinésithérapeutes, il ne doit pas être un alibi pour un allongement des études. Une année préparatoire aux études - elle existe déjà en fait - pourrait encore accroître le malaise ressenti par les professionnels vis à vis de la médecine, surtout si elle était accomplie en Faculté de médecine. La sélection à la formation des kinésithérapeutes assurée par l'Éducation Nationale représente également un inconvénient ; elle peut entraîner une demande identique de la part des autres paramédicaux.

#### ■ Un praticien dévoué et obéissant

Le professionnel doit être un technicien obéissant dont la formation ne doit pas dépasser 2 ou 3 ans. Le rapport HEULEU-ALBERT entraîne de vives réactions de la part des professionnels déçus et dépités par les propositions faites par les deux rapporteurs, anciens confrères. Une importante manifestation est organisée en novembre 1987 devant le ministère de la Santé qui rassemble étudiants et professionnels pour montrer le désaccord des professionnels qui contestent les conclusions de rapporteurs. Devant cet état de fait, en 1988, Mme BARZACH, missionne M. DORION inspecteur général des affaires sociales pour étudier la mise en place d'une année préparatoire aux études de kinésithérapie.

La publication de l'arrêté du 5 septembre 1989 fixe le contenu d'un nouveau programme et la durée des études reste à 3 ans, et met fin à un débat qui a duré sept années. On note peu de changement et d'évolution par rapport au texte précédent notamment sur le programme ; les épreuves d'admission portent sur le programme du baccalauréat, le diplôme reste homologué au niveau III de l'enseignement technologique (2 ans après le baccalauréat), l'organisation pédagogique fonctionne sur un mode modulaire. La validation de la formation est assurée par l'école. Le diplôme porte sur la rédaction d'un travail écrit que l'on soutient devant un jury et une mise en situation professionnelle sur un patient. La suppression des épreuves écrites nationales de certification à laquelle se sont substituées des validations par les écoles agréées par l'État, sont de nature à entraîner des disparités de formation et d'évaluation entre les étudiants et les écoles et à modifier le niveau de qualification. La présence de frais de scolarité, dans la majorité des écoles n'est pas sans influencer implicitement la formation et l'attraction pour cette profession.

#### ■ La sélection, un espace non reconnu... Une année blanche

Devant les réactions des professionnels, une année préparatoire commune dérogatoire avec les médecins et les dentistes aux études préparatoires au diplôme est proposée par le ministère de la Santé. Elle a pour but initialement de soulager la formation de 1<sup>ère</sup> année, en transférant une partie de l'enseignement de disciplines fondamentales (anatomie, physiologie) compte tenu d'un programme qui était prévu pour quatre années pleines. Ce tronc commun a pour certains professionnels, le mérite de proposer indirectement un allongement des études, une année commune avec les futurs prescripteurs, une année universitaire gratuite. Deux établissements en 1989 (Vichy et Dijon) suivis de quatre autres (Besançon, Bordeaux, Nice et Lyon) acceptent de confier l'organisation de la sélection et l'année préparatoire à la Faculté de Médecine. Les candidats après quelques mois de préparation s'orientent vers la filière de leur choix, médecine, odontologie ou kinésithérapie. Le blocage répétitif à trois ans des études en 1969 puis en 1982/1989, car il a fallu sept ans et un rapport sur la *problématique de la profession de kinésithérapeute* pour que l'État accepte en 1989 une année dérogatoire au concours de droit, commune avec les étudiants en médecine, pour que les candidats acquièrent des bases communes et scientifiques et découvrent quelques disciplines propres à la profession. En 1993, sous la pression syndicale une circulaire adressée aux DRASS (circulaire DGS n°98/687 du 20/11/98), encourage l'adhésion à cette année dérogatoire, afin d'améliorer les modes de recrutement, cette conjoncture a conduit à des expériences disparates et hétérogènes, une quatrième année avait été refusée par les médecins, inquiets d'une éventuelle concurrence. Cette disposition dérogatoire est maintenue depuis plus de vingt ans avec de nombreuses adaptations locales qui manquent de lisibilité. Une enquête en 1993 sur la nécessité d'une année préparatoire à l'uni-

université en faculté de médecine commanditée par le ministère de la Santé et réalisée par un cabinet privé a montré le bien fondé de cette situation pour maintenir et justifier une expérimentation sur six sites scolaires. L'élargissement et la diversité des modes expérimentaux de sélection depuis 1989, montrent que les responsables de formation ont choisi contractuellement à près de 70% de confier tout ou partie des épreuves de sélection à l'Université en particulier aux UFR de sciences et de médecine. Ce pluralisme de sélection répond à des aménagements locaux soutenus par la décentralisation, à l'appel légitime d'une participation universitaire dans la transmission et la validation des savoirs théoriques, (indispensables à la consolidation des savoirs pratiques), mais aussi à l'hésitation concomitante des politiques publiques sur la stratégie d'une année commune avec d'autres professions de santé. Le dispositif transitoire et expérimental doit gagner en clarté dans les années à venir pour être compris par les étudiants et leur famille parfois déroutés et inquiets par l'absence d'une sélection comparable.

Pour les métiers de la rééducation, conçus pour répondre à l'époque, à des besoins de société, seule la kinésithérapie possède des liens historiques aussi forts avec l'ensemble du monde médical savant et ses spécialités. Le kinésithérapeute exerce une activité prescrite par de très nombreuses spécialistes médicaux, ce qui explique la demande de connaissances scientifiques que le concours d'admission, vieux de 24 ans, ne peut procurer. Deux années en moyenne pour repasser un baccalauréat réduit à trois disciplines. Le Ministère n'a toujours pas pris de décision quant à imposer ce mode de sélection qui présente de nombreux avantages. Il laisse les écoles choisir son mode de sélection et développer de officines privées de préparation au concours dont certaines sont dites intégrées lorsqu'elles sont rattachées à une école de formation. Cet immobilisme a permis à certains responsables d'adapter la formation pour répondre à une promotion et une vision singulière du métier au risque de développer des actions de formation débordant la réglementation.

### ■ Une redéfinition des actes professionnels

Il faut attendre 1985, pour qu'un décret fondateur modifié en 1996 puis en 2000, redéfinisse le champ d'activité, les techniques utilisées, les traitements pris en charge par l'Assurance maladie, les méthodes autorisées à pratiquer (seules ou sous surveillance médicale). Une actualisation de la définition du massage, de la gymnastique médicale et la possibilité de réaliser des bilans sont de nature à considérer que le champ d'activité s'est agrandi. Cette situation est une des raisons pour motiver une demande réitérée d'allongement des études. Les difficultés rencontrées par la profession reposeraient sur l'évolution croissante des dépenses de santé bien que celles consacrées aux soins ambulatoires en kinésithérapie ne représentent, en 1985, que 6,75% des dépenses totales pour les soins médicaux. Les actes sont codifiés dans la nomenclature générale des actes professionnels ; on constate non seulement une évolution de

la croissance des actes de kinésithérapie en relation avec la démographie, mais aussi une augmentation de l'activité des praticiens, celle des frais généraux, charges sociales et indirectes. Ces difficultés de gestion des soins de santé ne sont pas seulement d'ordre économique, mais elles sont liées aux rapports que les masseurs-kinésithérapeutes ont avec le corps médical. Si l'acceptation forcée de l'état de subordination est présente les masseurs-kinésithérapeutes estiment que leur formation les autorise à parler d'égal à égal avec les médecins quand il s'agit de leur spécialité. L'auxiliaire médical kinésithérapeute est pris dans une alternative aux éléments contradictoires d'une part, un protectorat du médecin qui lui délivre les ordonnances et auquel il doit aliénation et obéissance, d'autre part, l'autonomie provoquée par la pratique quotidienne hors de la présence du médecin, lors de l'exercice libéral. Il est amené à conseiller, porter un avis sur le cas qu'il traite, prendre en charge la globalité du patient, attitude indépendante renforcée par les liens de confiance tissés au cours des séances de rééducation qui s'étalent dans le temps. Les rapports entre le kinésithérapeute et le médecin sont au centre du débat ; le médecin n'accepte pas l'ombrage fait par des auxiliaires médicaux, son prestige est en jeu. Le praticien souhaite substituer à la hiérarchie verticale de subordination, des rapports situés sur le même plan de praticien à praticien. On remarque cependant que les médecins omnipraticiens, les chirurgiens et les rhumatologues dont l'ensemble des prescriptions représentent 81 % au total, sont satisfaits du concours indispensable des professionnels. Seuls les médecins spécialistes de rééducation et de réadaptation fonctionnelle dont l'effectif était de 437 en 1983 et qui occupent les fonctions de chef de service dans le secteur public ou privé, ont une relation conflictuelle avec la profession. Ils sont à *la fois les meilleurs et les pires collaborateurs du kinésithérapeute*, intervenant dans les rapports kinésithérapeute-malade et jouant de plus le rôle de contrôleur des techniques utilisées. Le décret de 2000 instaure dans l'article 2, le bilan kinésithérapique « *qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et techniques qui lui paraissent les plus appropriés* ». Le qualitatif n'est plus imposé par le prescripteur, mais est laissé à la libre appréciation du masseur-kinésithérapeute. Ces décrets apportent une certaine autonomie à la profession. Depuis le 13 janvier 2006, une nouvelle avancée de la profession est règlementée il s'agit de la liste des dispositifs médicaux que les masseurs-kinésithérapeutes sont habilités à prescrire.

### 3. LE CADRE DE SANTÉ OU LA CONSOLIDATION DE LA DIVISION DU TRAVAIL

D'un côté, les autorités de tutelle imposent un regroupement des différentes professions paramédicales une organisation et une structuration commune voire identique applicables à tous les métiers paramédicaux dans des structures de soins, de l'autre elles renforcent son contrôle par la mise en place d'un encadrement commun pour toutes les formations initiales. De 1981 à 1991 le regroupement





s'articule autour de trois axes : une lutte contre l'exercice illégal en segmentant les activités et en définissant les actes professionnels de chaque métier paramédical, une domination des auxiliaires par des médecins spécialistes, une uniformisation de la formation des métiers existants. A partir de 1995 un nouveau diplôme cadre va formater l'ensemble des futures cadres, enseignants et managers.

La réforme de la formation cadre est examinée dès 1985 par les trois directeurs d'écoles des cadres (Montpellier, Bois-Larris, INK), elle s'accélère à la suite de la réforme du diplôme d'État en 1989. A partir d'une expérimentation amorcée en 1988, le directeur de l'Institut national de la kinésithérapie développe un projet de formation des cadres en kinésithérapie, associé à la filière professionnalisée de la Croix Rouge et de Science de l'Éducation sous la tutelle de l'Université Aix-Marseille. Cette expérimentation est rejointe et dominée en 1995, par la création d'un diplôme de cadre de santé unique pour 14 professions paramédicales répondant ainsi à la volonté exprimée par le ministère de Tutelle de regrouper une nouvelle fois les professions paramédicales et de leur proposer une formation unique de «cadre» en 1995. Le nouveau diplôme se substitue aux 11 certificats cadres précédents. Ce diplôme se substitue au certificat de moniteur cadre de masso-kinésithérapie dont la mission était la formation de professionnels capables notamment d'enseigner la kinésithérapie dans les écoles et d'en contrôler l'application en service hospitalier. Les candidats après cinq années d'exercice peuvent se présenter aux épreuves de sélection qui comprennent une épreuve d'admissibilité écrite d'un commentaire de texte et deux épreuves d'admission. La suppression des écoles des cadres de kinésithérapie interdit le processus de socialisation professionnelle et de construction de l'identité au même titre que l'acquisition des habiletés techniques renforcées par le caractère réservé de cette formation aux salariés (plan de formation). Ces dispositions favorisent les infirmières(iers) qui vont en grand nombre suivre la formation dans des centres qui s'ouvrent dans toutes les régions. Ce diplôme permet l'accès à des emplois dans la Fonction Publique Hospitalière et aux grades supérieurs dans les hôpitaux notamment de directeurs de soins gestionnaires de tous les paramédicaux. La production de savoir et son contrôle étant au centre de tout processus de professionnalisation du métier, l'accroissement du savoir et son enseignement par des professionnels sont donc de fait limités. L'accès est autorisé sous réserve d'un concours qui comprend une épreuve écrite et anonyme qui consiste en un commentaire d'un texte sur un sujet d'ordre sanitaire et social qui a pour but de tester les capacités d'analyse et de synthèse du candidat, son aptitude à développer et argumenter ses idées par écrit. L'admission comprend une épreuve orale qui consiste en un exposé au cours duquel le candidat présente son dossier suivi d'un entretien individuel. Il s'agit de la profession d'audioprothésiste, de diététicien, d'ergothérapeute, d'infirmier, d'infirmier de secteur psychiatrique, de manipulateur d'électroradiologie, de masseur-kinésithérapeute, d'opticien-lunettier, d'orthophoniste, d'orthoptiste,

de pédicure-podologue, de préparateur en pharmacie, de psychomotricien ou de technicien de laboratoire d'analyses de biologie médicale. La tutelle a ainsi en quelques années figé tous les paramédicaux qu'elle certifie dans le même espace. Ce type d'organisation permet ainsi à l'autorité de tutelle de contrôler les différents métiers et de limiter toute concurrence et conflit avec le corps médical en réduisant toutes spécificités notamment dans les structures institutionnelles qui privilégient l'équipe pluridisciplinaire au détriment des particularismes professionnels. Le regroupement des différents métiers protège et donne poids au groupe le mieux placé sur le marché institutionnel dont la mission est reconnue indispensable pour le fonctionnement des établissements hospitaliers : les infirmiers(ères) ; cette spécificité confère au groupe infirmier, une position dominante.

#### 4. L'ORDRE DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES : UNE CONSTRUCTION MOUVEMENTÉE

Si la production de savoir et son contrôle sont au centre de la professionnalisation du métier, les groupes professionnels s'attachent à démontrer que l'acceptation et la mise en pratique d'un code éthique, réglant l'exercice de l'activité professionnelle, est un attribut qui conduit à définir un idéal type des professions. Le contrôle des activités professionnelles est effectué par l'ensemble des collègues, seuls compétents pour effectuer un contrôle technique et éthique. La profession règle donc à la fois la formation professionnelle, l'entrée dans le métier et l'exercice de celui-ci. Le contrôle est généralement reconnu légalement et organisé sous des formes qui font l'objet d'un accord entre la profession et les autorités légales. L'enjeu pour les praticiens est de pouvoir procéder eux-mêmes à la définition de leur activité et de s'en remettre à leurs pairs, et à eux seuls, pour apprécier ce qui est autorisé à accomplir le travail et de quelle façon il doit l'être. Le contrôle technique et éthique de l'activité confère une autonomie au groupe et un pouvoir d'auto-contrôle reconnu par la société. Les études sociologiques relatives au processus de constitution des professions montrent qu'il est le résultat d'un rapport entre la production du savoir et les luttes sociales à des fins d'autonomisation. Dès la création du diplôme de masseur médical en mai 1944, M. NICOLLE, président du syndicat professionnel des masseurs aveugles de France, émet le vœu que les masseurs soient groupés en une section au sein de l'Ordre des médecins. Lors du Comité du massage médical de Mai 1944, les membres du Conseil émettent un avis favorable à un Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. En septembre 1946 puis en juin 1947 le député GUILBERT propose une loi instituant un Ordre des masseurs-kinésithérapeutes sous contrôle de l'Ordre des médecins, demande reprise au Conseil supérieur de la kinésithérapie en 1947. Pendant près de cinquante ans, l'absence de volonté politique claire, les dissensions syndicales essentiellement sur la nature juridique de la future juridiction professionnelle, entrave toute évolution

du dossier. En 1966 et 1970 les promesses des ministres, M. JEANNENEY et Mlle DIENESCH, ne sont pas tenues. En 1976 le projet élaboré par Mme S. VEIL est rejeté par les professionnels. M. POIRIER kinésithérapeute rédige en 1995, dans un mémoire universitaire *droit, éthique et santé* de très grande qualité, la construction historique et les demandes renouvelées de la création d'un Ordre. En 1994 l'Assemblée nationale vote un Ordre des masseurs-kinésithérapeutes totalement indépendant que le nouveau ministre de la Santé, B. KOUCHNER annule. Le Conseil de l'Ordre des médecins créé sous le gouvernement de Vichy laisse une mémoire emprunte de collaboration. C'est J.F. MATTEI qui relance le projet et la Loi est votée en 2003 après des aller et retour entre les Parlements. La Loi du 9 août 2004, relative à la santé publique, officialise la création de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, totalement indépendant et ayant les mêmes missions et pouvoirs que les Ordres médicaux. Les conseils départementaux sont élus en mai 2006 et le conseil national en juillet 2006. M. X. BERTRAND, ministre de la Santé et des Solidarités, a installé l'Ordre national des masseurs-kinésithérapeutes le 7 septembre 2006. Un décret en novembre 2008 porte le Code de déontologie. La création d'un Ordre professionnel autonome des masseurs-kinésithérapeutes, marque une incontestable avancée du métier, n'est-il pas un attribut essentiel des professions reconnues ?

Toute activité de travail suppose la mise en œuvre de savoirs spécifiques, plus ou moins repérés, codifiés, et donc valorisés. L'enjeu pour les praticiens est de pouvoir procéder eux-mêmes à la définition de leur activité et de s'en remettre à leurs pairs, et à eux seuls, pour apprécier ce qui est autorisé à accomplir et de quelle façon il doit l'être. Le contrôle technique et éthique de l'activité confère une autonomie au groupe et un pouvoir d'autocontrôle reconnu par la société. Les études sociologiques relatives au processus de constitution des professions montrent qu'il est le résultat d'un rapport entre la production du savoir et les luttes sociales à des fins d'autonomisation. L'Ordre est chargé, en outre, de veiller au respect de ces dispositions et, par convention avec la Haute Autorité de Santé (HAS) et à titre expérimental pour une période de deux ans, il est attendu dans la mise en place de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), en coordination avec la diffusion de recommandations et la promotion des bonnes pratiques. Il a élaboré le code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes défini par décret en 2008. Les différents articles qui le composent sont repris au code de la santé publique. Cet acquis marque une volonté d'autonomisation du métier dans le sens d'un alignement sur le modèle des professions établies.

## 5. LA CONSOLIDATION DU MODÈLE PARAMÉDICAL : CRÉATION D'UN HAUT CONSEIL DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

Le Conseil Supérieur des Professions Paramédicales mis en place en 1973 n'est plus apte à recevoir en son sein toutes les professions de santé, on dépasse le cadre des professions auxiliaires de la médecine. La tutelle doit conserver le contrôle et la maîtrise de la formation et de l'exercice principalement des métiers ayant acquis un Ordre : les pédicures, les kinésithérapeutes, les infirmières(iers) mais aussi les métiers d'aide soignants et d'auxiliaires de puériculture. Le Haut Conseil des Professions Paramédicales (HCPP), institué par décret du 15 mai 2007, est une instance de réflexion pour les professionnels, il est compétent pour les questions communes à plusieurs professions. Force est de constater une reprise des missions du précédent Conseil. Le ministère de la Santé dans son rapport en 2007 souligne que, parallèlement à la création des Ordres, il doit disposer d'une instance interprofessionnelle garantissant une représentativité satisfaisante de ces professionnels ainsi que la promotion d'une réflexion interprofessionnelle sur les conditions d'exercice des professions paramédicales, de l'évolution de leurs métiers, de leur coopération, de la répartition de leurs compétences, de la formation et les diplômes et la place des professions paramédicales dans le système de santé. Ce rassemblement semble ambitieux devant les disparités des activités des

différents professionnels et les résultats dérisoires obtenus dans le conseil précédent notamment dans la transversalité de métiers. Le Ministre chargé de la santé peut saisir le Haut Conseil de tous sujets concernant ces professions et doit lui soumettre les projets de texte intéressant au moins deux professions. Le Haut Conseil comprend cinq types de membres nommés par le Ministre de la Santé pour trois ans renouvelables. Il s'agit de représentant(s) : des syndicats de la fonction publique hospitalière et professionnels, des fédérations d'employeurs d'établissements de santé publics et privés, un représentant pour chacune d'elles, de chacune des autres professions paramédicales : ergothérapeute, psychomotricien, manipulateur d'électroradiologie médicale, audioprothésiste, opticien lunetier, prothésiste et orthésiste, diététicien, technicien de laboratoire, infirmier anesthésiste (Iade), infirmier de bloc opératoire (Ibode) et puéricultrice, de chacune des autres professions de santé non médicales (aide-soignante, auxiliaire de puériculture...) pour les sujets les concernant. Des représentants des médecins généralistes des spécialistes libéraux, des praticiens hospitaliers, assisteront aux réunions avec voix consultative ainsi qu'un représentant du Conseil national de l'Ordre des médecins





et de chaque Ordre des professions paramédicales. Force est de constater que ce nouveau Conseil est une répétition du précédent pour maintenir sous le contrôle de la tutelle les métiers du soin, et des professionnels sous son étroite dépendance au mode de régulation étatique du champ élargie en incluant toutes les professions de santé.

Quel est le point commun entre un diététicien et un manipulateur en électroradiologie ? Le lien de subordination entre un prescripteur spécialisé et son auxiliaire est d'autant plus fort que l'utilisation d'outils d'investigation représente le lien de subordination (radiologie, laboratoire, ophtalmologie...). On est alors dans une division du travail de type interactionnisme symbolique, le professionnel est celui qui délègue les « sales boulots ». Il en est de même pour ceux qui travaillent en institution. Mais pour celui dont l'exercice s'effectue en dehors de la présence du médecin dans ses propres locaux, les pratiques prennent une dimension personnalisée et marquée d'indépendance. Le groupe professionnel tend alors à s'organiser sur le modèle des professions établies. La toile est ainsi largement fabriquée, aucune profession de santé auxiliaire et non médicale, échappe au contrôle de la tutelle ; les professions qui possèdent un exercice libéral renforcé par la présence d'un Ordre, bénéficient d'une posture plus identifiée. Le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche est absent même pour les métiers dont la double tutelle est présente dans la formation. L'invisibilité de l'université est significative, le ministère de la Santé conserve la maîtrise de l'exercice et de la formation de ses prestataires de service, toutes modifications de fonctionnement ou de statut sont soumises à l'agrément des autres groupes freinant toute émancipation de l'un d'entre eux. La réingénierie mise en place en est la traduction, le niveau de formation identique et le partage des compétences transversales laissent présager des passerelles entre les métiers. Ces propriétés ne sont pas présentes entre les professions médicales. En fait les métiers paramédicaux, même s'ils ont acquis au cours des dernières années quelques attributs de l'idéal type de la profession, restent des para-professions qui tombent sous le contrôle du ministère de la Santé sous domination de la profession dominante médicale qui se manifeste par le fait que le travail paramédical consiste plutôt à assister le médecin qu'à le remplacer dans sa tâche.

## D'UNE IDENTITÉ HÉRITÉE VERS UNE IDENTITÉ VISÉE

*Professionalisation, déprofessionalisation,  
légitimité scientifique*

La connaissance du présent fournit un réservoir de problématique, de concepts ou d'enjeux elle conduit à une interrogation sur l'évolution sociale et scientifique du métier et par conséquent sur son identité. Depuis une dizaine d'années, on assiste à des transformations de la profession de masseur-kinésithérapeute tant sur le plan de formation que sur celui de l'exercice. Ces transformations sont à l'origine d'un renforcement de l'encadrement étatique

(parution de nouveaux textes réglementaires, gouvernance des instituts, délivrance du grade de licence...) qui va borner le champ de la kinésithérapie dont les frontières sont restées floues et perméables depuis la création du diplôme en 1946. Le groupe professionnel se trouve confronté à des impératifs de rationalisation des pratiques au sein d'un large espace d'activités, centré autour de la maladie, de la santé et du confort. Les objectifs explicites sont marqués par une volonté d'autonomisation du métier dans le sens d'un alignement sur le modèle des professions établies (savoirs théoriques spécifiques et abstraits, modèles diagnostiques, Conseil de l'Ordre, universitarisation de la formation, recherche...). Malgré une volonté d'engagement dans un processus de professionnalisation particulièrement visible dans l'exercice de ville (80% des professionnels), l'absence de production de standards de pratiques stables homogènes et autonomes, limite cette construction, renforcée par une dichotomie de statuts.

D'un côté, para-profession sans autonomie dans les institutions hospitalières publiques et privées, le métier est marqué par la dépendance à l'égard de l'autorité et des activités médicales. Avant la mise en place d'un statut particulier, les praticiens étaient assimilés à des infirmiers spécialisés au même titre que les infirmières-panseuses dans les blocs opératoires. Le recrutement interne dans les hôpitaux de l'Assistance Publique imposait au postulant la possession du diplôme d'état d'infirmier. Les membres du personnel paramédical sont conduits essentiellement par celui du corps des infirmiers qui a obtenu, grâce aux récentes Lois hospitalières (1991), l'ouverture d'une direction des soins après celui d'infirmier général dans les hôpitaux publics : ce poste de responsabilité permet à son titulaire, de participer en tant qu'acteur à l'organisation et à la direction de l'hôpital. L'importance de l'effectif, du temps de présence au poste travail et de la masse salariale, contribuent à renforcer le groupe des infirmiers(ières), devenu incontournable et indispensable dans le fonctionnement des institutions hospitalières. Cette prépondérance *naturelle* du groupe infirmier en milieu hospitalier ne permet pas d'envisager une évolution et une émancipation de l'emploi du kinésithérapeute compte tenu de leur petit nombre donc d'une activité réduite même si parfois elle est prévalante dans certains secteurs hospitaliers : son positionnement est difficile et fragile, subordonné à l'autorité du médecin, de la spécialité médicale et sans réel espoir d'accéder à des responsabilités au sein de l'hôpital, n'appartenant pas au groupe infirmier. La faiblesse des rémunérations, un plan de carrière réduit, expliquent en partie le nombre d'offres de postes non satisfait dans les hôpitaux publics.

De l'autre, une tentative d'un nouveau modèle identitaire met l'accent sur la reconnaissance d'un champ d'expertise appuyée sur une liberté du choix des actes et des techniques, et renforcée par des indications ou des prescriptions médicales « faibles », laissant au praticien une autonomie dans son exercice et réduisant la subordination à l'autorité médicale.

Ce groupe professionnel, constitué de segments spécialisés,

est placé au centre d'un ensemble d'interactions avec un nombre croissant de partenaires qui partagent ou revendiquent les mêmes champs d'activités, (professions de santé, métiers de la rééducation, esthéticiennes, soigneurs, masseurs occasionnels), notamment celles des pratiques corporelles manuelles dont la plus ancienne est celle du massage. Les pratiques ont évolué au cours de l'histoire, pour laisser place à des techniques manipulatives adaptées voire spécifiques dans certaines affections ou troubles fonctionnels. Les pratiques d'origines anglo-saxonnes de chiropractie, de vertébrothérapie et d'ostéopathie, réservées aux médecins, qui regroupent certaines manipulations vertébrales, ont été largement utilisées depuis de nombreuses années par quelques médecins et des kinésithérapeutes dans leur exercice de ville. Depuis la moitié du XX<sup>e</sup> siècle, des écoles anglaises et quelques écoles en Suisse ont assuré une formation à des professionnels, puis des écoles d'ostéopathie se sont implantées progressivement et confidentiellement en France depuis les années 80. La Loi du 4 mars 2002, vient de reconnaître l'usage professionnel du titre ostéopathe et en 2011 celui de chiropracteur, réservé aux personnes titulaires d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique. Le texte a pour conséquence de mettre en scène un réseau dormant de l'ostéopathie qui se développe en Europe. Cette mutation focalise les énergies de toute une communauté hétérogène de praticiens, ostéopathes, kinésithérapeutes ostéopathes, médecins ostéopathes, médecine physique... Mais, l'Académie nationale de médecine en 2006 rappelle que les techniques manuelles utilisées dans un but thérapeutique sont nombreuses mais proches de celles enseignées dans les écoles de kinésithérapie, dont la qualité et la rigueur sont reconnues en France. Les écoles doivent continuer à assurer cette formation de kinésithérapie complétée par une formation en ostéopathie et en chiropraxie et que toutes ces techniques manuelles ne peuvent être pratiquées qu'après prescription médicale.

## a - Une déprofessionnalisation ?

Les frontières du champ dans lequel le groupe des masseurs-kinésithérapeutes exerce leur activité étant ouvertes, l'absence d'un consensus et de référentiel professionnels explique une forme de déprofessionnalisation du métier. La profession a l'apparence d'une mosaïque de métier qui ne semble pas posséder un principe intégrateur. La faiblesse de la formation acquise, la concurrence des identifications professionnelles, l'absence de projet individuel, un nombre faible de formateurs qui se consacre à temps plein, une formation insuffisamment longue pour être réellement qualifiante et remplir une fonction de socialisation professionnelle sont d'autant d'éléments déprofessionnalisants. La déprofessionnalisation d'une activité peut-être définie comme un processus au cours duquel les frontières du champ dans lequel un groupe professionnel exerce son activité sont réduites, ouvertes ou abolies. Ce processus touche des actes, une clientèle qui cesse d'être sous l'emprise des membres d'un groupe professionnel.

En réduisant ou en supprimant les privilèges d'autocontrôle et de monopole d'exercice les pouvoirs publics ont apporté leur soutien à l'action d'un groupe de personnes ayant des intérêts opposés à ceux des personnes exerçant une profession. L'État a cédé aux pressions d'un nouveau groupe occupationnel mieux placé dans les rapports sociaux. Ces processus, lorsqu'ils parviennent à leur terme, c'est à dire lorsque le législateur intervient, révèlent les luttes, en général discrètes, qui opposent entre eux groupes occupationnels et professionnels pour le maintien, l'ouverture ou l'extension d'espaces sociaux et économiques protégés.

## b - Des nouveaux besoins

Si les conséquences du vieillissement et de la sédentarisation de la population, l'évolution des spécialités médicales, le développement de la prévention seront des champs à privilégier dans les années à venir, les pratiques aussi diversifiées soient-elles devront prendre en compte le patient au singulier pour répondre aux besoins de notre civilisation génératrice de perte du corps et des désordres qui y sont associés. Sur ces bases on peut espérer une modification de l'image et du statut du praticien qui s'appuyant sur des preuves de son efficacité, renforcera la reconnaissance de la valeur sociale du service rendu, source d'une plus grande autonomie. Mais c'est aussi, dans la mesure où la société est convaincue que la polarisation du service rendu sur la collectivité est une règle de la profession, qu'elle accordera à celle-ci plus d'autonomie et plus d'indépendance par rapport à la surveillance et au contrôle des non professionnels. Le monde politique pour répondre aux demandes sociales de prévention, vieillissement, démographie, nouvelles pathologies, l'organisation des soins se mobilise et sollicite les professions de santé à des injonctions pour proposer des solutions. Les nombreux rapports depuis de 2002 en sont les stigmates, formation médicale, sélection, compétences, démographie, transfert de tâches, (rapports THULLIEZ, BORLAND, DEBOUZIE, MATILLON...) et celui de décembre 2007 qui fait appel à *la formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner* s'appuyant sur une théorie sociologique sur les dynamiques des groupes professionnels. A. ABBOTT développe une théorie, *l'écologie des professions* (1988), pour l'organisation du travail et penser l'évolution des formations dans un contexte global. Elle est reprise en 2007 pour engager et interroger la structure des études des professions paramédicales qui doivent s'adapter à la demande sociale et à celle du L.M.D.. Les professions sont en concurrence et en interactions pour la maîtrise des tâches et de la juridiction qui leur sont attachées ; les liens entre les tâches et la juridiction sont soumis à des forces concurrentes entre elles ; d'un côté celles de la profession et des autres professions, de l'autre, les conditions sociales associées aux nouvelles technologies et l'État, le gouvernement, le politique. On est alors amené à une redéfinition des tâches, des activités, des compétences sur des situations emblématiques.



### c - La professionnalisation du métier, la nécessaire validation des pratiques

La constitution d'un savoir spécialisé est le point de départ de tout processus de professionnalisation. Chez les kinésithérapeutes il reste à définir mais il est sérieusement encadré par la Loi de 1946 qui résume la profession à deux outils techniques le massage et la gymnastique médicale. Or, ces deux techniques ne représentent qu'un aspect obsolète du métier. Le refus de majorer le temps de la formation en 1988, doit être interprété comme un échec dans la stratégie de professionnalisation, lié à l'impossibilité de mettre en avant, face aux oppositions des médecins, un corps de connaissances propres et de techniques considérées comme suffisamment efficient et nécessaire et entraîner un contrôle de l'accès à la profession. Or c'est précisément d'une part la possession d'un savoir abstrait, acquis au niveau universitaire et sanctionné par un diplôme et d'autre part, les qualités personnelles tournées vers le service au public qui constituent les deux piliers l'un cognitif, l'autre éthique de tout processus de professionnalisation. L'enjeu pour les praticiens est de pouvoir procéder eux-mêmes à la définition de leur activité et de s'en remettre à leurs pairs, et à eux seuls, pour apprécier ce qui est autorisé à accomplir le travail et de quelle façon il doit l'être. Le contrôle technique et éthique de l'activité confère une autonomie au groupe et un pouvoir d'autocontrôle reconnu par la société. Pour y parvenir, le métier doit créer et définir son contenu, assurer sa transmission en contrôlant l'acquisition des connaissances, les admissions aux écoles, les programmes et les examens. S'intéresser aux pratiques professionnelles revient à introduire un élément jusque là absent, la mesure de l'adéquation des savoirs incorporés et mobilisés avec les résultats attendus et validés. La reconnaissance d'un champ d'expertise qu'appuie la liberté de choix des actes et des techniques, renforcée par la seule indication médicale, laisse au praticien une autonomie fonctionnelle dans son exercice en réduisant sa subordination. Les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles trouvent ainsi leur justification devant le constat d'une disparité des pratiques. Cette action doit être menée selon une méthodologie rigoureuse et les résultats doivent être mesurés. L'objectif de l'évaluation des pratiques professionnelles, devenue obligatoire, est l'amélioration de la qualité des soins. Elle est définie comme l'analyse de la pratique en référence à des recommandations et selon une méthode validée comportant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. Malgré des tentatives permanentes des initiateurs et promoteurs de cette discipline qui multiplient les opportunités pour en démontrer l'utilité, pour tenter de l'introduire dans l'enseignement, elle ne répond pas au critère qu'exige la science c'est-à-dire que toute personne de même compétence puisse en réitérer la démonstration. La kinésithérapie ne peut être accueillie en tant que science à l'Université qui valide les savoirs théoriques et non les savoir-faire appliqués dont l'inspiration empirique et profane ne facilite pas son admission. Les formations initiales et continues contribuent

directement à la création d'une communauté avec son langage, ses représentations et ses valeurs. Une co-production des savoirs entre universités et instituts de formation semble être nécessaire pour faciliter la légitimité des savoirs. Les stratégies consistent à convaincre le monde universitaire du bien fondé de cette « discipline » pour qu'elle soit inscrite dans l'enseignement officiel à des fins de légitimation. Si une certaine théorisation de la kinésithérapie est possible, savoir pratique et expérimentation clinique ne sont pas suffisamment étudiés notamment du fait de l'absence d'outils pertinents. La forte autonomie de pratique peut être interprétée comme une position de force dans le champ des professions de santé. « *Les masseurs-kinésithérapeutes construisent et inventent leur thérapeutique et ne savent pas faire la preuve de leur efficacité* ».

Le métier n'a jamais pu réellement définir son monopole par son institutionnalisation précoce par les médecins qui ont effectué ce travail à la place du principal constructeur. Il tente de se construire sur celui de la médecine à la recherche d'un statut scientifique mais l'importance et le développement de la rééducation /réadaptation / réhabilitation renforce sa position d'auxiliaire. En fait l'activité professionnelle ne s'est pas construite avant d'être institutionnalisée cette profession est née d'une décision institutionnelle ; il n'a jamais existé de monopole effectif. Les représentants de la profession fondent leurs espoirs dans la constitution d'un corpus d'*evidence based practices*. Cette perspective est éloignée des représentations de la majorité des masseurs-kinésithérapeutes. La pratique quotidienne permet plutôt à chacun de se construire des règles raisonnées en propre, qui concluent majoritairement à l'efficacité des actes (ONPS).

La dimension scientifique, élément invariant de l'exercice de la kinésithérapie, s'appuie sur des sciences biomédicales, humaines et sociales car il *n'existe pas de sciences locales même s'il existe des pratiques locales de la science* (MONTEIL 2003). Sans couvrir la totalité du spectre des disciplines auxquelles fait appel l'exercice du métier, la formation doit être adossée à un ensemble d'activités scientifiques qui assurent l'actualité des savoirs dispensés et l'histoire de leur production. Elle limite les dérives des méthodes empiriques par le développement de la relation positive entre la pratique d'une médecine fondée sur les preuves et le résultat médical pour les patients. Une méthodologie à la recherche peut-être ainsi comprise et développée. *Il est fallacieux d'opposer à la barbarie technoscientifique une médecine dite douce parce que traditionnelle et holistique ; ce n'est pas en étant moins scientifiques que nous serons plus humains, c'est en étant plus et autrement le zèle à faire du bien s'il n'est pas accompagné de science est en effet dangereux.* (A. FAGOT-LARGEAULT 2001). Les Professions sont sans cesse en mouvements, constituées d'amalgames lâches, des segments poursuivant des objectifs différents de manières différentes et se tenant plus ou moins fragilement sous une dénomination commune à une période spécifique de leur histoire. Les segments ne sont pas fixes les frontières deviennent diffuses et fluides (A. STRAUSS). ■



Etude réalisée à partir du logiciel



avec les données issues de la base de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes : **Cohérence**



## Démographie des masseurs-kinésithérapeutes en France par région

1<sup>e</sup> édition, février 2011 - Extraits

# SOMMAIRE

### I - DEMOGRAPHIE GÉNÉRALE

des masseurs-kinésithérapeutes  
par région

Densité	38
Densité et nombre	40

### II - ÂGE

des masseurs-kinésithérapeutes  
par région

Âge moyen	42
Âge et répartition hommes/femmes	44

### III - HOMMES/FEMMES

masseurs-kinésithérapeutes  
par région

Statut et répartition hommes/femmes	45
Part et nombre de femmes	46

### IV - SALARIÉS par région

Part et nombre	48
----------------	----

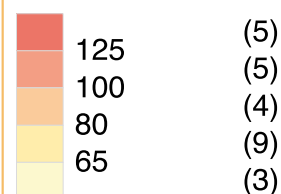
# > DENSITÉ

## DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES PAR RÉGION

Au niveau national, la densité est de 92 masseurs-kinésithérapeutes pour 100.000 habitants.

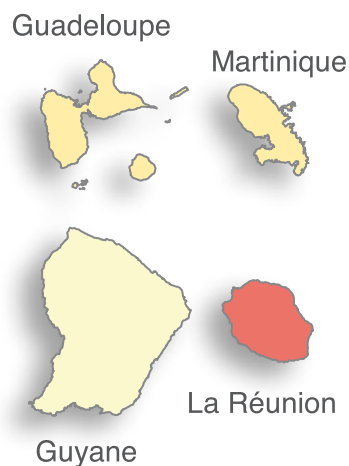
La densité varie de 31 à 146 selon les régions.

### Densité MK (pour 100000 habitants)

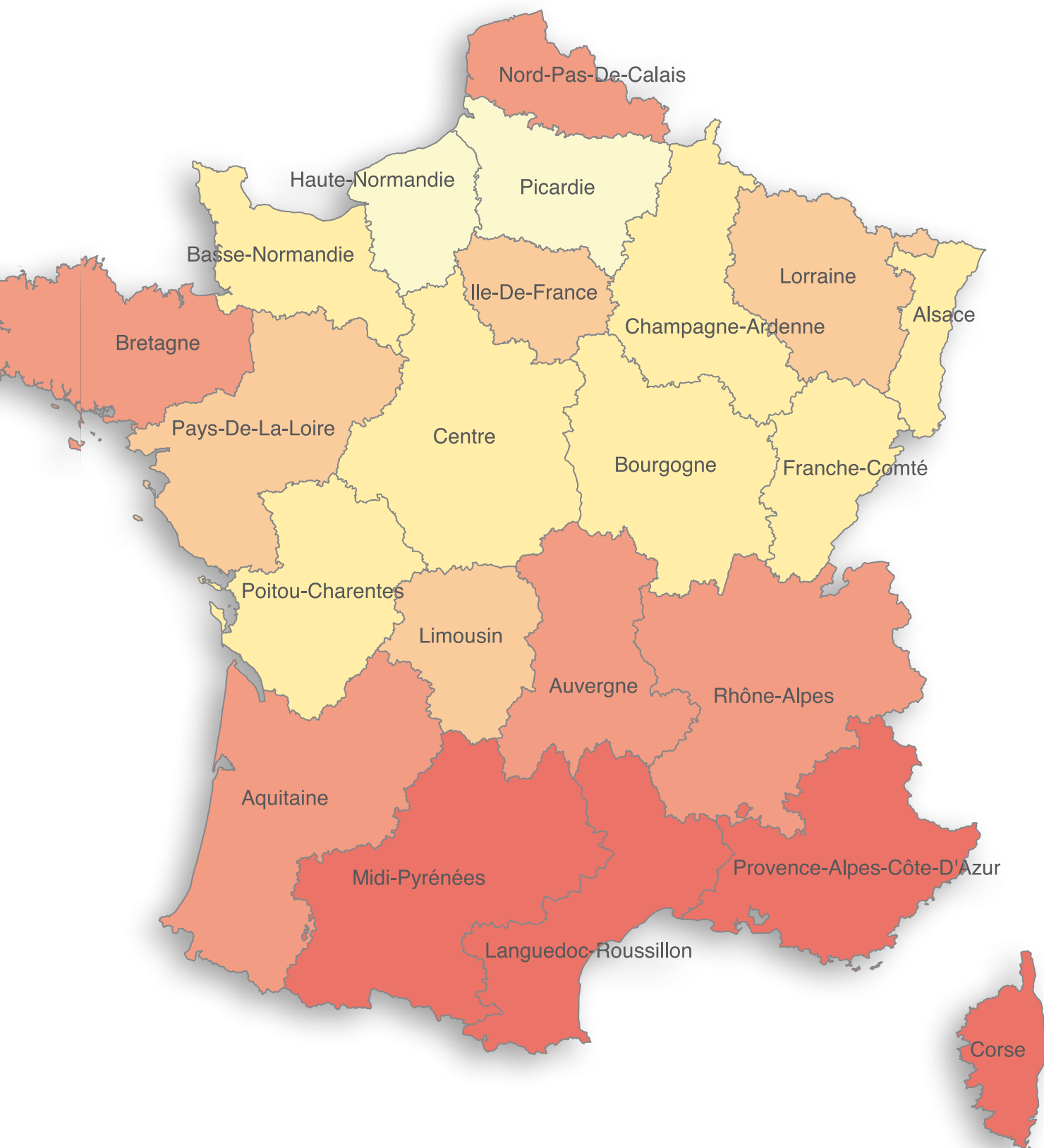


source : Insee / Cnomk

Région	Densité
Provence-Alpes-Cote-d'Azur	146
Languedoc-Roussillon	144
Corse	132
Midi-Pyrénées	126
Réunion	126
Aquitaine	116
Rhône-Alpes	112
Bretagne	107
Auvergne	106
Nord-Pas-de-Calais	103
Ile-de-France	87
Pays-de-la-Loire	87
Limousin	86
Lorraine	82
Bourgogne	80
Poitou-Charente	79
Martinique	79
Guadeloupe	78
Alsace	76
Champagne-Ardenne	76
Basse-Normandie	73
Franche-Comté	69
Centre	68
Haute-Normandie	65
Picardie	61
Guyane	31
<b>au niveau national</b>	<b>92</b>





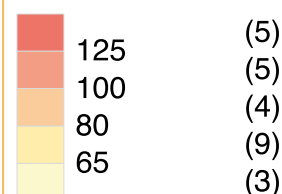


# > DENSITÉ & NOMBRE

## DE MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES PAR RÉGION

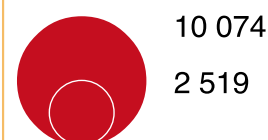
Représentation combinée de la densité et du nombre de masseurs-kinésithérapeutes

### Densité MK (pour 100000 habitants)



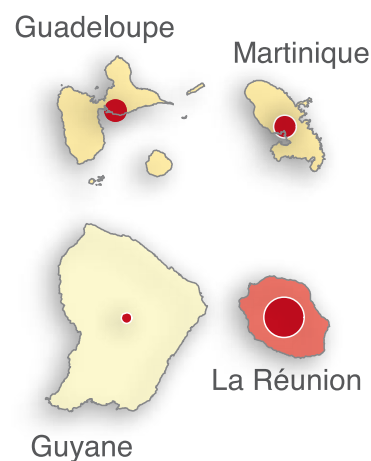
source : Insee / Cnomk

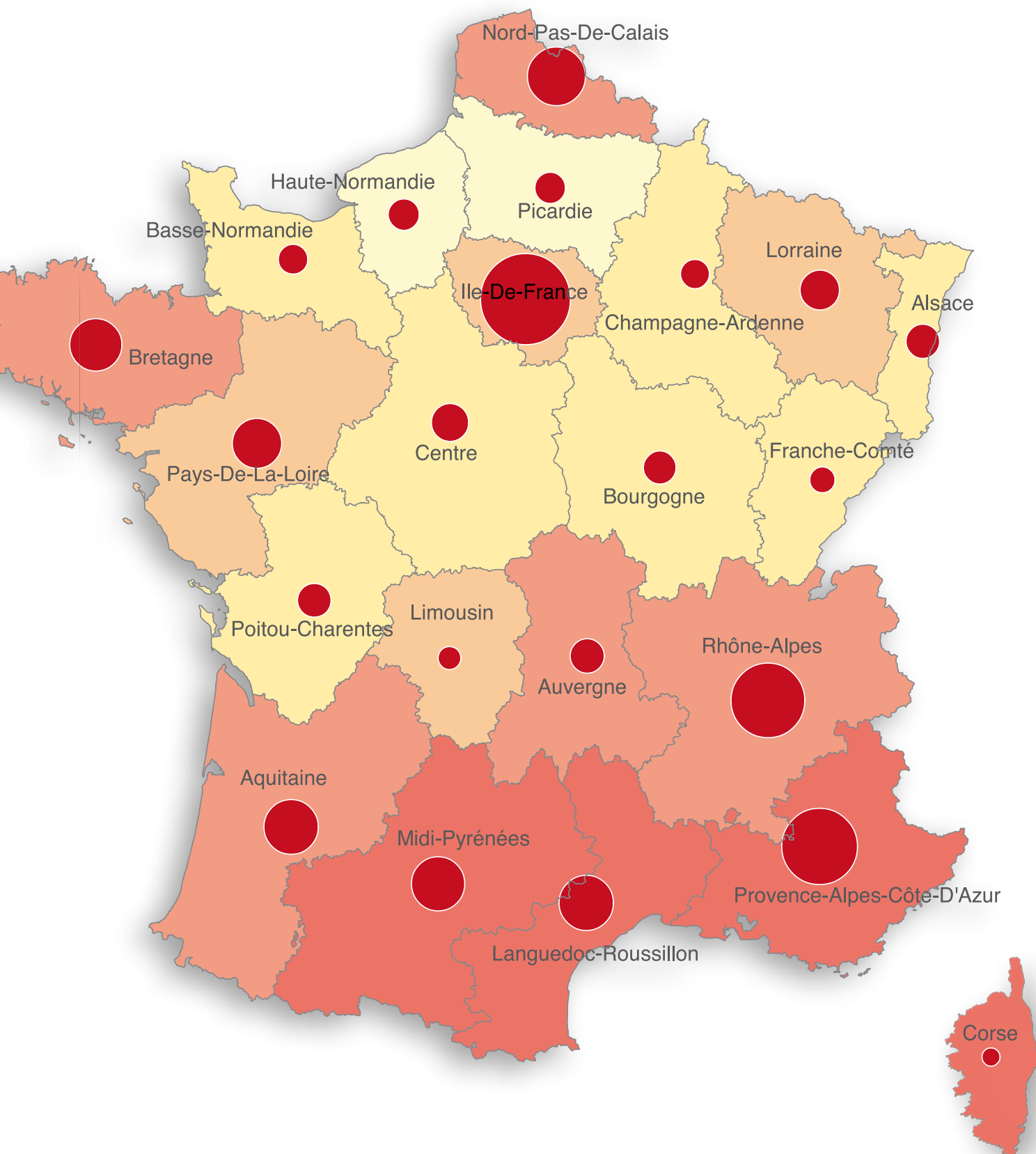
### Nombre MK



source : Cnomk

Région	Nombre de MK
Ile-de-France	10 074
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	7 117
Rhône-Alpes	6 799
Nord-Pas-de-Calais	4 157
Languedoc-Roussillon	3 695
Aquitaine	3 643
Midi-Pyrénées	3 549
Bretagne	3 339
Pays-de-la-Loire	3 017
Lorraine	1 918
Centre	1 722
Auvergne	1 422
Alsace	1 397
Poitou-Charente	1 378
Bourgogne	1 315
Haute-Normandie	1 188
Picardie	1 157
Basse-Normandie	1 065
Champagne-Ardenne	1 023
Réunion	998
Franche-Comté	795
Limousin	637
Corse	396
Guadeloupe	314
Martinique	314
Guyane	65
<b>Total national</b>	<b>62 494</b>





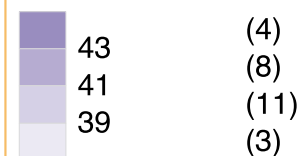
# > ÂGE MOYEN

## DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES PAR RÉGION

L'âge moyen  
des masseurs-kinésithérapeutes  
sur le territoire national  
est de 41 ans.

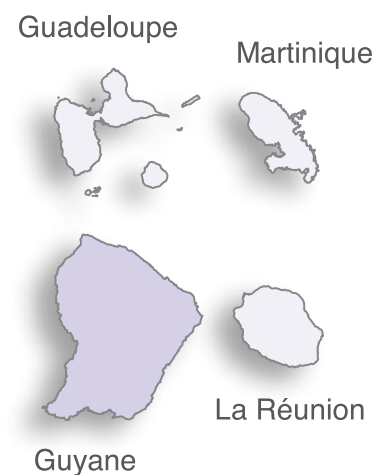
L'âge moyen varie de 35 à 45 ans  
selon les régions.

### Age moyen des MK (ans)



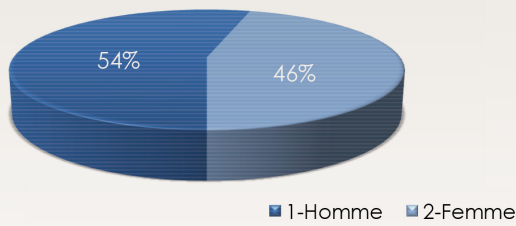
source : Cnomk

Région	Âge moyen
Limousin	45
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	44
Centre	44
Poitou-Charente	44
Auvergne	43
Ile-de-France	43
Picardie	43
Bourgogne	43
Corse	43
Languedoc-Roussillon	42
Basse-Normandie	42
Franche-Comté	42
Haute-Normandie	41
Pays-de-la-Loire	41
Champagne-Ardenne	41
Aquitaine	41
Midi-Pyrénées	41
Lorraine	41
Rhône-Alpes	41
Bretagne	41
Guyane	41
Alsace	40
Nord-Pas-de-Calais	40
Martinique	38
Guadeloupe	37
Réunion	35
au niveau national	41





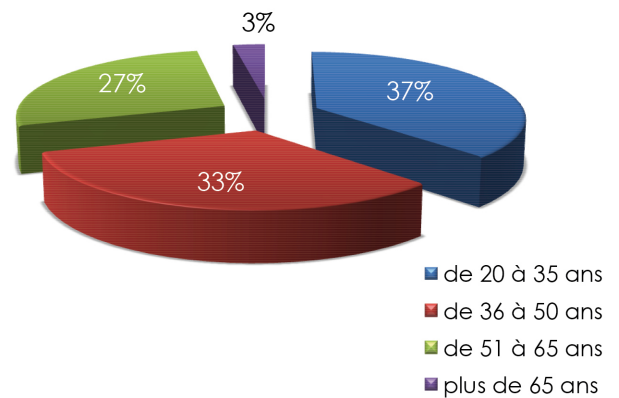
Répartition  
Hommes/Femmes



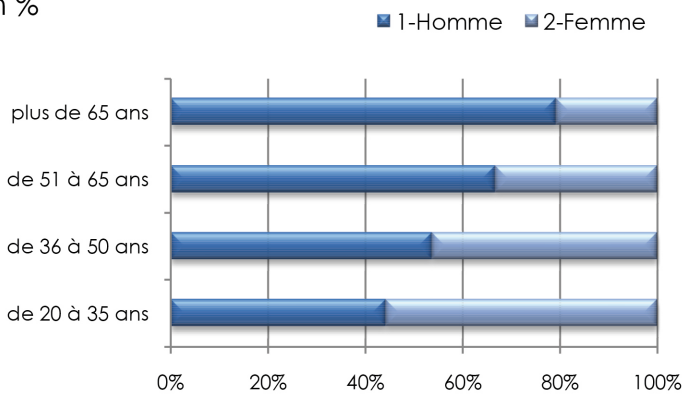
## > RÉPARTITION PAR ÂGE

### DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES HOMMES/FEMMES

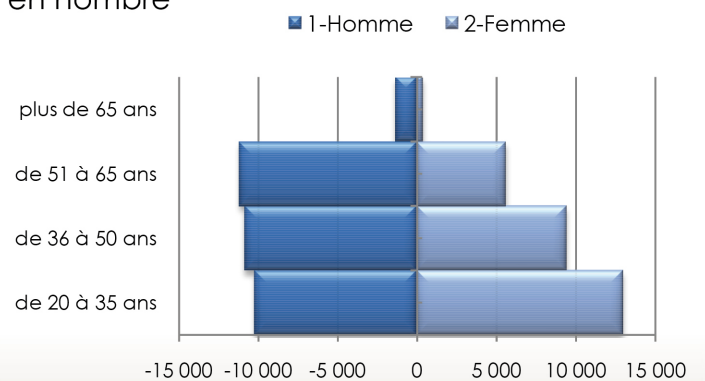
Répartition par tranche d'âge



Répartition H/F par tranche d'âge  
en %



Répartition H/F par tranche d'âge  
en nombre

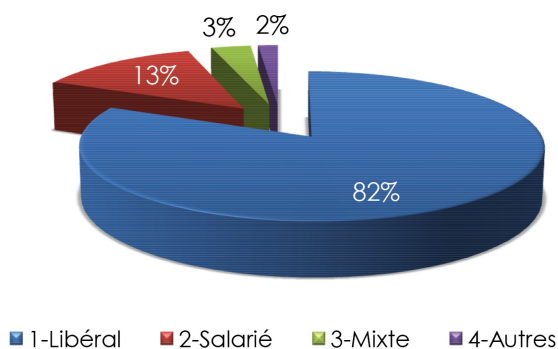




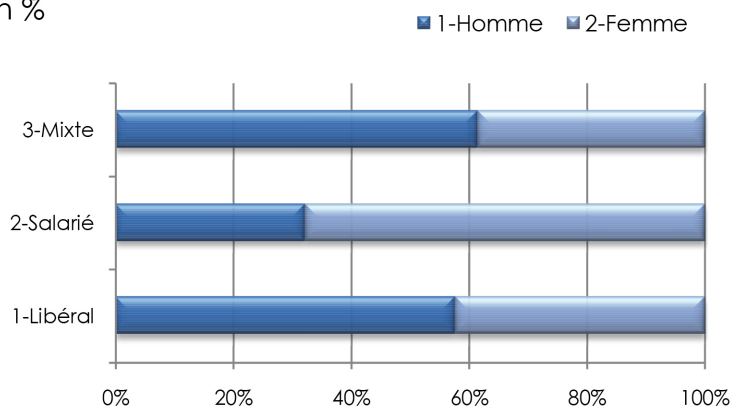
# RÉPARTITION PAR STATUT <

## DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES HOMMES/FEMMES

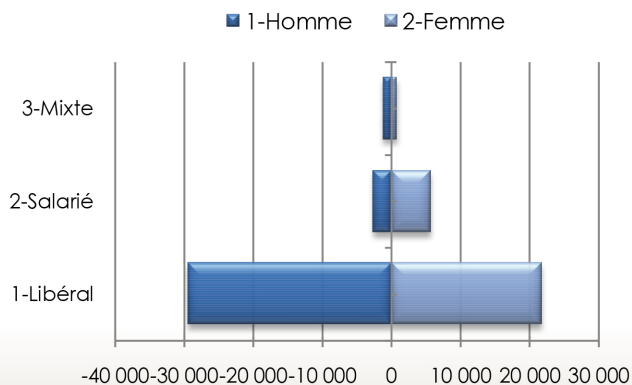
Répartition par statut



Répartition H/F par statut en %



Répartition H/F par statut en nombre



# > PART & NOMBRE

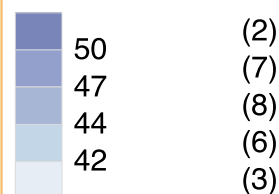
## DE MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES

### FEMMES

Les femmes masseurs-kinésithérapeutes représentent 46% de l'effectif au niveau national.

Le taux varie de 36% à 55% selon les régions.

Part des MK Femmes (en %)



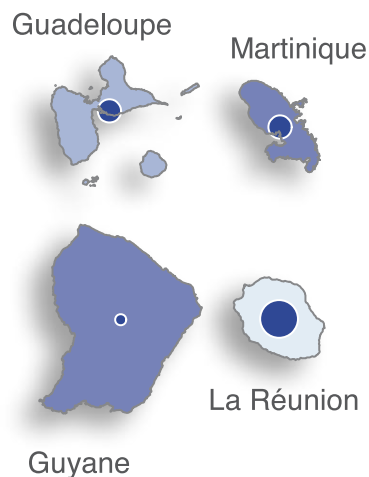
source : Cnomk

Nombre MK Femmes

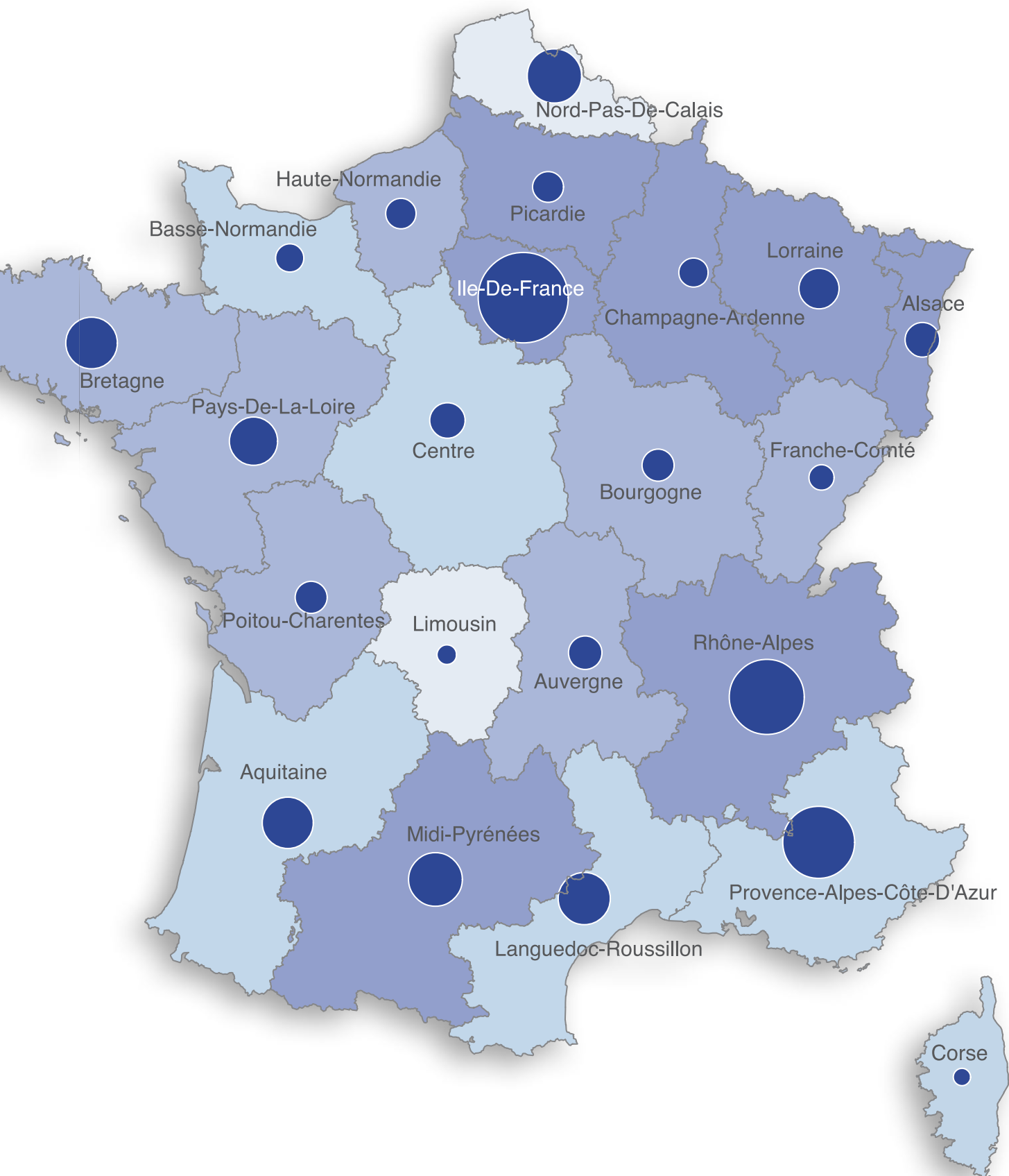


source : Cnomk

Région	% de MK Femmes	Nombre de MK Femmes
Guyane	55%	35
Martinique	51%	159
Alsace	50%	697
Lorraine	50%	950
Champagne-Ardenne	49%	500
Rhône-Alpes	49%	3 291
Picardie	48%	555
Midi-Pyrénées	48%	1 683
Ile-de-France	47%	4 756
Bretagne	47%	1 563
Franche-Comté	47%	372
Guadeloupe	46%	146
Auvergne	46%	655
Bourgogne	46%	603
Haute-Normandie	46%	535
Pays-de-la-Loire	45%	1 355
Basse-Normandie	44%	468
Poitou-Charente	44%	607
Languedoc-Roussillon	44%	1 587
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	43%	3 029
Centre	43%	733
Aquitaine	43%	1 533
Réunion	42%	417
Corse	42%	167
Nord-Pas-de-Calais	42%	1 722
Limousin	36%	224
<b>au niveau national</b>	<b>46%</b>	<b>28 342</b>







# > PART & NOMBRE

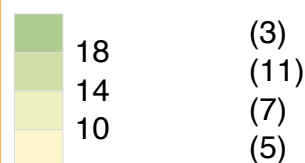
## DE MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES

# SALARIÉS

Les masseurs-kinésithérapeutes salariés représentent 13% de l'effectif national.

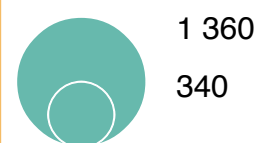
Le taux varie de 7% à 26% selon les régions.

### Part des MK Salariés (en %)



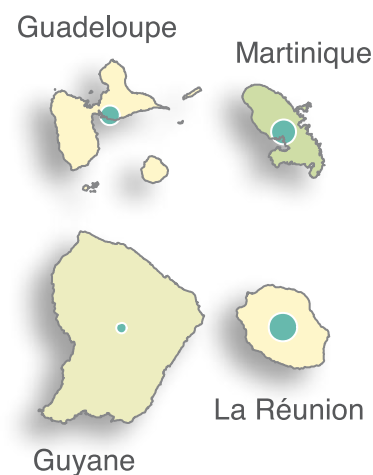
source : Cnomk

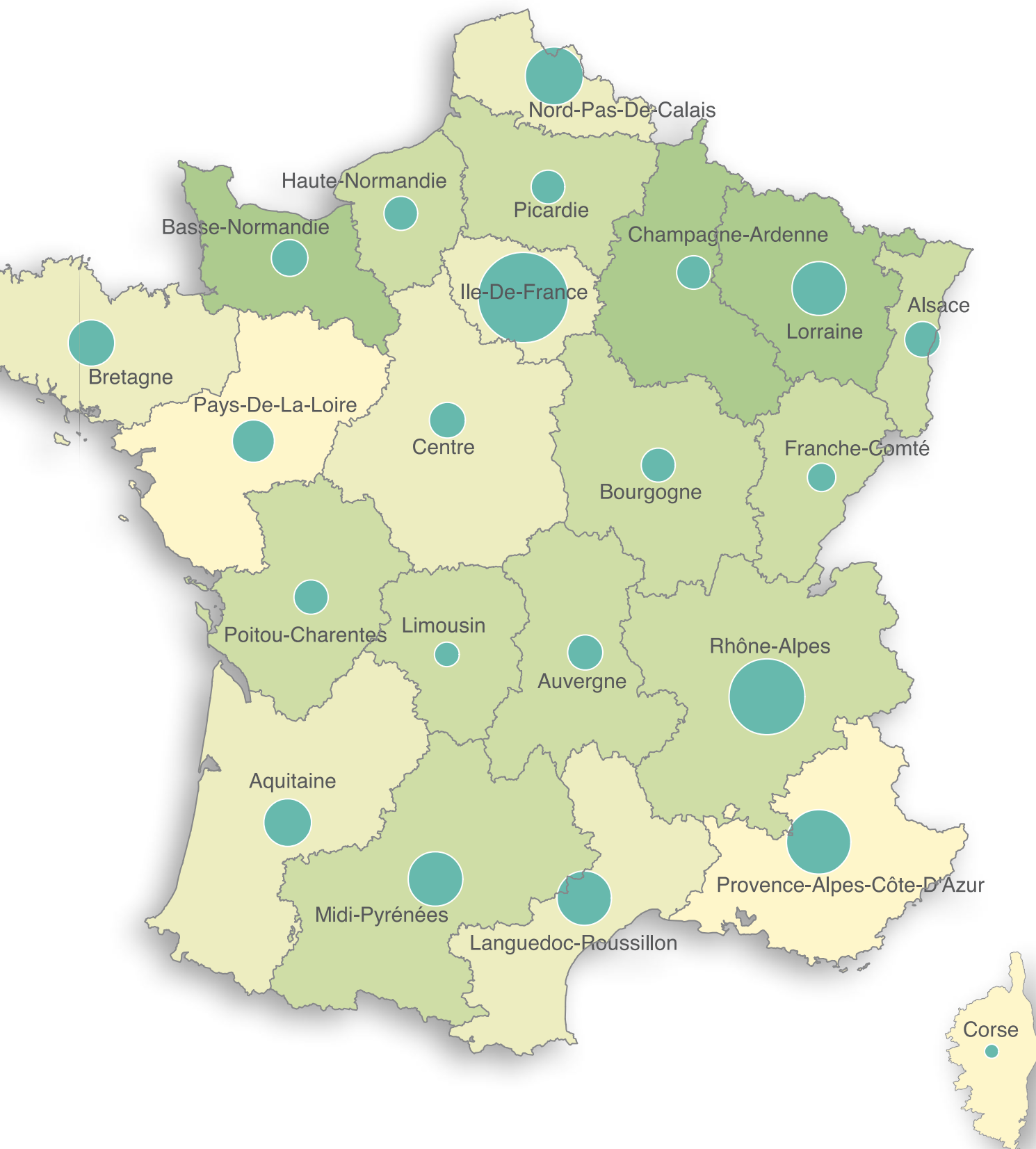
### Nb MK Salariés



source : Cnomk

Région	% de MK Salariés	Nombre de MK Salariés
Lorraine	26%	490
Basse-Normandie	21%	224
Champagne-Ardenne	19%	190
Franche-Comté	17%	134
Picardie	17%	191
Haute-Normandie	16%	193
Limousin	16%	102
Martinique	16%	50
Alsace	15%	213
Bourgogne	15%	194
Auvergne	15%	207
Poitou-Charente	14%	196
Rhône-Alpes	14%	963
Midi-Pyrénées	14%	499
Guyane	14%	9
Nord-Pas-de-Calais	14%	562
Ile-de-France	14%	1 360
Languedoc-Roussillon	13%	496
Centre	12%	215
Bretagne	11%	360
Aquitaine	10%	381
Guadeloupe	10%	32
Pays-de-la-Loire	10%	299
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	10%	693
Corse	9%	34
Réunion	7%	66
<b>au niveau national</b>	<b>13%</b>	<b>8 353</b>





Toutes les composantes de la profession  
de masseur-kinésithérapeute  
ont participé aux États Généraux :  
des étudiants (FNEK)  
aux praticiens (FFMKR, Objectif Kiné,  
SNMKR et UNAKAM),  
en passant par les enseignants  
(SNIFMK et INK),  
et bien sûr avec l'Ordre qui, au travers  
de ses conseils départementaux,  
régionaux et national regroupe tous les  
masseurs-kinésithérapeutes  
quel que soit leur mode d'exercice.



Ordre des  
masseurs-kinésithérapeutes



## SOMMAIRE

### PRÉSENTATION DES ORGANISATIONS

<b>FFMKR</b> Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs	52
<b>FNEK</b> Fédération Nationale des Etudiants en Kinésithérapie	54
<b>INK</b> Institut National de la Kinésithérapie	56
<b>OK</b> Objectif Kiné	56
<b>OMK</b> Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes	58
<b>SNIFMK</b> Syndicat National des Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie	60
<b>SNMKR</b> Syndicat National des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs	62
<b>UNAKAM</b> Union Nationale des Masseurs-Kinésithérapeutes Aveugles et Malvoyants	64



## NOM

## FFMKR

(Fédération Française  
des Masseurs-Kinésithérapeutes  
Rééducateurs)

## RÔLE ET VOCATION

- Négocier l'avenir de votre profession
- Vous conseiller et défendre vos intérêts
- Proposer et accompagner les évolutions

## QUOTIDIENNEMENT LA FFMKR

- Harmonise les points de vue de nos syndicats adhérents sur tous les problèmes intéressant la profession.
- Établit entre tous les professionnels une solidarité effective pour la défense de leurs intérêts corporatifs, économiques, sociaux et moraux.
- Représente les intérêts de la profession devant les corps constitués et les pouvoirs publics.
- Documente nos adhérents sur toutes les questions techniques, économiques et législatives qui les concernent, grâce à des publications, à des congrès, etc.
- Veille à l'élévation du niveau et de la qualité des études, favorise la formation professionnelle et prend toutes les initiatives pour l'assurer dans les meilleures conditions, notamment par l'intermédiaire d'un institut national de la kinésithérapie.
- Crée ou participe à la création d'une structure chargée de promouvoir la recherche et l'évaluation en kinésithérapie.
- Facilite la création de syndicats de kinésithérapeutes dans les départements où il n'en existerait pas, et le fonctionnement d'unions régionales entre ces syndicats.
- Fournit aux tribunaux et aux particuliers des arbitres et des experts pour l'examen des contestations relatives à la profession de masseur kinésithérapeute rééducateur.
- Lutte contre l'exercice illégal de la profession et contre tout ce qui peut lui porter un quelconque préjudice. Protège le titre de masseur kinésithérapeute et les qualificatifs légaux qui pourront lui être adjoints. Poursuit ou réprime les faits pouvant porter atteinte à l'honneur ou aux intérêts moraux collectifs de la profession ou de ses membres. Entreprend toutes les actions dans ce but, notamment en saisissant les juridictions compétentes ou en se constituant partie civile à cet effet.
- Crée ou participe à la création de toutes sociétés, associations ou groupements, et plus généralement de tous organismes dotés ou non d'une personnalité morale, y prendre des parts ou des actions et la qualité d'adhérent.

## HISTORIQUE

La FFMKR créée en 1963 est le syndicat majoritaire de la profession et regroupe plus de 5000 adhérents, 90 syndicats départementaux et, les 22 régions sont représentées.

La Fédération obtient la mise en place d'une 3<sup>e</sup> année d'études, et en 1976, la création du titre de moniteur cadre. Pour acquérir ce dernier, une structure de formation intégrant des stages est créée : l'Institut national de la kinésithérapie (INK). En 1974, la FFMKR développe des supports d'information professionnelle avec les revues *Kinésithérapie scientifique* et *Kiné actualité*. En 1978, la Loi de finances met en place des associations agréées qui permettent aux professionnels libéraux de bénéficier d'avantages fiscaux. L'AGAKAM, est alors créée et elle dispense de l'information et des conseils en matière fiscale et comptable.

Depuis 1995 la FFMKR organise des congrès et des Assises de prospective professionnelle. L'an 2000 marquera la réforme de la kinésithérapie : la prescription ne sera désormais plus qualitative et quantitative. Le décret d'actes et d'exercice a été actualisé le 27 juin 2000 pour affirmer l'autonomie du masseur-kinésithérapeute. Enfin, la nomenclature de 1972 concernant les actes de rééducation et de réadaptation fonctionnelles a été remaniée.

Sous l'impulsion de la FFMKR, les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire certains dispositifs médicaux depuis 2006, l'exercice de l'ostéopathie



a été réglementé par le Décret du 25 mars 2007 et modifié le 2 novembre 2007 et, la Convention nationale a été modifiée en mai 2007 et mars 2008. Actuellement, la FFMKR travaille sur la réforme de la formation initiale, la mise en place d'une réelle prévention, l'ostéopathie, le PCEM1 etc...

## FONCTIONNEMENT

L'administration de la Fédération est confiée à un conseil fédéral composé de 34 membres maximum, élus pour quatre ans, renouvelables par moitié tous les deux ans. Les membres sortants sont rééligibles.

- L'élection a lieu tous les deux ans, à la majorité simple, lors du congrès administratif ordinaire prévu à l'article 13, selon les modalités fixées par le règlement intérieur.
- À chaque congrès administratif ordinaire, il pourra être procédé, en cas de poste vacant, à des élections partielles suivant les modalités de l'article 6 du règlement intérieur.

Bureau Fédéral :

Tous les actes de gestion et de disposition, le pouvoir d'agir en justice, sont de sa compétence. Pour exécuter ces missions, le conseil fédéral élit en son sein un bureau composé de :

- Un président.
- Un vice-président.
- Un premier secrétaire général.
- Un trésorier général.

La FFMKR est présente dans les instances décisionnelles nationales suivantes :

- UNPS (Union National des Professionnels de Santé)
- AFREK (Association française pour la recherche et l'évaluation en kinésithérapie)
- CNPS (Centre national des professions de santé)
- CNS (Conférence nationale de la santé)
- HAS (Haute Autorité de Santé)
- UNAPL (Union nationale des associations des professions libérales)

Et dans les instances internationales suivantes :

- WCPT (World Confederation for Physical Therapy)
- WCPT-Europe
- FIOPF (Fédération internationale des organisations de physiothérapeutes francophones)

## EXEMPLES D' ACTIONS MENÉES

- Attitude à tenir face aux nouveaux dispositifs relatifs aux rééducations soumises à référentiel
- Concernant la mise sous entente préalable des admissions en centres de réadaptation fonctionnelle (CRF) et en centres de soins de suite et de rééducation (SSR) tant publics que privés : les pathologies lourdes doivent être traitées en centres et les pathologies plus légères doivent être traitées en ville.
- Défense et maintien de l'ASV
- Par rapport au projet de « contrat-type portant sur les conditions d'intervention des masseurs-kinésithérapeutes en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes », la FFMKR exige :
  - que tous les contrats concernant les professionnels de santé libéraux intervenant en EHPAD aient un socle commun
  - que toutes les réunions de coordination soient indemnisées.
- La FFMKR est contre une intégration dans une année commune aux professions paramédicales

## COORDONNÉES DE L'ORGANISATION

3 rue Lespagnol  
75020 PARIS

Fanny RUSTICONI,  
premier secrétaire général

Tél. : 01 44 83 46 04

Fax : 01 44 83 46 01

Contact : [f.rusticoni@ffmkr.org](mailto:f.rusticoni@ffmkr.org)

Site Web : [www.ffmkr.org](http://www.ffmkr.org)

Président :

Alain BERGEAU

[a.bergeau@ffmkr.org](mailto:a.bergeau@ffmkr.org)



## NOM

## FNEK

(Fédération Nationale des Étudiants en Kinésithérapie)

## RÔLE ET VOCATION

La FNEK représente au plan national la quasi-totalité des associations étudiantes en kinésithérapie des IFMK de France. Elle est la seule organisation représentative des étudiants en kinésithérapie.

## OBJECTIFS

(inscrits dans ses statuts réformés en mars 2009)

- Représenter et défendre les droits et intérêts des associations d'étudiants en masso-kinésithérapie.
- Représenter et défendre les droits et intérêts matériels et moraux, tant collectifs qu'individuels, des étudiants en masso-kinésithérapie ainsi que d'exprimer leur(s) position(s) sur tous les sujets les concernant auprès des institutions et de l'opinion.
- Engager une réflexion continue sur la nature et l'organisation de la formation initiale et continue en masso-kinésithérapie.
- Promouvoir la masso-kinésithérapie et les études en masso-kinésithérapie.
- Contribuer à l'esprit de corps entre étudiants en masso-kinésithérapie par l'organisation d'activités culturelles et sportives.
- Promouvoir l'esprit associatif et de solidarité chez les étudiants en masso-Kinésithérapie.
- Favoriser le développement de liens entre les étudiants et associations d'étudiants en kinésithérapie et physiothérapie.
- Contribuer au développement d'action de prévention, de citoyenneté et de solidarité.
- Gérer et mettre à disposition des services pour les étudiants en masso-kinésithérapie ainsi que pour leur(s) association(s).
- Réaliser des actions de formation et d'information pour les étudiants en masso-kinésithérapie et leurs représentants.
- Contribuer au développement et à la création de toutes associations d'étudiants en masso-kinésithérapie.
- Contribuer au développement de toutes actions permettant de favoriser l'insertion professionnelle des étudiants en masso-kinésithérapie.

La FNEK agit dans l'indépendance de tout parti politique, de toute confession, de tout syndicat et de toute autre organisation.

## HISTORIQUE

Création le 16 Février 2002 de la Fédération Nationale des Étudiants en Masso-Kinésithérapie et Ergothérapie (FNEKE) sur les cendres de l'ANEMKEF (Association Nationale des Étudiants en Masso-Kinésithérapie et Ergothérapie de France). Son président fondateur est M. Luc Morfin.

Dès sa création, la FNEK rejoint la FAGE (Fédération des Associations Générales Étudiantes), plus proche de ses valeurs et de son mode fonctionnement alors que l'ANEMKEF jusqu'alors était adhérente à PDE (Promotion et Défense des Étudiants).

Lors de son premier congrès annuel à Lyon en 2003, elle adopte le nom de FNEK et se positionne alors exclusivement sur les problématiques des kinésithérapeutes, les étudiants en ergothérapie se rassembleront plus tard au sein de l'UNAEF.

La FNEK se dote de « commissions » destinées à intégrer tout étudiant souhaitant apporter ses réflexions sur les dossiers d'actualité en 2010-2011. Celles-ci sont destinées à apporter une expertise au bureau national et au Conseil d'administration (CA).





Au fil des années, de nouveaux domaines se développent, tel que le pôle Internet avec un réseau social destiné aux seuls étudiants en kinésithérapie depuis 2009, le développement des relations internationales depuis 2008, ou encore les questions de citoyenneté et de jeunesse, les questions sociales et la démocratie étudiante.

## FONCTIONNEMENT

Le fonctionnement de la FNEK se base sur un modèle de démocratie ascendante.

Les membres du Conseil d'administration se divisent en 2 collèges, l'un ayant une voix décisionnelle représentée par l'ensemble des associations étudiantes d'IFMK (BDE) et l'autre avec une voix uniquement consultative dans lequel peut adhérer toute association représentant un intérêt pour les étudiants en kinésithérapie (association culturelle, de solidarité internationale, etc.)

Ainsi, chaque étudiant de France est représenté de façon indirecte pour toute décision de la FNEK. En effet, chaque association adhérente est représentée par une personne élue par ses pairs. Elle recueille l'avis de ses étudiants et le transmet lors des CA de la FNEK. Ce sont ces associations du 1<sup>er</sup> collège qui élisent chaque année un nouveau bureau national qui « exécute » les décisions du CA et de l'AG.

## EXEMPLES D' ACTIONS MENÉES

- Par le biais de mobilisations étudiantes, la FNEK au cours de sa courte existence a pu obtenir de nombreuses avancées pour les étudiants en kinésithérapie :
  - un réel statut étudiant (cotisation au régime social étudiant) en 2002,
  - des indemnités de stage et de transport suite aux mobilisations de 2007,
  - Le maintien du caractère national du DE de 2008, menacé par le mouvement de refus d'encadrement des étudiants,
  - l'élargissement du Plan Hospitalier de Recherche en Soins Infirmiers à l'ensemble des paramédicaux en mars 2009.
- La FNEK agit auprès de tous les acteurs de l'enseignement supérieur, de la santé et du monde professionnel pour faire avancer les grands dossiers relatifs à la formation initiale en kinésithérapie. Elle est représentée par le biais de la FAGE au CNOUS et au CNESER.
- En plus de cet aspect de représentation, la FNEK apporte toute son expertise auprès de ces associations membres et des étudiants en kinésithérapie par le biais de formations sur la gestion d'association ou l'actualité des études.
- Elle fournit de nombreux services aux étudiants : « welcome-packs » en K1, « Kinébook » en K2, « starting-packs » au moment du diplôme, ainsi que de nombreuses publications telles que sa revue trimestrielle.
- Enfin, la FNEK coordonne au niveau national les actions de solidarité menées par ses associations membres (Téléthon, Virades de l'espoir, campagnes de prévention...)

## COORDONNÉES DE L'ORGANISATION

FNEK c/o FAGE  
5, rue Frédéric Lemaître  
75020 PARIS.

Site Web : [www.fnek.fr](http://www.fnek.fr)

Interlocuteurs :

Président :  
Maury BRIDOUX  
[president@fnek.fr](mailto:president@fnek.fr)

Vice-président :  
Arnaud DUPOUYET  
[etudes@fnek.fr](mailto:etudes@fnek.fr)

Secrétaire général :  
Noémie DUCLOS  
[secretaire@fnek.fr](mailto:secretaire@fnek.fr)

Trésorier :  
Elise JACOPIN  
[tresorier@fnek.fr](mailto:tresorier@fnek.fr)

Des élections ont lieu en Juillet 2011 et de ce fait, cet organigramme ne sera plus d'actualité.



**NOM :**

**INK**

(Institut National  
de la Kinésithérapie)

## RÔLE ET VOCATION

Organisme de formation continue dans le secteur médical et paramédical, notamment pour les masseurs-kinésithérapeutes

## HISTORIQUE

- Création en mai 1966 par la Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes-Rééducateurs
- Nature juridique : « Association de type Syndicat professionnel »



**NOM D'USAGE**

**Objectif Kiné**

**ABRÉVIATIONS**

**CNMKL-OK** ou **OK**

(Confédération Nationale des  
Masseurs-Kinésithérapeutes  
Libéraux )

## RÔLE ET VOCATION

A pour but la défense, la promotion et la représentativité de la profession de masseur-kinésithérapeute, et pour objet d'unir et regrouper les syndicats professionnels de masseurs-kinésithérapeutes D.E, qui y adhèrent, pour favoriser les actions communes, fédérer les revendications, resserrer les liens de solidarité entre les masseurs-kinésithérapeutes, lutter contre l'exercice illégal, développer l'exercice de qualité, et rassembler la profession autour d'un ou plusieurs projets communs.

## HISTORIQUE

Association créée le 6 janvier 2001 par la réunion de nombreux collectifs et de syndicats professionnels isolés. Puis, gardant son esprit collectif, elle devient un syndicat professionnel le 20 décembre 2001, ce qui lui permet de participer à l'enquête de représentativité de février 2002. Il a intégré la Chambre Nationale des Professions Libérales en 2003.

La représentativité syndicale lui fut refusée alors qu'il avait un avis favorable à cette enquête. Elle lui fut accordée par le Tribunal Administratif de Paris le 28 juin 2004, puis reconnue par le ministère de la Santé le 2 novembre 2004.

*Objectif Kiné* décida donc d'intégrer le système conventionnel en janvier 2005. Il a fait alors partie de tous les organismes représentatifs (CNPS, UNPS, CNPL, CSPP, FCC et membre de l'Interpro).

Grâce à l'intersyndicale de 2005 (FFMKR, SNMKR et OK), il permet l'ouverture de nouvelles négociations conventionnelles, puis s'engage avec le syndicat SNMKR pour créer la Confédération UNMSKL « L'UNION » le 3 septembre 2005 qui obtient la représentativité commune en 2006, tout en gardant les spécificités et modes de fonctionnement de chacun des deux syndicats.



## FONCTIONNEMENT

Directeur : Jean-Marc OVIEVE  
Président : Alain BERGEAU – Président de la FFMKR

## EXEMPLES D' ACTIONS MENÉES

Actions de formations continues diverses  
(stages, FCC, congrès, aussi bien en recyclage qu'en perfectionnement)

## COORDONNÉES DE L'ORGANISATION

3 rue Lespagnol  
75020 PARIS

Tél. : 01 44 83 46 71  
Fax : 01 44 83 46 74

Contact :  
secretariat@ink-formation.com  
Site Web : www.ink-formation.com

## FONCTIONNEMENT

Confédération de syndicats départementaux, régionaux et nationaux qui envoient deux membres au Conseil d'administration avec un droit de vote par personne, les décisions étant prises à la majorité. Le CA élit un bureau qui met en œuvre ses décisions qui peuvent aussi être prises par un vote électronique. C'est un système démocratique direct sans étage intermédiaire.  
*Objectif Kiné* siège avec son partenaire dans tous les organismes représentatifs

## EXEMPLES D' ACTIONS MENÉES

Saisine du Conseil d'État et arrêt rendu par celui-ci pour faire reconnaître notre représentativité face à l'opposition du Ministère, condamnation CPAM 27 au TASS pour refus d'appliquer la revalorisation tarifaire (2000), dépôt d'une pétition à l'Assemblée nationale en faveur de la création d'un Ordre professionnel, création et membre actif à l'UNION des MK Libéraux depuis 2005, condamnation de la société LPG pour réticence dolosive confirmée par un arrêt en cassation en 2007, à l'origine d'une pétition contre les référentiels ayant reçu plusieurs milliers de signatures, deux campagnes réussies au CA de la CARPIMKO, plusieurs manifestations régionales d'envergure tant médiatiques que dans la rue en 2010.

## COMMISSIONS

Commission formation/études  
Denis THOUVIGNON  
35000 RENNES  
thouvignon.denis@club-internet.fr

Commission juridique  
Jean-François DUMAS  
27230 THIERVILLE  
jefdumas@wanadoo.fr

Commission communication  
Eric WAGNER  
97420 LA REUNION  
wagnereric@wanadoo.fr

Commission stratégie  
Philippe PAY  
08500 REVIN  
PAYPh@aol.com

## COORDONNÉES DE L'ORGANISATION

Siège Social :  
5 Place blanche  
75009 PARIS  
Tél. /Fax : 01 49 95 08 13

Contact : ok@objectif-kine.com  
Site Web : www.objectif-kine.com

Président :  
Xavier GALLO  
xaviergallo@wanadoo.fr

1<sup>er</sup> Vice-président :  
Philippe GOUET  
pgouet002@cegetel.rss.fr

Vice-président :  
Patrick BEGUIN  
beguin.patrick@wanadoo.fr

Secrétaire général :  
Jean-Claude CREMONT  
cremont.mk.france@free.fr



Ordre des  
masseurs-kinésithérapeutes

**NOM**

**ORDRE DES  
MASSEURS-  
KINÉSITHÉRAPEUTES**

## **RÔLE ET VOCATION**

- L'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes veille au maintien des principes de moralité, de probité et de compétence indispensables à l'exercice de la masso-kinésithérapie et à l'observation, par tous ses membres, des droits, devoirs et obligations professionnels, ainsi que des règles édictées par le code de déontologie prévu à l'article L. 4321-21.
- Il assure la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession de masseur-kinésithérapeute.
- Il peut organiser toute œuvre d'entraide au bénéfice de ses membres et de leurs ayants droit.
- Il peut être consulté par le ministre chargé de la santé, notamment sur les questions relatives à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute.
- Il accomplit sa mission par l'intermédiaire des conseils départementaux, des conseils régionaux et du conseil national de l'Ordre.

## **HISTORIQUE**

- L'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes est une institution privée avec délégation de service public, créé par la Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
- Publication au Journal Officiel n° 0258 du 5 novembre 2008 / Texte n°34 du Décret n° 2008-1135 du 3 novembre 2008 portant le code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes.
- Premier renouvellement des conseils en 2008.
- Deuxième renouvellement des conseils en 2011.



## FONCTIONNEMENT

- 123 structures :  
1 Conseil national, 22 conseils régionaux, 100 conseils départementaux
- Chaque structure est composée d'un conseil qui élit en son sein un bureau comprenant au minimum un président et un trésorier
- Les conseillers départementaux sont élus par les professionnels inscrits dans ce département.
- Les conseillers régionaux et nationaux sont élus par leurs pairs conseillers départementaux.
- Les mandats ont une durée de six ans et les conseils sont renouvelés par moitié tous les trois ans.
- Chaque conseil régional est le siège d'une chambre disciplinaire de première instance.
- Le conseil national est le siège de la chambre disciplinaire nationale (instance d'appel)

## EXEMPLES D' ACTIONS MENÉES

- Inscription au tableau de l'Ordre de 65000 masseurs-kinésithérapeutes.
- Initiation et soutien dans l'Organisation des États Généraux de la masso-kinésithérapie.
- Partenariat avec la HAS dans le cadre de La mise en œuvre d'actions d'évaluation des pratiques professionnelles et l'amélioration des prises en charge des patients atteint d'Accidents Vasculaires Cérébraux.
- Partenariat avec l'INCA dans la mise en place d'une action de formation et d'information dans le cadre du dépistage des cancers de la peau.
- Participation à de nombreux groupes de travail ministériels
- Réalisation du premier Atlas démographique de la profession
- Réalisation du *Référentiel métier et des compétences du masseur-kinésithérapeutes*
- Mise en place dans le cadre de l'Entraide d'une *Assurance Dépendance* pour l'ensemble des professionnels inscrits au tableau de l'Ordre

## COORDONNÉES DE L'ORGANISATION

120-122 rue Réaumur  
75002 PARIS

Tél. : 01 46 22 32 97

Fax : 01 46 22 08 24

Contact : [cno@ordremk.fr](mailto:cno@ordremk.fr)

Site Web : [www.ordremk.fr](http://www.ordremk.fr)

Président :

René COURATIER



## NOM

### SNIFMK

(Syndicat National des Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie)

## RÔLE ET VOCATION

Le Syndicat National des Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie représente au plan national la quasi-totalité des Instituts de formation préparant au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, lesquels instituts sont agréés par l'autorité de tutelle.

Le syndicat a pour but d'assurer la représentation des IFMK adhérents et la défense de leurs droits.

Cette mission a en particulier comme finalité de :

- Aider les instituts adhérents à assurer une formation de qualité dans le cadre de la réglementation officielle et répondant aux compétences exigées pour l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute.
- Fédérer les instituts en vue d'harmoniser leurs actions en prenant notamment en compte les missions dévolues à leurs directeurs.
- Coordonner les missions et les actions des IFMK en les représentant au sein des instances administratives de tutelle et tout autre organisme.
- Promouvoir l'enseignement, la formation initiale et continue, la recherche, l'information et l'évaluation en masso-kinésithérapie et rééducation fonctionnelle.
- Constituer une force de proposition dans l'élaboration, l'aménagement, la réforme et l'évolution des programmes d'enseignement, des finalités et modalités des évaluations et des examens ainsi que des règles touchant à l'organisation et au fonctionnement des IFMK.

## HISTORIQUE

- Création le 05 décembre 1944 du « Syndicat des écoles de pédicurie et de kinésithérapie ». Le premier président était Boris DOLTO.
- Ce syndicat s'est transformé ensuite en « Syndicat National des Directeurs d'Ecoles de Masso-Kinésithérapie »
- Transformation dans les années 2000 en « Syndicat National des Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie », SNIFMK actuel.



## FONCTIONNEMENT

Seuls peuvent adhérer au syndicat les IFMK et directeurs d'IFMK agréés par l'autorité de tutelle.

Chaque IFMK est représenté par deux personnes au maximum. Le directeur est représentant de droit, il peut désigner un deuxième représentant faisant partie du personnel d'encadrement pédagogique.

Le syndicat est administré par un Conseil d'administration comprenant 9 membres. Ces membres sont élus à bulletins secrets en assemblée générale parmi les personnes physiques représentant les instituts de formation adhérents, dans la limite d'un seul représentant par institut de formation. Ils sont élus par tiers tous les ans et sont rééligibles.

Chaque année le Conseil d'administration élit son bureau à l'issue de la réunion de l'assemblée générale désignant les administrateurs. Le bureau comprend :

- Un président
- Un vice-président
- Un secrétaire général
- Un trésorier

Les membres du bureau représentent le syndicat dans tous les actes de la vie civile.

L'assemblée générale ordinaire se réunit au moins une fois l'an sur convocation du Président.

## EXEMPLES D'ACTIONS MENÉES

Le SNIFMK, dans son appellation actuelle ou ancienne a participé aux différents groupes de travail : élaboration des programmes de formation initiale, réforme des études, démographie des professions de santé (ONDPS), états généraux de la kinésithérapie,...

## COORDONNÉES DE L'ORGANISATION

Siège Social :

SNIFMK c/o IFMK Marseille  
92 Rue Auguste Blanqui  
13005 MARSEILLE

Contact : [sg.snifmk@laposte.net](mailto:sg.snifmk@laposte.net)

Président :

Philippe SAUVAGEON  
Directeur IFMK de MARSEILLE  
92 Rue Auguste Blanqui  
13005 MARSEILLE  
Tél : 04 96 12 11 11  
[philippe.sauvageon@ifmk.univ-mrs.fr](mailto:philippe.sauvageon@ifmk.univ-mrs.fr)

Vice-président :

Michel PAPAREMBORDE  
Directeur IFMK de la région sanitaire de LILLE  
10 Rue Saint Jean Baptiste de la Salle  
59000 LILLE  
Tél. : 03 20 92 06 99  
Courriel : [m.paparemborde@ikpo.fr](mailto:m.paparemborde@ikpo.fr)

Secrétaire général :

Hubert GAIN  
Directeur IFMK de RENNES  
12 Rue Jean-Louis Bertrand  
35000 RENNES  
Tél. : 02 99 59 12 64  
Courriel : [h.gain@ifpek.org](mailto:h.gain@ifpek.org)

Trésorier :

Michel BOUTROY  
Directeur IFMK de l'AP-HP PARIS  
GHU Pitié Salpêtrière  
44 Rue Jenner  
75013 PARIS  
Tél. : 01 42 16 60 95  
[Michel.boutroy@dfc.aphp.fr](mailto:Michel.boutroy@dfc.aphp.fr)



## NOM

### **SNMKR**

(Syndicat National des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs)

## RÔLE ET VOCATION

Le SNMKR a pour but de représenter, organiser, défendre, promouvoir et informer les masseurs kinésithérapeutes dans tout domaine lié à la formation ou l'exercice de leur profession, et plus généralement, toutes activités complémentaires ou annexes à cet objet. Et plus particulièrement :

- De représenter les masseurs kinésithérapeutes rééducateurs dans toutes les instances officielles ou privées.
- De défendre leurs intérêts corporatifs, économiques, sociaux ou moraux.
- De documenter ses adhérents sur toutes les questions techniques, économiques et législatives qui les concernent, grâce à des publications, l'organisation de congrès, de conférences, de séances de recyclage...
- D'œuvrer à l'élévation du niveau et de la qualité des études de masso-kinésithérapie, de favoriser la formation professionnelle complémentaire des masseurs kinésithérapeutes, et de prendre toutes les initiatives pour l'assurer dans les meilleures conditions.
- De lutter contre l'exercice illégal de la profession et contre tous faits pouvant porter préjudice quelconque aux intérêts collectifs de la profession, d'entreprendre dans ce but toute instance ou d'intervenir en défense devant toute juridiction.
- De fournir aux tribunaux et aux particuliers des arbitres et des experts pour l'examen des contestations relatives à la profession de masseur kinésithérapeute...

## HISTORIQUE

Créé en 1977 d'une scission d'avec le syndicat historique de la profession, obtenant sa représentativité dès le 22 février 1982, le SNMKR s'est toujours voulu un syndicat de défense de la profession, de propositions constructives pour son avenir et d'assistance à ses adhérents dans tous les domaines de la kinésithérapie.

Le SNMKR a fondé une association de gestion (ANGAK 1978), un organisme de formation continue (ONREK 1983), des associations de presse (dont APEK 2005), des partenariats assurantiels privilégiés pour la RCP, la prévoyance et la retraite, des actions portant sur la prévention (Campagne M'Ton Dos).

Le SNMKR a toujours été pour le pluralisme d'idées et l'unicité dans l'action : il est l'initiateur de l'INTERSYNDICALE en mars 2005 (SNMKR, OK, FFMKR) puis co-fondateur de l'UNION SNMKR-OK (Union Nationale des Syndicats de Masseurs Kinésithérapeutes Libéraux) en septembre 2005 qui obtient la représentativité commune en 2006, tout en gardant les spécificités et modes de fonctionnement de chacun des deux syndicats.





## FONCTIONNEMENT

Le SNMKR est un syndicat national représenté par un Conseil National d'Administration élu composé de 18 membres et qui délègue sa représentation et exerce ses actions sur tout le territoire au sein de sections locales tant au niveau régional que départemental.

- Le SNMKR a fondamentalement inscrit la démocratie dans ses statuts : «un adhérent membre actif = une voix».
- Le Conseil national d'administration est élu au suffrage direct par tous les adhérents. Les administrateurs qui représentent la profession sont légitimés directement par celle-ci.
- Le rapport moral du président et le bilan du trésorier sont soumis chaque année à l'approbation ou au rejet par tous les adhérents.
- Le SNMKR se réunit chaque année en Congrès souverain, où tous les adhérents sont conviés pour déterminer les options de la politique syndicale qui sera appliquée pour l'année à venir.
- Le SNMKR s'est doté statutairement d'une Commission de Contrôle indépendante, élue au suffrage direct par tous les adhérents. Les statuts et l'expression des adhérents sont ainsi strictement respectés.
- Au SNMKR, pas de poste à vie : le CNA élit chaque année son président en son sein et valide le bureau.

Au sein de l'Union, le SNMKR siège avec son partenaire dans tous les organismes représentatifs (CNPS, UNPS, UNAPL, FIF-PL...)

## EXEMPLES D'ACTIONS MENÉES

- Dès sa création, le SNMKR a élaboré le « dossier CRF » (optimisation des placements en centres de rééducation fonctionnelle) qui s'est vu intégré au PLFSS 2006 et qui devait permettre d'économiser 2 milliards d'euros...
- Leader historique pour la création de l'Ordre dès les années 80, le SNMKR a participé activement à sa création, avortée en 1995, puis réussie en 2004.
- Depuis toujours, le SNMKR défend l'ostéopathie pratiquée par les kinésithérapeutes et la nécessité d'être professionnel de santé pour pratiquer cet art.
- Initiateur de l'intersyndicale en mars 2005 et co-fondateur de l'UNION en septembre 2005 afin de potentialiser le poids syndical face aux institutions.

## COORDONNÉES DE L'ORGANISATION

15 rue de l'Épée de Bois  
75 005 PARIS

Tél. : 01.45.35.82.45

Fax : 01.47.07.70.23

Contact : [secrétariat@snmkr.fr](mailto:secrétariat@snmkr.fr)

Site web : <http://www.snmkr.fr>

Président :

Stéphane MICHEL (SNMKR 84)

[président@snmkr.fr](mailto:président@snmkr.fr)

Vice-Présidents :

Chantal LAURAINE MERCIER

(SNMKR 87) [chantal.lauraine@wanadoo.fr](mailto:chantal.lauraine@wanadoo.fr)

Jean-Guy SUDRE (SNMKR 48) [jean-guy.sudre@wanadoo.fr](mailto:jean-guy.sudre@wanadoo.fr)

Michel VERSEPUY (SNMKR 33)

[michel.versepuy@gmail.com](mailto:michel.versepuy@gmail.com)

Trésorier :

Yvan TOURJANSKY (SNMKR 92)

[yvan.tourjansky@wanadoo.fr](mailto:yvan.tourjansky@wanadoo.fr)

Secrétaire Général :

Pascal AGARD (SNMKR 13) [pascal.agard3@wanadoo.fr](mailto:pascal.agard3@wanadoo.fr)



## NOM

# UNAKAM

(Union Nationale des Masseurs Kinésithérapeutes Aveugles et Malvoyants)

## RÔLE ET VOCATION

L'Unakam veille à la pérennité et au développement de l'accessibilité de la masso-kinésithérapie comme profession permettant aux déficients visuels de s'intégrer socialement et, ainsi, de réussir un projet de vie. Elle regroupe des masseurs-kinésithérapeutes déficients visuels, salariés ou libéraux.

La mission principale de l'association est tournée vers l'entrée dans la vie professionnelle et le maintien dans l'emploi des masseurs-kinésithérapeutes aveugles et amblyopes. Elle développe des services de formation et d'information au profit de ses adhérents, au travers de la création et du développement d'un fonds documentaire professionnel sur média adapté, de la publication périodique de revues et de l'organisation de séminaires et colloques professionnels. Elle facilite l'entrée dans le monde du travail des masseurs-kinésithérapeutes déficients visuels en les informant sur le plan juridique et professionnel (adaptation de postes de travail par exemple) et par un soutien financier le cas échéant. Elle contribue au financement de travaux de recherche susceptibles d'aboutir à la production d'outils ou de logiciels adaptés aux masseurs-kinésithérapeutes déficients visuels. Outre ces missions directes auprès de ses adhérents, l'UNAKAM participe, en liaison avec des associations et syndicats professionnels, à des actions nationales et internationales en faveur des aveugles et malvoyants, tant au plan de leurs intérêts généraux que professionnels.

## HISTORIQUE

C'est sur l'initiative du Dr Fabre, qu'une réunion des masseurs aveugles diplômés de l'École massothérapique de l'Association Valentin Haüy se tint le 25 novembre 1923, en vue de la constitution d'un groupement destiné à établir un lien de solidarité entre tous les masseurs aveugles et de veiller à la défense de leurs intérêts professionnels, sans distinction d'école ni de diplôme. L'assemblée constitue une association, l'« Association Professionnelle des Masseurs Aveugles de France ». Cette « union » est créée en vue d'obtenir la reconnaissance des écoles de masseurs aveugles, d'ouvrir l'accès de leurs élèves à un Diplôme d'État, permettant aux aveugles titulaires de ce diplôme d'être considérés comme d'authentiques professionnels et d'obtenir la reconnaissance de la filière d'études dans leurs instituts comme une « voie royale » à l'accession de la profession.

Un syndicat des masseurs aveugles de France va se créer en 1926. Pour la première fois, la forme syndicale est donnée à un groupement corporatif de travailleurs non-voyants. Ce « syndicat professionnel des masseurs aveugles de France » milite de façon très active, participant à la création de la profession de masseur-kinésithérapeute 20 ans plus tard.

En 1942, et jusqu'en 1950, le syndicat devint « l'Union Amicale des Masseurs et Masseuses Médicaux de France ». Le 14 juin 1950, l'association dite « Union amicale des masseurs et masseuses médicaux aveugles de France », suite à la Loi du 30 avril 1946 qui régit notre profession, devient « Union professionnelle des masseurs-kinésithérapeutes aveugles » (parution au Journal Officiel du 2 juillet 1950). En 1976, suite à la Loi du 30 juin 1975, d'orientation en faveur des personnes handicapées, l'union décide de modifier ses statuts et remplace le terme « aveugle » par « handicapé visuel », ce qui intègre de fait, les personnes malvoyantes et pas seulement les personnes aveugles. Ceci aboutira à la transformation de la dénomination de l'association en *Union Nationale des Masseurs-kinésithérapeutes Rééducateurs Handicapés Visuels (UNMKRHV)*. Enfin, en 2003, l'UNMKRHV devient *Union Nationale des Masseurs-Kinésithérapeutes Aveugles et Malvoyants (UNAKAM)*.



## FONCTIONNEMENT

L'UNAKAM, association Loi 1901, comprend un Conseil d'administration de 15 membres, renouvelés chaque année par tiers par vote de ses adhérents à jour de cotisation à l'occasion de l'assemblée générale annuelle statutaire. Une fois élu, le Conseil d'administration se réunit afin d'élire son bureau composé de six membres.

Le bureau ou le Conseil d'administration, sur convocation du Président, tiennent plusieurs réunions annuelles, soit par déplacements des membres élus, au siège de l'association à Paris, soit par réunion téléphonique le cas échéant. Par ailleurs, une liste de diffusion électronique leur est réservée pour les communications intermédiaires aux réunions officielles.

## EXEMPLES D'ACTIONS MENÉES

L'UNAKAM, pour répondre à ses missions statutaires, développe des actions en faveur de :

- ses adhérents : diffusion d'une lettre électronique trimestrielle, d'une revue de presse professionnelle sur CD audio. Elle les renseigne sur le plan juridique et intervient éventuellement, à leur demande, pour un soutien économique à l'installation ou à l'équipement informatique adapté par exemple.

L'association organise des séminaires et colloques sur différents thèmes, comme celui de l'emploi, conférences scientifiques ou professionnelles. Elle mène des actions internationales telles qu'en 2000, où elle a organisée une conférence internationale rassemblant 25 pays préoccupés par la formation et l'emploi des personnes aveugles et malvoyantes, notamment dans le domaine du massage et de la kinésithérapie/physiothérapie.

- du groupe des masseurs-kinésithérapeutes aveugles et malvoyants : sa mission est ici de représenter le groupe dans toutes les instances administratives et professionnelles utiles à la protection de leurs droits tant en matière d'accès à la formation que pour l'accès à l'emploi et au maintien dans l'emploi. Ainsi, le Président ou un administrateur mandaté représente l'association auprès des instances administratives compétentes pour la formation et l'exercice de la profession, mais aussi auprès des sociétés savantes par exemple. Enfin, dans le domaine typhlophilique, l'UNAKAM est membre de la Confédération Française pour la Promotion Sociale des personnes aveugles et amblyopes, association confédérale interlocutrice des pouvoirs publics.

## COORDONNÉES DE L'ORGANISATION

85 Rue d'Hauteville  
75010 PARIS

Tél. : 01 48 24 17 00

Fax : 01 48 24 01 12

Contact : [unakam.asso@free.fr](mailto:unakam.asso@free.fr)

Site web :

<http://unakam.asso.free.fr/>

Président

Hervé COCHET



## Réunion de préparation des États Généraux de la profession

Paris, 22 janvier 2010

*De gauche à droite :*

Didier Evenou, secrétaire général du Conseil national  
François Maignien, vice-président du Conseil national  
René Couratier, président du Conseil national  
Jacques Vaillant, vice-président du Conseil national



# Préparation des États Généraux de la profession

## SOMMAIRE

### ENQUÊTE :

**CIBLER LES ATTENTES ET CONSTRUIRE L'AVENIR**

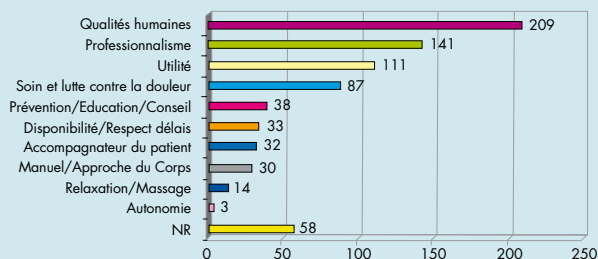
68



## CIBLER LES ATTENTES

Dans le cadre des États Généraux des masseurs-kinésithérapeutes, le Conseil national de l'Ordre souhaitait disposer d'éléments de réflexion pertinents sur les évolutions de la profession de masseur-kinésithérapeute et les grands défis auxquels elle se trouve confrontée. Aussi a-t-il diligenté une enquête (\*) auprès des praticiens, des patients, des autres professionnels de santé et des tutelles. Il s'agit d'une part de mieux connaître les masseurs-kinésithérapeutes, leurs conditions de formation et d'exercice, leur vision de la profession et de son avenir, leurs inquiétudes et leurs attentes et d'autre part de disposer d'un état actuel et prospectif des représentations sociales et des besoins et attentes sociétales et politiques qui entourent la profession. Enfin, cette enquête doit permettre d'identifier des axes d'évolution souhaitables pour la profession : autant d'axes de réflexion et de débat pour les États Généraux.

Classement des qualificatifs attribués par les patients, par groupes sémantiques



La qualité de la relation entre le patient et « son » masseur-kinésithérapeute est un facteur-clé d'appréciation de la profession de masseur-kinésithérapeute par les patients. S'exprimant sur les qualificatifs qui, selon eux, caractérisent le mieux la profession ils ont cité le plus souvent : les « qualités humaines », notamment la qualité d'écoute et l'attention, les qualités professionnelles du masseur-kinésithérapeute, sa compétence et sa rigueur professionnelles, la sûreté de ses gestes ; ainsi que l'utilité, l'existence d'un résultat, l'apport d'un véritable soulagement et/ou d'une guérison.

Le profil généraliste de la profession de masseur-kinésithérapeute, à l'heure actuelle, est un atout stratégique majeur

L'étude commanditée par le Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes a permis de mettre en évidence un paradoxe dans le positionnement de la profession en France, à l'heure actuelle.

D'une part, les masseurs-kinésithérapeutes bénéficient aujourd'hui d'une réputation très favorable au sein de la société française. L'image du masseur-kinésithérapeute (humanité, proximité, professionnalisme...) est au moins aussi valorisante, sinon meilleure, que l'image du médecin ou celle de l'infirmière. A ce capital symbolique déjà non négligeable s'ajoute la reconnaissance sociétale de l'utilité d'une prise en charge en masso-kinésithérapie. Cette reconnaissance est acquise pour longtemps : non seulement le masseur-kinésithérapeute est aujourd'hui considéré comme un acteur incontournable de l'offre de soins de premier recours, mais l'importance de son rôle ne peut qu'augmenter dans les années à venir, du fait de la progression de certains besoins en santé publique liés à l'évolution de la société occidentale. Cette importance stratégique et cette utilité de la profession de masseur-kinésithérapeute dans une vision prospective du système de santé est aujourd'hui intégrée par l'ensemble des acteurs concernés (patients, administrations sanitaires et autres professions de santé). Enfin, les patients pris en charge en masso-kinésithérapie aujourd'hui – sans regard d'expert sur ces thématiques – considèrent que la qualité de la formation et de la prise en charge des masseurs-kinésithérapeutes est à la hauteur de leurs attentes et de leurs besoins.

D'autre part, les masseurs-kinésithérapeutes sont inquiets face aux évolutions actuelles et sous-estiment les atouts dont ils disposent pour y faire face. Les professionnels méconnaissent le formidable capital sociétal mis en évidence par les résultats de l'enquête. En revanche, ils ont une conscience aiguë des problématiques et des tensions auxquelles leur profession est confrontée aujourd'hui :

- l'absence de consensus sur les valeurs fortes qui sous-tendent la profession, qui pourrait déboucher sur une véritable crise identitaire entre les nouvelles générations de masseurs-kinésithérapeutes diplômés et leurs prédécesseurs ;
- le caractère insatisfaisant des conditions de formation, d'exercice, de rémunération et de reconnaissance des compétences acquises en continu par les professionnels : ce manque de visibilité des compétences et de reconnaissance des masseurs-kinésithérapeutes dans leur autonomie au sein des professions de santé est un risque fondamental pour la profession, qui pourrait se traduire par un émiettement des compétences au profit d'autres corps de métiers ;
- une vision pessimiste de l'attractivité de la profession et de son avenir : sans attractivité de la profession, notamment pour les étudiants en santé, l'avenir démographique des masseurs-kinésithérapeutes est en péril, et avec lui le positionnement de la profession dans le futur système de santé.



## CONSTRUIRE L'AVENIR

Pour reprendre confiance en ses capacités à affronter l'avenir, la profession doit donc réaffirmer ses valeurs, communes à l'ensemble des membres de la profession, en capitalisant sur son image actuelle (humanité, compétence, proximité). Elle doit également se revaloriser, à travers :

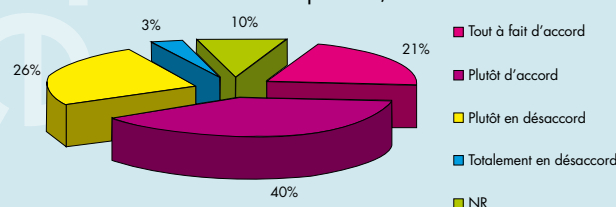
- La réforme de la formation, c'est-à-dire une formation initiale enrichie, donnant accès à un titre universitaire d'exercice de niveau master, et une formation continue de qualité garantie (labellisée) et validante ;
- Une filière universitaire spécifique permettant la formation d'enseignants chercheurs et le développement de la recherche, afin de peser davantage dans la définition des référentiels de prise en charge et dans la valorisation des actes de masso-kinésithérapie (valorisation tarifaire, valorisation des apports thérapeutiques, reconnaissance par les prescripteurs) ;
- Le développement de l'Évaluation des Pratiques Professionnelles, afin de bien mettre en évidence la qualité des pratiques de la profession ;
- La généralisation de l'accès en première intention à la masso-kinésithérapie, qui est une conséquence nécessaire d'une amélioration de la formation et des connaissances en masso-kinésithérapie via la recherche.



(\* ) Enquête en ligne nationale auprès des masseurs-kinésithérapeutes, de juillet à mi-septembre 2009, sur la base d'un questionnaire co-construit avec les membres du Conseil National de l'Ordre. Cette enquête en ligne a enregistré 3 050 répondants soit 4,7% de la profession au plan national. Les enquêteurs estiment que les profils des répondants sont globalement représentatifs, conférant une crédibilité aux réponses apportées et à leur exploitation.

pour la profession, dans la perspective des évolutions prévisibles du système de santé – tant en termes de réponse aux attentes des institutions pilotes du système, que de réponse aux besoins croissants des patients eux-mêmes. Tout l'enjeu pour la profession sera de préserver ce profil généraliste tout en développant, en fonction des besoins locaux (en cabinet libéral ou en établissement), des spécificités d'exercice permettant d'adapter au mieux l'offre de soins aux besoins de la population prise en charge.

A l'affirmation : " il existe des valeurs fortes qui fondent l'identité de la profession de masseur-kinésithérapeute ", êtes-vous :



Seuls 3 masseurs-kinésithérapeutes sur 5 pensent qu'il existe des valeurs fortes qui fondent l'identité de la profession.

Par rapport aux points valorisants de l'exercice, les professionnels sont confrontés à certaines contraintes, qui sont autant de freins à leur épanouissement. Ainsi, ils voient leur autonomie de décision et leur marge de manœuvre, dans l'adaptation du suivi à chaque patient, diminuées par des rapports déséquilibrés avec les prescripteurs :

- un certain nombre de masseurs-kinésithérapeutes (33 %) se sentent en position d'exécutant, confrontés à des prescriptions très directives et détaillées ;
- d'autres manquent de certaines informations pour adapter leur pratique aux problématiques rencontrées par le patient : ils transmettent leurs observations au médecin mais ne reçoivent pas nécessairement de renseignements en retour, dans le cadre d'une relation déséquilibrée.

L'ensemble de ces évolutions prévisibles des conditions d'exercice, associées à des conditions de formation initiale et continue peu satisfaisantes, risquent donc de remettre en cause l'attractivité de la profession dans les années à venir, si rien n'est fait.

A travers la réforme de la formation initiale, la revalorisation de la formation continue, l'évaluation des pratiques et le développement de la recherche en masso-kinésithérapie, l'objectif est d'obtenir une meilleure reconnaissance de la compétence des masseurs-kinésithérapeutes, de la qualité des prestations qu'ils proposent, de leur intérêt préventif et thérapeutique.

En parallèle de cet effort de reconnaissance, ou en s'appuyant sur les preuves ainsi accumulées, il est important que les masseurs-kinésithérapeutes puissent engager une réflexion avec les autorités de santé, sur la possibilité de développer l'accès en première intention.

Le contexte est favorable à la mise en oeuvre de négociations pour l'accès à la masso-kinésithérapie en première intention :

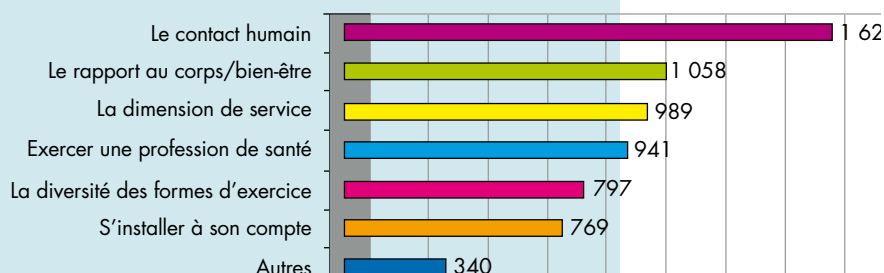
- les effectifs de médecins se réduisent dans de nombreuses zones du territoire et les administrations de santé en sont conscientes ;
- le Conseil national de l'Ordre des médecins, comme les administrations interrogées, ne sont pas opposés au développement de l'accès direct à la masso-kinésithérapie ;
- les patients sont plutôt favorables à l'accès en première intention (63% des patients ayant répondu à l'enquête seraient prêts à aller directement chez leur masseur-kinésithérapeute ;
- les masseurs-kinésithérapeutes y sont eux-mêmes favorables (près des 2/3 des répondants à l'enquête en ligne se sont prononcés en faveur d'une généralisation de l'accès direct à la masso-kinésithérapie.

Elle doit enfin développer des modalités et thématiques de prise en charge qui correspondent aux besoins et aux attentes des patients et des administrations sanitaires.

- En matière de thématiques à développer, il s'agit pour les masseurs-kinésithérapeutes de se positionner sur certains champs (information, conseil et prévention, gestion du stress, gestion des pathologies dont la prévalence augmente : pathologies chroniques, dépendance...)
- En ce qui concerne les modalités particulières d'exercice ou de prise en charge, il s'agit de développer le travail coordonné, « en réseau », notamment avec les médecins prescripteurs et les infirmiers qui sont aujourd'hui les premiers interlocuteurs des masseurs-kinésithérapeutes.



## Principaux critères d'orientation vers la profession de MK







Les États Généraux de la profession pourraient donc être l'occasion :

- de débattre des valeurs communes à la profession, pour susciter un consensus et s'approprier l'image véhiculée par la profession ;
- de poser les bases de négociation pour la revalorisation de la formation et l'accès à l'enseignement et à la recherche ;
- d'obtenir une rémunération et une reconnaissance à la hauteur des compétences mises en œuvre ;
- de poser les bases de négociation pour l'accès à la masso-kinésithérapie en première intention ;
- de discuter des modalités et des thématiques de prise en charge à développer (quitte à aborder ces aspects dès la formation initiale) pour anticiper l'évolution des besoins et attentes de la population mais également des administrations elles-mêmes, ce qui constitue un levier non négligeable dans de futures négociations.

Les éventuelles décisions obtenues auprès des administrations concernées (l'accès en première intention par exemple) et les réformes mises en place, dans les années à venir, devront également faire l'objet de communication vers les patients, les autres professions, mais également les masseurs-kinésithérapeutes eux-mêmes et à leur exploitation.

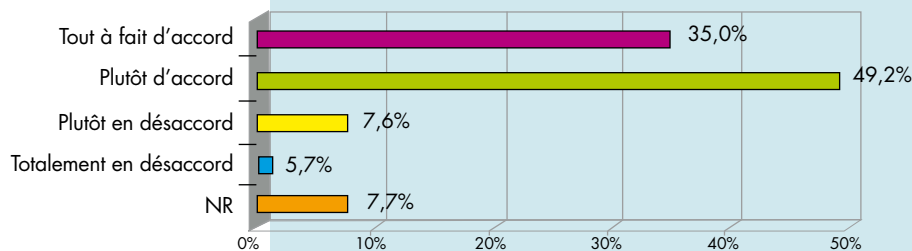
Les masseurs-kinésithérapeutes ne sont pas suffisamment investis, à l'heure actuelle, dans les prises en charge pluridisciplinaires.

Or, la majorité des patients considèrent que le masseur-kinésithérapeute est ou doit être leur partenaire en matière de coordination des différents professionnels de santé.

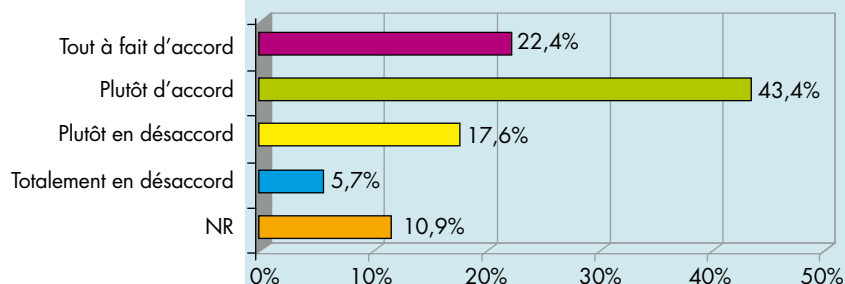
Les administrations de santé elles-mêmes sont très attentives à la qualité de la coordination des soins et cherchent depuis 10 ans à structurer des coopérations entre professionnels de santé.

Une réflexion sur le positionnement de la profession de masseur-kinésithérapeute en ce qui concerne les liens et la coopération avec les autres professionnels de santé semble donc nécessaire. En outre, l'appartenance à un ou plusieurs réseaux coïncide avec une vision plus optimiste de l'avenir, chez les professionnels concernés.

### Les MK doivent s'investir dans les démarches de recherche



### Le développement des référentiels professionnels est lié au développement de la recherche





## Les États Généraux de la profession de masseur-kinésithérapeute

Paris, 20 mai 2010



# Retranscription des États Généraux de la profession

## SOMMAIRE

### LES ÉTATS GÉNÉRAUX DE L'ORDRE DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES

<b>INTRODUCTION</b>	74
par René COURATIER, président du Conseil national	
<b>OUVERTURE</b>	76
Martine ALLAIN-REGNAULT, journaliste médicale Didier EVENOU, secrétaire général du Conseil national du Conseil national	
<b>THÈME I : LES VALEURS ET L'IMAGE DE LA PROFESSION</b>	80
<b>THÈME II : LA FORMATION</b>	102

**René COURATIER**

Président du conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes

# Introduction



Mesdames et Messieurs, chères consœurs, chers confrères, aujourd'hui est un jour exceptionnel, qui réunit pour la première fois l'ensemble de la profession pour réfléchir à son évolution et proposer les moyens d'y parvenir. Je remercie toutes les organisations syndicales et professionnelles, regroupant libéraux, salariés, enseignants et étudiants, d'être présentes et d'avoir participé activement aux différentes réunions préparatoires de ces États Généraux de la masso-kinésithérapie. Je tiens à remercier également les nombreuses associations de malades qui s'associent à notre réflexion et qui soutiennent notre démarche, notre objectif commun étant la meilleure prise en charge du patient. Nous avons l'honneur d'accueillir la délégation de la WCPT, Confédération mondiale pour la thérapie physique, représentée par le Docteur Brenda MYERS, secrétaire générale, et par le Docteur Emma STOKES du Comité exécutif, ainsi que la délégation de l'Ordre du Québec conduite par Lucie FORGET, présidente et directrice générale de l'Ordre professionnel des physiothérapeutes du Québec, Guy THOMMES, président de l'organisation des kinésithérapeutes du Luxembourg et Georges NASR, représentant de l'Ordre des physiothérapeutes du Liban.

Je souhaite également remercier le ministère de la Santé qui nous accueille gracieusement dans ses murs. Il s'agit à mon sens d'un symbole très fort, car la migration de notre profession et son évolution ne pourront pas se réaliser uniquement par les kinésithérapeutes et dépendra également du ministère de la Santé et le Gouvernement.

Depuis le 30 avril 1946, date de la création de notre profession en France, notre exercice a considérablement évolué, mais notre formation initiale et le cadre réglementaire n'ont pas suivi la même évolution. Nous ressentons tous ce malaise générateur de craintes pour l'avenir et nous nous posons tous les mêmes questions. Pour la première fois, nous avons porté notre regard sur nous-mêmes et pris conscience du regard des autres, patients, partenaires et tutelles. Les conclusions des différentes enquêtes démontrent le doute sur la perception de notre propre image. Pourtant, de très nombreux étudiants sou-



haitent toujours entreprendre des études de masso-kinésithérapie. Ils se pressent par dizaines de milliers aux sélections d'entrée aux Instituts de Formation de Masso-Kinésithérapie (IFMK), ce que de nombreux Directeurs d'IFMK ici présents pourront vous confirmer. Il existe donc un décalage entre l'image et l'attractivité de notre profession, selon que la prise de conscience s'opère à travers notre propre perception ou celle des autres. Cette différence d'appréciation existe aussi dans le domaine des missions et coopérations, et sans doute dans le domaine de la formation et de la recherche.

L'objectif de ces États Généraux est de formaliser notre réflexion ou, du moins, une partie de notre réflexion, dans un consensus, et de faire en sorte que l'ensemble de la profession se l'approprie. Lorsque nous serons capables de porter ces valeurs communes, de définir et de défendre notre cœur de métier, nous serons en situation de construire notre avenir.

Nos confrères étrangers sont présents pour nous rappeler également que nous évoluons dans un moment d'échange et donc d'équivalence de niveaux. L'Europe connaît des disparités de formation souvent artificiellement gommées et parfois transgressées. Nos amis de la WCPT pourront intervenir sur ce sujet. La France ne pourra pas rester longtemps à l'écart de la réforme nécessaire de notre profession. C'est aussi le message que nous devons donner à ces États généraux qui se tiennent symboliquement au ministère de la Santé et des Sports.

Je tiens enfin à remercier de leur présence Thomas REMOLEUR et Clara DE BORT, conseillers techniques en charge de notre profession auprès du Cabinet de la Ministre.

Mesdames et Messieurs, chères consœurs, chers confrères, je vous remercie de vous attention et je lance le débat des États Généraux de l'Ordre de la masso-kinésithérapie.



**Martine ALLAIN-REGNAULT**

Journaliste médicale

**Didier Evenou**

Secrétaire général du Conseil national

# Ouverture

Martine ALLAIN-REGNAULT

Mesdames, Messieurs, bonjour. C'est un honneur et un plaisir d'être parmi vous aujourd'hui pour débattre de l'avenir de votre profession. Je suis, comme chacun, une patiente, une grand-mère de petits enfants ayant contracté des bronchiolites, etc.

Vos représentants ont souhaité que ces États Généraux soient animés, crédibles et utiles. Ils m'ont confié cette mission à moi, journaliste médicale de télévision, indépendante de caractère, représentante de l'opinion publique, avec ses qualités et ses défauts, pour dégager, avec vous, une réflexion commune sur le devenir de votre exercice, entre inquiétudes et innovations. Si nous voulons que le maximum de participants puisse prendre la parole, conformément au principe de ces États généraux, il faudra que nous soyons tous brefs. Je vous propose, pour commencer, d'écouter quelques informations de la rue sur votre métier, données par ceux qui viennent chercher vos services. Nous sommes allés enquêter dans deux marchés du XVe arrondissement, où nous avons laissé libre court à la spontanéité des passants. Vous constaterez que les propos sont plutôt flatteurs.

Dans l'ensemble, on vous aime énormément et l'image que vous reflétez est très bonne, avec quelques bémols, bien-sûr, car personne n'est pas parfait. La population vous aime et le dit. Néanmoins, parmi les kinésithérapeutes, comme les journalistes, les plombiers, les chauffeurs de taxi ou les médecins, il y a beaucoup de bons et quelques moins bons. L'Ordre a voulu diffuser le témoignage complet de la jeune femme qui se plaignait dans l'avant-dernière séquence, afin de vous faire réagir tous ensemble sur ce qui va et ce qui ne va pas dans votre profession. Après cette projection, Didier Evenou vous expliquera ce choix en deux mots.



► *Extraits du court montage de témoignages projeté en séance.*

- « - J'ai été suivie par des kinés depuis l'âge de 18 ans car j'ai de gros problèmes de dos. Donc c'est kiné normalement une fois par semaine.
- J'avais des problèmes de lombaires.
- Souvent des blessures sportives.
- Moi j'y vais deux fois par semaine de juin à septembre.
- J'ai eu un accident de vélo. Une fracture. Cela nécessite de voir quelqu'un pour des massages.
- J'ai eu un accident de ski.
- C'était l'occasion de blessures. J'ai été accidenté de la route.
- J'ai de l'arthrose dans les épaules. Il me masse les épaules.
- J'ai fait de la rééducation pour ma main.
- Je ne suis pas un cas très compliqué, mais j'y vais quand même régulièrement.
- Sans les kinés, on ne pourrait plus marcher.
- Le kinésithérapeute est très complémentaire au médecin et évite de revenir voir le médecin.
- Il sert à quelque chose.
- Le kiné a été vraiment très compétent.
- J'ai l'impression que j'ai moins de tendinites et moins de contractures.
- J'ai été super satisfait.
- C'est quelqu'un qui est très à l'écoute et qui perpétuellement apprend des choses nouvelles et se perfectionne de manière à apporter un mieux-être aux gens.
- C'est pas satisfaisant comme prestation. On y va très souvent, on y revient régulièrement et au final on n'a pas l'impression que ça ait fait quoi que ce soit. »

- « - J'ai eu 30 séances de kiné. Les douleurs sont revenues. L'impression de soulagement et de soin a vraiment été éphémère.
- Aucun kiné n'a été capable de prendre en charge vos douleurs ?
  - Si, mais de façon éphémère. Ça n'a pas duré longtemps, ça n'était pas pérenne. Ce n'est pas satisfaisant, au final, comme prestation. On y va très souvent, on y revient régulièrement, et, au final, on n'a pas l'impression que ça ait fait quoi que ce soit.
  - Le rapport Qualité/Prix n'est pas optimal ?
  - Si, justement, ces prestations sont assez abordables et remboursées par la Sécurité Sociale. Il s'agit de la science du toucher et du massage, qui peut faire du bien dans certaines pathologies. Mais pour tout ce qui est remise en place de choses purement anatomiques, je trouve ça décevant. C'est un feeling, aussi. On sent qu'il y a des choses, mais en superficie, sans aller au bout du toucher et de la remise en place comme chez les bons ostéopathes. Les bons ostéopathes, ce ne sont pas forcément ceux qui vous font craquer les vertèbres pour un oui ou pour un non. Ça peut paraître surprenant, mais il y a, dans la région, des gens qui ont le don du toucher pour remettre les choses en place de façon exceptionnelle. Maintenant, ce sont eux que je vais voir. Ils ne sont pas praticiens.
  - Plus que les ostéopathes ? Pour vous, ostéopathe et kinésithérapeute, c'est la même chose ?
  - Non, ce n'est pas la même chose. C'est complémentaire. On a de la chance d'avoir beaucoup de choix. Je sais quelle personne aller voir en fonction de mes besoins. »





#### Didier EVENOU

- Nous avons choisi de diffuser ce reportage car il nous a semblé essentiel d'entendre ce qui est dit au travers des mots prononcés par cette jeune femme. Cette appréciation peut paraître très négative. Nous avons entendu les mots « feeling », « marché », « on a le choix », etc. Il nous a paru intéressant de vous présenter cette parole telle quelle, afin que nous puissions réagir et nous remettre en question pour pouvoir progresser pour l'avenir de notre profession.

#### Martine ALLAIN-REGNAULT

Quatre sujets de réflexion prêtent à réagir :

- Les valeurs et l'image de la profession ;
- L'attractivité de la profession ;
- Les conditions d'exercice de la profession ;
- La formation.

Les travaux de réflexion générés par chacune des organisations professionnelles ont fait ressortir deux des quatre sujets, ceux qui représentent le plus d'enjeux pour la profession. Nous entendrons, dans un premier temps, vos représentants, à qui j'ai demandé d'exposer leur point de vue sur le 1<sup>er</sup> thème : les valeurs et l'image de votre profession. Dans un second temps ils s'exprimeront sur le thème de la formation. Les deux autres thèmes seront traités en transversalité durant ces États Généraux

**Sénèque a écrit « Ce n'est pas parce que les choses sont difficiles que nous n'osons pas. C'est parce que nous n'osons pas que les choses sont difficiles. »**

Je suis flattée que les intervenants aient jugé nos petits films utiles. En effet, ces interviews représentent réellement l'opinion des passants interrogés par hasard sur un marché, dont les propos ont réellement été libres. J'ai été réellement frappée de constater, en travaillant avec vous, combien votre profession est unie et soudée sur l'essentiel, sans doute parce qu'il existe des besoins pressants.

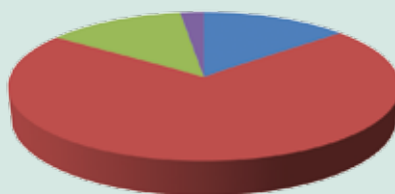
*Martine ALLAIN-REGNAULT*



# Thème 1

## Des professionnels très majoritairement satisfaits de leur exercice

A la question, « Comment trouvez-vous votre exercice quotidien ? » : 98,9 % répondent à la question. 84,8 % sont satisfaits de leur exercice quotidien (13,8 % « complètement satisfait », 71,0 % « plutôt satisfait »). 15,2 % ne sont pas satisfaits (13,0 % « plutôt insatisfait » et 2,2 % « totalement insatisfait »).



- Complètement satisfait
- Plutôt satisfait
- Plutôt insatisfait
- Totalement insatisfait

Il n'a pas été trouvé de lien entre le type d'exercice et la satisfaction professionnelle exprimée. En effet, si 83,9 % des personnes exerçant à titre libéral se disent satisfaits contre 81,3 % de ceux exerçant à titre « salarié » et 87,1 % à titre mixte ( $p > 0,05$ , lien non statistiquement significatif).

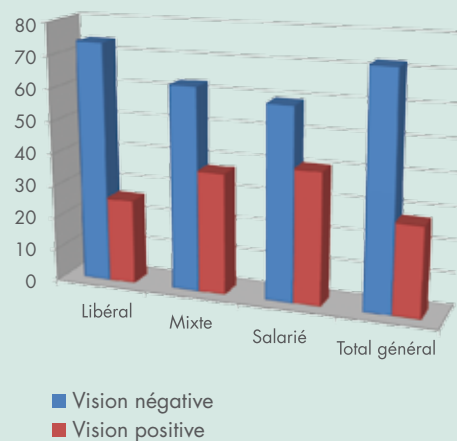
Concernant, l'influence de l'ancienneté du diplôme une tendance semble se dégager, plus la date de diplôme est récente, plus l'exercice est jugé satisfaisant. A contrario, c'est parmi les plus anciens diplômés que le pourcentage de « totale insatisfaction » est retrouvé (4,1 % des diplômés avant 1970) contre 1,1 % des diplômés 2000-2005 et 0,8 % des diplômés 2006-2010.

## Les masseurs kinésithérapeutes moroses sur leur avenir

A la question « Comment envisagez-vous l'avenir de la profession ? » (2,8 % de non réponse) seuls 27,8 % des répondants ont une vision positive, Alors que 72,2 ont une vision négative.

Les kinésithérapeutes exerçant à titre libéral ont plus de craintes quant à l'avenir ( $p < 0,05$ ).

Type d'exercice	Vision négative	Vision positive
Libéral	73,9	26,1
Mixte	62,7	37,3
Salarié	59,3	40,7





# LES VALEURS ET L'IMAGE DE LA PROFESSION

Martine ALLAIN-REGNAULT

Étudiant en dernière année d'IFMK, Baptiste Michaux a choisi de suspendre durant une année ses études afin de réfléchir, avec d'autres, sur sa future profession et sur les valeurs auxquelles il croit.



**Baptiste MICHAUX**

*Président de la Fédération Nationale des Étudiants en Kinésithérapie (FNEK)*

Il m'a été demandé, en accord avec toutes les organisations présentes, d'intervenir le premier sur ce thème. J'ai d'abord été quelque peu surpris par cette proposition. En effet pourquoi ne pas choisir plutôt l'Ordre, garant du Code des déontologies, ou le représentant officiel à la WCPT, qui a également un impact international au niveau de cette image de la profession ? En prenant un peu de recul vis-à-vis de cette proposition, j'ai pu en percevoir l'intérêt. En effet, sans céder aux fameuses questions clichés telles que « Pourquoi avoir choisi ce métier ? » ou « A quel âge votre vocation est-elle apparue ? », si ouvertes et personnelles qu'il serait possible d'en discuter durant des heures, il est intéressant de s'interroger sur les images que nous, étudiants, avons de cette profession avant d'entrer dans les études et sur les attraits qui se dégagent de l'exercice de ce métier ou de l'image que nous en avons. Mes réponses, qui n'en sont pas vraiment, car elles sont elles-mêmes des questionnements, ne préjugent en rien d'une position de la FNEK nette et arrêtée. Elles constituent seulement la vision d'un étudiant, futur professionnel de santé, sur l'image et la valeur de la kinésithérapie en France.

Nous nous sommes tout d'abord interrogés sur les valeurs-clés de la profession. Certaines paraissent incontournables : écoute, humanisme, rigueur, transmission des savoirs. Pourtant, tout n'est pas si simple. La langue française recèle de multiples interprétations pour un seul et unique mot. Notre profession, en outre, se définit par les spécificités de son exercice et les valeurs propres à chacun des professionnels de santé. Pourquoi choisir « humanisme » plutôt que « solidarité » ? Pourquoi se limiter au mot « écoute » quand nous pouvons prendre le mot « compréhension » ? Comment pouvons-nous parler de « transmission des savoirs » après deux années de cataclysme en stage ?

Nous avons abordé, ensuite, la question de l'image sociale. Que peut penser la société de notre corps professionnel ? Comment sommes-nous perçus par nos patients et par leur entourage ? La notion de proximité peut revenir souvent : proximité géographique du Cabinet, avec le kinésithérapeute toujours présent et qui reçoit le patient plusieurs fois par semaine ou proximité de soin avec le kinésithérapeute qui touche, met la main sur le patient. La réflexion est la même pour le savoir-faire : savoir-faire car le patient est soulagé à sa sortie du Cabinet ou car le patient est soulagé à long terme ? Les réflexions peuvent être les mêmes concernant l'image de notre profession parmi les professionnels de santé.

Ma conclusion pourra servir d'ouverture pour les trois prochains thèmes. L'image et les valeurs de la profession définissent l'attractivité du métier auprès des futurs étudiants et de la société. Cette attractivité impactera les missions de la profession et les coopérations entre professionnels. Le

dernier sujet, définissant la formation, initiale et continue, et la recherche, ce thème sera apprécié par les missions et compétences dévolues aux kinésithérapeutes. Nous remarquons une synergie entre ces quatre thèmes. La définition de la formation, la recherche et la pratique basée sur les preuves provoqueront un éclaircissement des valeurs et de l'image de la profession. Ainsi, la boucle est en quelque sorte bouclée. La question, au final, est donc la suivante : faut-il réfléchir intensément sur nos valeurs pour améliorer la qualité de formation et donc de soin ? Ou faut-il avoir une politique ambitieuse de refonte de notre formation et de notre façon de penser pour revaloriser notre profession et la rendre indispensable aux systèmes de santé ? C'est également pour cette raison que j'ai consacré une année, comme de nombreux autres étudiants, à réfléchir sur la formation et une amélioration continue de cette formation afin de revaloriser notre profession toute entière.

### Chantal LAURAINÉ

*Syndicat National des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs (SNMKR)*

Je représente le SNMKR<sup>1</sup>

Concernant l'image de la profession, nous avons la chance inouïe d'avoir nos mains. Elles sont notre meilleur outil, celui qui va nous permettre d'entrer pleinement en relation et en osmose avec notre patient, de dialoguer et d'avancer dans un but de rétablissement du patient dans ses fonctions. Cette image est quelquefois un peu paradoxale, car la profession est souvent très bien perçue par les patients et parfois moins bien perçue par les autres professions de santé et par les tutelles. Nous avons aujourd'hui l'immense opportunité de discuter sur ce sujet pour tenter de gommer ce paradoxe et de trouver des solutions à ces différences. Nous pensons vraiment que, si nous parvenons à une réflexion plus intellectuelle sur notre savoir, nous pourrions avancer et déterminer véritablement le but que nous donnons à notre profession. Il s'agit de nous améliorer en permanence, de savoir nous remettre en question, mais aussi d'apprendre. Cet apprentissage passe évidemment par la formation, notre quatrième thème de discussion. Je suis très fière, aujourd'hui, de représenter la profession, féminine à 46 %. Il s'agit d'une belle profession. Je suis fière d'être masseur-kinésithérapeute.

---

#### <sup>1</sup> Note du SNMKR :

*Nous avons collectivement la responsabilité de diffuser l'état de nos réflexions et d'initier un débat en capacité de permettre aux acteurs professionnels de terrain de devenir auteurs de leur destin en toute connaissance de cause.*

*l'évolution de notre profession passe par une réforme de la Formation initiale qui doit accéder à un cursus universitaire, permettant de répondre aux besoins de la population, notamment par le libre accès aux traitements, et l'obtention d'un statut de profession médicale à compétence définie. L'objectif est de développer à moyen terme, une Masso-kinésithérapie en mesure de relever les défis de notre système de santé notamment en regard du vieillissement de la population, de l'augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques, de la prévention de la dépendance.*



 Philippe SAUVAGEON

*Syndicat National des Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie (SNIFMK)*

Je représente le Syndicat National des Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie, qui regroupe l'ensemble des instituts de formation de métropole et d'outremer. En tant que formateurs, nous participons à la professionnalisation de nos étudiants et les voyons progresser au fil de leurs trois années d'études. Nous tâchons de leur transmettre les valeurs classiques de la profession de l'altruisme, du respect, etc. et de les conforter dans ces valeurs.<sup>2</sup> La transmission de ces valeurs implique d'associer une relation éthique à la formation thérapeutique. Nous tentons également de communiquer auprès des étudiants sur l'image sociale de notre profession et ce qu'ils représenteront dans la société. Le retour du public est globalement positif. Les étudiants en prennent relativement rapidement conscience, et cela les conforte dans le choix de leurs études. Les étudiants sont parfois surpris de la vision qu'ont les autres professionnels de santé sur la kinésithérapie.<sup>3</sup>

Les études de kinésithérapie sont attractives. Nous recevons de très nombreuses demandes. Aujourd'hui, la plupart des instituts de formation recrutent via la première année de médecine. On pourrait penser que certains étudiants rejoignant notre filière sont des déçus de la médecine. Tel n'est pas le cas. Nous accueillons aujourd'hui des étudiants qui pourraient accéder aux études de médecine mais choisissent délibérément les études de kinésithérapie. Ces études sont effectivement attractives. Il n'existe pas de chômage dans la profession et les étudiants savent bien que la demande est forte, en secteur libéral comme en secteur salarié. 80 % des étudiants se dirigent vers l'exercice libéral. Ils apprécient cette liberté du choix d'exercice, libéral, salarié ou mixte, en milieu rural ou en milieu urbain. Nous tâchons d'accompagner tous les étudiants. Ce public n'est pas toujours facile. Les temps changent et les mentalités évoluent. Les étudiants sont devenus exigeants, parfois à tort, parfois à raison. L'essentiel est de dialoguer avec eux et de faire en sorte que leur cheminement dans la profession se déroule le mieux possible.

---

*Notes du SNIFMK :*

<sup>2</sup> *A ces valeurs s'ajoutent le respect de la personne, la responsabilité, la rigueur, l'autonomie, l'esprit critique, l'esprit de recherche,...*

<sup>3</sup> *Les domaines de compétences des kinésithérapeutes ne sont pas forcément bien connus des autres professionnels de santé. Il faut communiquer en ce sens.*

## Christian BOSS

*Trésorier du Syndicat Objectif Kiné (OK), membre de l'Union*

Les valeurs sont des références pour l'action humaine. On leur accorde un prix, on les estime et on y aspire. Sur le plan individuel, chaque personne privilégie des valeurs et influence les actions qui guident ses comportements et ses attitudes dans les rapports avec autrui. Ainsi, lorsqu'une personne choisit une profession, elle y entre avec ses valeurs et ses convictions. Les valeurs professionnelles qui ont été retenues par l'étude concernant notre profession sont les suivantes : le service rendu au niveau médical et social, l'humanisme et les qualités humaines des professionnels, le respect, la considération, la responsabilité, la rigueur et la sécurité des actes, l'écoute et le partage. Ces valeurs peuvent être résumées en trois mots : humanisme, compétence et proximité.

L'image se situe toujours entre l'image sociale et l'image ressentie ou transmise par les autres professions de santé. L'utilité de la profession est reconnue par les patients comme par les administrations responsables de l'organisation des soins. Elle a d'ores et déjà été identifiée dans le triptyque médecin généraliste – infirmier libéral – masseur-kinésithérapeute.<sup>4</sup> Les patients ont également mis en avant dans l'enquête, de façon claire et quasi unanime, l'utilité de notre profession. Notre profession est utile par la capacité de la prise en charge des masseurs-kinésithérapeutes à générer des résultats positifs, qui se traduisent soit par le soulagement de la douleur, soit par l'atténuation du trouble à l'origine de sa prise en charge. Les patients ont également noté un besoin croissant d'accompagnement en matière de prévention et de préservation de leur santé à travers davantage de conseils et d'informations délivrées par les masseurs-kinésithérapeutes. Les patients insistent surtout sur leur besoin d'être considérés dans leur globalité. A mon sens, cette insistance des patients est totalement mise en péril et s'inscrit en contradiction avec la notion de référentiels qui doivent être publiés prochainement.<sup>5</sup>

Le kinésithérapeute est souvent considéré comme le généraliste du corps. Ce profil de généraliste du corps et du mouvement découle à la fois de notre formation initiale et de la diversité des publics et des pathologies que nous prenons en charge. Ainsi, tous les âges de la vie sont concernés par notre prise en charge. Ce profil de généraliste du corps est un atout

---

### Notes d'Objectif Kiné :

<sup>4</sup> *La loi HPST dite loi BACHELOT doit faciliter une approche globale du patient dans le cadre d'un parcours de santé alliant prévention, soins et éducation thérapeutique, privilégiant notre intervention en première intention.*

<sup>5</sup> *Pour ce qui concerne les référentiels par pathologie que nous évoquons dans notre intervention, vous l'avez compris, ils ne sont qu'une machine comptable inadaptée à un traitement individuel et à cette approche globale qui est notre cœur de métier.*



stratégique majeur pour toute la profession dans les perspectives d'évolution prévisible de notre système de soins, tant en termes de réponse aux attentes des institutions-pilotes du système de santé que de réponses aux besoins croissants des patients eux-mêmes.<sup>6</sup>



### Hervé COCHET

*Union Nationale des Kinésithérapeutes Aveugles et Malvoyants (UNAKAM)*

L'UNAKAM représente 2 000 à 2 500 kinésithérapeutes en France. Nous regrettons que les autres organisations syndicales et associatives de la profession ne soient pas auprès de nous aujourd'hui.

Le 22 janvier 2010, nous avons présenté le travail de l'association sur les quatre valeurs qui nous semblaient fondamentales, à savoir l'écoute, le mouvement, le toucher et le respect de la différence.

La confusion entre valeur et image pose problème. En effet, les masseurs-kinésithérapeutes représentés par l'UNAKAM ne voient pas : l'image ne les préoccupe donc pas autant que les valeurs et le travail sur la profondeur. Dans le témoignage de la patiente diffusé dans son intégralité, j'ai été frappé par le terme « superficie ». Nous devons peut-être travailler entre les notions de superficie et de profondeur, les images étant du côté de la superficie et ne nous paraissant pas fondamentale. En revanche, il importe qu'au cours de ces Etats généraux, nous travaillions plus en profondeur sur le sujet des valeurs. L'écoute, le mouvement, le toucher et le respect de la différence nous semblent être quatre dimensions permettant de définir notre profession. Il ne s'agit pas de valeurs, mais de gestes, d'attitudes, de conduites dans lesquelles doivent être incluses nos valeurs. Cette dissociation entre valeur et image était essentielle dans la réflexion de l'UNAKAM.

---

#### Note d'Objectif Kiné :

<sup>6</sup> La réforme de notre formation initiale passe nécessairement par son intégration dans le système universitaire (LMD) comme c'est le cas pour l'essentiel des autres professions de santé et la reconnaissance à un grade de master de notre DE.

## ► Alain BERGEAU

*Président de la Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs (FFMKR)*

Je souhaite tout d'abord insister sur un point qui me semble fondamental pour notre profession mais aussi, d'une manière générale, pour l'ensemble des professions de santé : il s'agit de l'image « profession de santé ». Notre profession a en effet une très bonne image vis-à-vis du grand public. Je suis persuadé que cette bonne image est liée au fait que nous appartenons à la catégorie des professionnels de santé. Ce point est fondamental. Une profession doit certes évoluer, mais elle ne doit pas perdre son image de profession de santé, avec son approche scientifique, ses compétences et son évaluation.<sup>7</sup>

Je souhaite rappeler quelques valeurs, dont certaines peuvent certes paraître quelque peu rétrogrades. A mon sens, au niveau du mode de sélection, notre formation initiale doit permettre de sélectionner des jeunes gens qui auront véritablement, à la base, l'envie de soigner et ne seront pas seulement des « bêtes à concours ». Nous reviendrons sur ce sujet dans le quatrième thème de discussion.

La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires comprend quelques éléments négatifs, mais aussi de très bons éléments, tels que l'approche globale du patient, transversale, sur les notions d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique. Il s'agit de mettre en place un parcours de santé dans lequel les masseurs-kinésithérapeutes, professionnels de santé, ont un rôle à jouer à toutes les étapes de la santé et du thérapeutique. Cette notion d'approche globale est fondamentale dans l'évolution de notre profession. La notion d'humanisme est une valeur essentielle. Notre profession, comme toutes les autres professions de santé, doit veiller à cette notion d'humanisme, de contact avec le patient, d'écoute, de respect du patient, alors que nous évoluons de plus en plus vers une société technique. Cette valeur doit être une valeur de base de notre exercice.

Sur cette notion d'image et de valeurs, je souhaite terminer sur un message d'optimisme. Notre profession est jeune et se féminise. Il importe de faire confiance à notre profession et de ne pas avoir peur du changement. En effet, il existe toujours une part de risque dans le changement, mais l'essentiel est d'avancer.

---

<sup>7</sup> *Note de la FFMKR :*

*L'évolution inéluctable de la profession ne rime pas avec vision passiviste mais au contraire avec une réelle volonté d'avancer sans avoir peur de l'avenir. Dans un monde en mouvement.*





## QUESTIONS-RÉPONSES

**Jean-Michel COULET**

*CDOMK 61 (Orne)*

Quelle est l'image de la profession auprès du ministère de la Santé, dont aucun représentant n'est ici présent ?

**Martine ALLAIN-REGNAULT**

Je trouve, en ce qui me concerne, formidable que le ministère de la Santé vous accueille dans cette salle. J'ai appris par hasard que Madame la Ministre était occupée ce matin car le Gouvernement s'est réuni, en urgence, après les propos qu'a tenus hier Martine Aubry sur la nécessité de mobiliser 100 milliards d'euros. Le ministère de la Santé, la Sécurité sociale et l'Assurance Vieillesse sont très concernés par ce sujet, ce qui justifie l'absence de Madame la Ministre.

**René COURATIER**

Cette absence relève de certains aléas de la politique. Nous vous réservons néanmoins quelques surprises au cours de la journée. Soyez patients.

**UN INTERVENANT**

Je suis kinésithérapeute de formation, directeur adjoint d'un institut de formation et d'éducation motrice et formateur.

Le ministère de la Santé a tenu, le 19 mai, des propos sur les cotisations de l'Ordre des salariés, concernant notamment les infirmiers. Quid des autres Ordres, dont le nôtre ?

Nous rencontrons de plus en plus de difficultés à recruter dans les différents secteurs, qu'il s'agisse du secteur hospitalier, des instituts, etc. J'accueille par exemple une centaine d'enfants handicapés moteurs et je dispose d'un effectif comptant moins de 50 % de kinésithérapeutes.

Quel peut être, en termes d'image et de rémunération, l'attractivité de notre profession ?

**René COURATIER**

Je ne suis pas certain que le lieu soit idéal pour évoquer le sujet des cotisations. Cette question d'actualité concerne les infirmiers et dépasse le sujet des cotisations. Il s'agit en réalité d'un problème politique, relevant des grandes centrales syndicales, avec un ressenti de pouvoir et de distribution des cartes. La réorganisation des représentativités nationales et régionales a brouillé l'action et la politique syndicale d'une façon générale pour toutes les activités. Chacun tente aujourd'hui de retrouver sa place. Des élections seront organisées dans le domaine de la santé.

La politique salariale des masseurs-kinésithérapeutes, notamment à l'hôpital, est fonction d'échelles et de classes. Notre profession ne détermine pas ces différentes classifications. Pour cette raison, nous insistons réellement en faveur d'une formation initiale universitaire autrement reconnue qu'actuellement, afin de dépasser ces classifications. Il ne nous appartient cependant pas de prendre des décisions dans ce domaine. Il nous appartient en revanche d'utiliser tous les moyens de pression possibles et de démontrer que nous méritons ce nouveau statut. Notre profession est l'une de celles qui se forment le plus en volume dépensé et en nombre de praticiens. Nous avons déjà réalisé une partie de la démarche en la matière. Le reste relève d'un travail à mener sur la réingénierie et du service que vous apportez aux patients. Il s'agit de toujours apporter un travail de la meilleure qualité possible et de se démarquer par une plus-value réelle, qui doit être mesurée scientifiquement et sortir de certaines habitudes logiques.



A



B



C



D



E



F

## **Alain BERGEAU**

D'une manière générale, il convient à mon sens de dépasser le clivage entre salariés et libéraux. Le problème de la perte d'attractivité de notre profession, comme pour d'autres professions, est lié à des questions économiques, indéniables, mais aussi à des facteurs sociétaux. En effet, les praticiens de santé, d'une manière générale, exerceront à l'avenir d'une manière totalement différente de la façon dont nous avons nous-mêmes exercé : les modes d'exercice, à l'avenir, se modifieront. Nous devons absolument intégrer cette évolution. Par ailleurs, les patients qui se rendent dans nos Cabinets sont à la recherche d'un service. Les relations avec le kinésithérapeute ont évolué. Alors qu'auparavant les patients venaient consulter un praticien ayant un certain savoir, ils viennent aujourd'hui rechercher un service donné. La patiente mécontente dont le témoignage a été diffusé, par exemple, n'a pas trouvé le type de service qu'elle attendait et s'est déclarée insatisfaite. Il s'agit véritablement d'une évolution globale, qui n'est pas spécifique à notre profession, multifactorielle, qui nécessite des réponses multiples.

## **UN INTERVENANT**

Concernant l'attractivité de notre profession, je souhaite mentionner les chiffres du cru 2010 de l'IFMK de Rennes : 4033 étudiants se sont présentés pour 80 postes à pourvoir, soit un taux de réussite de 2 %. Même le taux d'entrée à l'École Polytechnique est supérieur à ce taux. L'attractivité de notre profession ne se dément donc pas. Nous pouvons certes débattre sur le fait qu'elle soit ou non fondée.

## **Baptiste MICHAUX**

Le problème du recrutement et de l'insertion professionnelle des jeunes diplômés s'explique par divers facteurs. L'un des principaux facteurs est le fait que la plupart des étudiants contractent des prêts afin de payer leurs études : pour un étudiant ayant souscrit un prêt à hauteur de 40 000 euros, avec des traites mensuelles de 400 à 800 euros, il est difficile d'entrer dans un établissement dans lequel le salaire proposé n'excède pas 1 500 euros. Cet élément doit être pris en compte. Le recrutement pourrait certainement être amélioré si les étudiants n'avaient pas besoin de contracter des prêts aussi conséquents et de s'orienter, ainsi, vers le secteur libéral, plus rentable d'emblée.

Il existe par ailleurs un problème démographique, comme l'a mentionné Alain Bergeau. En effet, la Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires prévoit de nouvelles formes de coopération et d'exercices. Il est notamment question de « maisons de santé » pour les professionnels, qui font aujourd'hui débat.

## **François MAIGNIEN**

*Vice-président du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes*

Concernant l'attractivité et les valeurs de la profession, il est un fait que les étudiants souhaitent vivement entrer dans cette profession. Les chiffres le démontrent. Les micros-trottoirs et les diverses enquêtes démontrent que la population a une haute idée de la kinésithérapie. Néanmoins, nous constatons aujourd'hui que les kinésithérapeutes doutent d'eux-mêmes. L'ostéopathie, au contraire, ne doute pas de ses valeurs. La jeune femme dont le témoignage a été diffusé se déclarait déçue par les kinésithérapeutes et les ostéopathes, seuls les « guérisseurs » ayant pu la soulager. Il existe certes un besoin de services. La réelle problématique, cependant, n'est-elle pas avant tout interne à la profession ?

## **Martine ALLAIN-REGNAULT**

Il s'agit d'une très bonne question.



**Camille PETIT**

*Vice-présidente du CROMK Rhône-Alpes*

Je suis étonnée, s'agissant des valeurs, que les termes « engagement » ou « responsabilité » n'aient jamais été mentionnés.

**Christian BOSS**

Je les ai évoqués.

**Camille PETIT**

J'estime ces valeurs extrêmement importantes. Elles positionnent le kinésithérapeute et sa formation d'une manière particulière : le kinésithérapeute a une responsabilité à la fois professionnelle et individuelle vis-à-vis du patient mais aussi vis-à-vis de la profession. A mon sens, un travail de fond doit être mené sur ce sujet.

Dominique PELCA, Président du Conseil Interrégional Ile-de-France – La Réunion  
Je souhaite revenir sur la notion de référentiels. Les référentiels, à mon sens, sont indispensables à la fois pour évaluer et pour faire évoluer la profession. Il importe cependant que ces référentiels soient créés par la profession elle-même. L'enjeu principal est donc la formation initiale et la capacité à conceptualiser et intégrer, dans cette formation initiale, un cursus LMD comme l'évoquait René Couratier.

L'image de la profession passe également par sa capacité à communiquer, non pas seulement sur des perceptions subjectives. La profession doit être capable de dire sur quoi se fondent à la fois les valeurs et les compétences des professionnels, d'évoluer et de rendre transparente cette évaluation.

**Martine ALLAIN-REGNAULT**

Au cours de notre micro-trottoir, au moins quatre personnes que nous avons interrogées nous ont dit que les kinésithérapeutes faisaient réellement des miracles. Dans l'esprit du public, il n'y avait parfois que peu de différence entre le kinésithérapeute et le guérisseur.

**Alain BERGEAU**

Les référentiels sont effectivement fixés par la Haute Autorité de Santé (HAS), à qui la Loi de Sécurité Sociale de 2009 a confié un rôle médico-économique. J'insiste sur le facteur économique : nous avons en effet déposé des amendements demandant que le rôle de la HAS se limite à un rôle médical. Nos propositions n'ont pas été retenues et nous devons appliquer la Loi telle qu'elle est. La HAS a donc toute légitimité pour se prononcer sur les référentiels. Il importe de tirer des leçons de l'avant-dernière Loi de Sécurité sociale : nous devons parvenir à créer une société savante unique qui soit reconnue par toute la profession et à créer, au sein de la HAS, un collège unique qui représente toutes les composantes de la profession. La profession pourra alors, dans le cadre de la mission fixée par la HAS, apporter un avis sur les référentiels.

**Franck GATTO**

*Vice-président du CROMK PACA-Corse*

Concernant les référentiels fixés par la HAS, il importe avant tout de savoir sur quoi se basent ces référentiels. La profession est capable de les accepter ou de les réfuter s'ils ne se basent pas sur des données scientifiques. La HAS a en effet scientifiquement autorité pour poser des référentiels. Elle dispose de budgets spécifiques afin de mettre en place diverses études.

Par ailleurs, à travers les différents thèmes que nous aborderons au cours de cette journée, il serait important de dégager les spécificités qui nous différencient du marabout, de l'infirmière, de la médecine, etc. La différence provient des productions scientifiques, mais aussi des productions scientifiques.

**UN INTERVENANT**

Le micro-trottoir a été réalisé auprès de passants, qui comparaient la kinésithérapie à la médecine généraliste, l'ostéopathie ou encore aux guérisseurs.

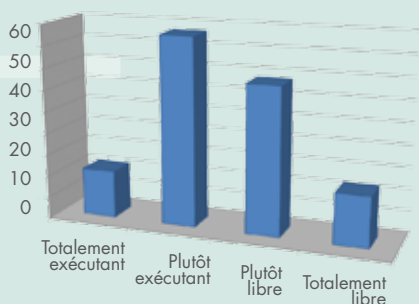


**Engagement  
et responsabilités  
sont des valeurs  
fortes de la masso-  
kinésithérapie**

## Des masseurs kinésithérapeutes se sentent libres dans leur exercice au quotidien

Les questions sur la liberté dans l'exercice et l'autonomie de décision ont bénéficié d'un taux de réponse de 99, %.

La question « D'une manière générale, avez-vous le sentiment d'être dans la position d'un exécutant d'une prescription médicale ou exercez-vous avec la liberté de conduire vous-même votre traitement ? » a mis



en évidence un sentiment de liberté pour la majorité des répondants. En effet, seuls 29,0% se sentent exécutants de la prescription médicale (7,3% « totalement » ; 21,7% « plutôt »), alors que 71% se sentent libres (20,2% « complètement » et 50,8% « plutôt »).

Ce sentiment d'autonomie semble plus important chez les personnes exerçant, à titre libéral ou mixte, mais ce lien n'est pas démontré statistiquement ( $p > 0,05$ , pas de lien statistiquement démontrable).

Type d'exercice	Libre	Exécutant
Libéral	71,1	28,9
Mixte	73,0	27,0
Salarié	67,5	32,5

Nous oublions trop souvent que la rééducation pratiquée par les kinésithérapeutes a une haute valeur ajoutée dans la mesure où elle s'adresse à des patients qui ont de véritables problèmes pathologiques, neurologiques, etc., dans les centres de rééducation et dans les hôpitaux. On ne croise pas ces patients sur les marchés ! Certains kinésithérapeutes les accompagnent durant des années. Je m'adresse également aux physiothérapeutes ici présents, qui ne ressentent pas ce complexe vis-à-vis des techniques de bien-être ou de ré-harmonisation du corps proposées en France par toutes sortes de professionnels et qui ont parfaitement compris qu'après cinq ans d'études, ils peuvent prendre en charge, en accès direct, avec un diagnostic, une physiothérapie, c'est-à-dire la rééducation-réadaptation dans le cadre d'une véritable maladie. Ne nous faisons pas d'illusion : le Ministère de la Santé publique nous a reçus ici car sa principale préoccupation est que les 66 000 kinésithérapeutes français soient capables, dans l'avenir, d'assurer ces soins essentiels pour la population.

### UN INTERVENANT

Concernant les valeurs, je partage tout à fait le point de vue selon lequel nous devons nous différencier de ceux qui ne sont pas professionnels de santé. En revanche, il ne s'agit pas de se différencier des professionnels de santé. L'article 51 de la Loi HPST évoque les façons dont nous pourrions travailler ensemble, en complémentarité, avec ces professions, pour une prise en charge globale.

#### Yvan TOURJANSKY

*Conseiller national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes*

Je souhaite évoquer l'image de la profession parmi les professionnels de santé. Le micro-trottoir a en effet été réalisé auprès de patients. Les enquêtes ont démontré que notre profession avait une excellente image auprès du public et des patients. En revanche, l'image que nous avons de nous-mêmes est peut-être la même que celle des autres professionnels vis-à-vis de nous. Il convient à mon sens de mener une réflexion sur notre image vis-à-vis des professionnels de santé et notre place et nos valeurs au sein des professions de santé.

#### Franck GATTO

La différenciation est essentielle pour notre profession. Il importe de mettre en valeur ce qui nous est spécifique pour ne pas nous faire prendre nos compétences auprès des personnes âgées, dans tous les cadres de réadaptation cardio-respiratoire etc., notamment par les infirmiers. Les soins liés à la mucoviscidose doivent par exemple, à mon sens, être réservés aux masseurs-kinésithérapeutes. Cette différenciation est d'autant plus primordiale qu'elle nous permettra de nous autonomiser.

#### Baptiste MICHAUX

De nombreuses interrogations ont été soulevées sur la responsabilité, la collaboration, le cœur de métier de notre profession, etc. Notre formation est en cours de modification pour être intégrée au LMD. Le LMD proposant une approche par compétences, il est nécessaire que nous définissions nos compétences, qu'elles relèvent de notre cœur de métier ou soient transversales à d'autres professions. Ainsi, l'éducation du patient peut être une compétence de divers professionnels de santé.

La notion de collaboration avec d'autres professionnels de santé semble faire peur à notre profession, qui souhaite préserver son domaine de compétences. Une définition par compétences nous permettrait d'avoir une vision plus globale de toutes les autres professions de santé et de la nôtre, afin de pouvoir envisager de travailler ensemble dans le but



unique de prendre en charge et soigner le patient. C'est certainement cette peur qui a bloqué, depuis 1946, les différentes réformes de la formation de kinésithérapeute. Ainsi, cette peur nous a empêchés d'aller suffisamment de l'avant et de prendre de grandes mesures de réflexion sur notre formation et sur nos compétences. Les étudiants sont souvent qualifiés de naïfs car ils n'éprouvent pas cette peur ; leur naïveté et leur envie d'aller vers l'avant leur permet d'apporter des propositions concrètes et solides pour revaloriser la profession.

**Martine ALLAIN-REGNAULT**

Il s'agit donc de ne pas être sur la défensive et d'aller de l'avant, c'est-à-dire, comme le disait Sénèque, d'oser pour que les choses soient moins difficiles.

**UN INTERVENANT**

Toutes ces interventions démontrent qu'un certain nombre de tensions s'exercent dans nos images et dans nos valeurs. Nous sommes certes, historiquement, issus du monde relativement occulte des guérisseurs. Mais depuis plus de 20 ans, la profession recrute quasiment exclusivement des étudiants issus de filières scientifiques. Il existe donc un certain tiraillement. La patiente mécontente dont le témoignage a été diffusé ne nous reproche pas notre manque de scientificité, mais avoue néanmoins à demi-mot consulter des guérisseurs, ce qui nous renvoie à notre contradiction : la société, globalement, nous demande d'être plus scientifiques et de prouver la qualité de nos valeurs, tandis qu'un certain nombre de patients déplorent que nous devenions plus scientifiques, ce qui ne correspond pas à l'image qu'ils avaient de nous. Notre malaise et nos contradictions s'expliquent ainsi. 80 % des masseurs-kinésithérapeutes sont fiers d'exercer cette profession, mais 70 % indiquent avoir peur de l'avenir.

**Dominique DUPOND**

*Président du CDOMK 49 (Maine-et-Loire)*

Je rebondis sur la question de l'attractivité de notre métier. Le problème tient au fait que, de plus en plus, notre cœur de métier est la rééducation en milieu salarial. Or, de plus en plus, ce sont des étrangers parlant à peine français qui exercent ce cœur de métier. Ceci suscite une certaine inquiétude car, dans certains établissements, seul le kiné-cadre parle correctement français.

**Martine ALLAIN-REGNAULT**

Il serait intéressant que nos invités étrangers réagissent à ces interventions.

**Guy THOMMES**

*Président Luxembourg*

Nous sommes, au Luxembourg, particulièrement inquiets. Nous comptons en effet de très nombreux kinésithérapeutes allemands qui ne comprennent pas un mot de français alors que la plupart des prescriptions sont libellées en Français. Ceci représente un réel problème. Le ministère de la Santé hésite à réagir suite à la Directive générale 2005-36 de l'Union européenne. Nous avançons sur ce sujet et soumettrons ces kinésithérapeutes à un test de législation et de langue avant de les laisser exercer, au moins dans le secteur libéral.

Concernant nos valeurs, il importe que nous nous remettions constamment en question.

**Lucie FORGET**

*Présidente et directrice générale de l'Ordre Professionnel de la Physiothérapie du Québec (OPPQ)*

A l'écoute de ces interventions, je constate de nombreuses similarités avec la situation canadienne. Les valeurs de la profession sont communes à nos pays. Il existe cependant une différence considérable entre le fonctionnement de la profession en France et au Québec. La conception même de la formation est totalement différente entre nos pays. J'ai pris quelques notes sur les doutes des kinésithérapeutes et l'image qu'ils se font de leurs propres compétences. Il existe diverses façons de pallier ces doutes, notamment en donnant aux kinésithérapeutes, lors de formations, des outils d'analyse de chaque geste théra-





peutique. Cette analyse réflexive, comme nous la définissons au Québec, est essentielle. Nous sommes passés d'une formation de trois années en université à une formation de quatre années et demie. Il s'agit de donner à nos professionnels la capacité d'auto-analyser chaque geste thérapeutique effectué afin de se donner les outils d'améliorer sa pratique au jour le jour.

**Jean-Michel LARDRY**

*Directeur de l'IFMK Dijon*

Est-il prévu, dans l'avenir de notre profession, de changer notre titre ? La France est en effet l'un des rares pays au monde à intituler notre profession la kinésithérapie alors que cette profession s'intitule partout ailleurs physiothérapie.

J'ai apprécié l'intervention d'Alain Bergeau, qui a bien situé la kinésithérapie dans les métiers de santé. Je partage entièrement son avis. Pour l'avenir, est-il possible de créer une profession de santé qui soit aussi une profession du bien-être ?

Enfin, est-il envisageable que nous nous battions tous ensemble pour enfin obtenir la mise en place d'une quatrième année d'études, qui nous permettrait de nous situer très favorablement dans le cadre d'un LMD ?

**Martine ALLAIN-REGNAULT**

Nous répondrons à votre dernière question ultérieurement, lorsque nous traiterons le sujet de la formation.

**Alain BERGEAU**

Concernant les approches de nos confrères des différents pays, je tiens d'abord à souligner qu'il est très difficile, d'une manière générale, de comparer des prises en charge économiques dans différents pays. Les systèmes économiques sont en effet différents. La formation que nous mettons en place aura pour objectif de répondre à ces systèmes. Il convient de se montrer prudents et de ne pas rechercher systématiquement des recettes miracles à l'étranger.

Il a beaucoup été question de la notion de compétences. Il importe que nous abordions notre profession non plus à travers la notion de compétences, mais à travers la notion de missions que notre profession devra relever en termes de santé publique dans les années à venir. Pour effectuer ces missions, les futurs masseurs-kinésithérapeutes devront avoir certaines compétences. Partir sur une base de missions partagées par plusieurs professions nous faciliterait la tâche. Si nous nous limitons à parler de compétences, nous rencontrerons plus de difficultés. Une compétence ne peut en effet être transférée d'une profession à une autre que si elle a été acquise en amont. Une approche transversale, basée sur les missions du kinésithérapeute dans les années à venir, me semble fondamentale dans l'approche de l'évolution de notre profession et de sa formation initiale.

**Pascale POIRET-MOREL**

*Trésorière du CDOMK 15 (Cantal)*

A mon sens, pour que nous conservions nos compétences et que nous effectuions correctement nos missions, il importe que plus de kinésithérapeutes soient formés. Nous manquons aujourd'hui cruellement de kinésithérapeutes en Cantal pour effectuer nos missions. La valeur et l'image des kinésithérapeutes ne sont pas du tout les mêmes en milieu rural et en milieu citadin. Les patients attendent beaucoup de nous en milieu rural. Les jeunes kinésithérapeutes, comme les jeunes médecins, ne souhaitent pas partir travailler dans les campagnes. Ils ne souhaitent pas avoir à parcourir de nombreux kilomètres, à dispenser des soins à domicile,



à affronter les rigueurs de l'hiver, à effectuer de nombreuses heures supplémentaires, etc. Aujourd'hui, les jeunes kinésithérapeutes souhaitent avant tout gagner rapidement leur vie. Il est essentiel de former plus de kinésithérapeutes.

**Martine ALLAIN-REGNAULT**

Que suggérez-vous pour faire venir les kinésithérapeutes à la campagne ?

**Pascale POIRET-MOREL**

Toutes les idées sont les bienvenues. Je cherche un kinésithérapeute depuis le mois d'octobre 2009 pour remplacer un collègue qui est parti. Son successeur pourrait avoir d'emblée un carnet de rendez-vous complet. Il est essentiel de former immédiatement des kinésithérapeutes.

**Martine ALLAIN-REGNAULT**

Le nombre d'étudiants en kinésithérapie s'est établi à près de 6 000. Il semble avant tout qu'il se pose un problème de répartition géographique des kinésithérapeutes, formés en nombre suffisant.

**Pascale POIRET-MOREL**

Nous nous battons toute l'année pour trouver des remplaçants !

**Martine ALLAIN-REGNAULT**

Vous soulevez une question essentielle : faudra-t-il, à terme, imposer des localisations géographiques aux kinésithérapeutes ou faciliter leur installation dans les régions où il existe un réel manque de kinésithérapeutes ?

**Alain BERGEAU**

Je souhaite citer deux chiffres. En 1990, la France comptait 39 000 kinésithérapeutes. Elle en compte aujourd'hui 70 000. Depuis 20 ans, le nombre de kinésithérapeutes a donc été pratiquement multiplié par deux en France.

Par ailleurs, en 2002, 1 485 kinésithérapeutes ont été diplômés. En 2010, 2 139 kinésithérapeutes seront diplômés. Nous avons donc augmenté de 50 % en huit ans le nombre de jeunes diplômés. Nous ne tenons de plus pas compte des kinésithérapeutes formés en Belgique ou ailleurs, qui viennent exercer en France. Le nombre de professionnels masseurs-kinésithérapeutes a donc évolué très favorablement en France. Le principal problème est une question de répartition géographique des kinésithérapeutes. Il convient de parvenir à assurer une répartition homogène des kinésithérapeutes sur l'ensemble du territoire. Ce problème touche néanmoins le sujet sensible de la liberté d'installation.

**Martine ALLAIN-REGNAULT**

Il s'agit avant tout d'un problème d'attractivité. Dans certains pays, les professionnels de santé peuvent bénéficier durant deux ans de certains avantages, notamment fiscaux, s'ils acceptent de s'installer dans certaines régions.

Y a-t-il, dans l'assemblée des kinésithérapeutes salariés ou libéraux qui n'auraient pas, comme la plupart des personnes intervenues dans le débat, une fonction de président ou vice-président de Conseil régional ou départemental de l'Ordre ?

**Hugues CHASSANG**

*Président du CDOMK 80 (Somme)*

Je suis masseur-kinésithérapeute avant d'être président d'un Conseil de l'Ordre. J'évolue sur le terrain, en milieu rural, dans une région sinistrée. Je m'interroge depuis très longtemps sur la répartition des masseurs-kinésithérapeutes sur le territoire français. La solution ne serait-elle pas simplement la carte sanitaire ? En effet, tous les procédés incitatifs ont échoué, tant chez les médecins que chez les kinésithérapeutes. Des solutions telles que l'aide à l'installation ou le versement des primes ont été évoquées. Les choses n'ont pas avancé. Dans la Somme, les jeunes kinésithérapeutes viennent faire leurs études et repartent ensuite dans des régions plus attractives. Ces jeunes gens sont avant tout à la recherche de loisirs et d'une bonne qualité de vie.

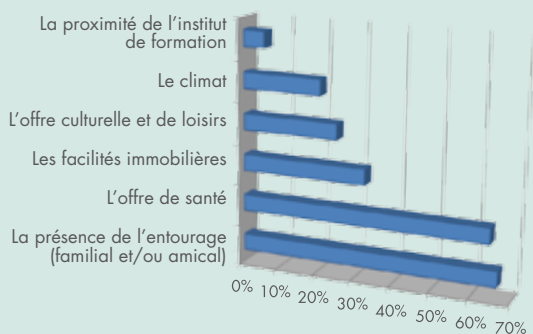
**Il convient d'assurer  
une répartition  
homogène des  
kinésithérapeutes  
sur l'ensemble  
du territoire**



## Le choix du lieu d'exercice guidé par la présence de l'entourage et l'offre de santé

A la question « Quelles sont pour vous les éléments d'attractivité à exercer dans un bassin de santé donné ? ». A cette question, 98,1% des personnes ont répondu ; deux réponses dominent « la présence de l'entourage (familial et/ou amical) » et l'offre de santé recueillant respectivement 66,4% et 64,1% des réponses exprimées. Les facilités immobilières (32,3%), l'offre culturelle et de loisir (24,9%) et le climat (20,4%) constituent les autres éléments de motivations exprimés. La proximité de l'institut de formation initiale n'est choisie que par 5,6% des répondants.

Chez les plus jeunes diplômés, la présence de l'entourage est encore plus souvent exprimée comme déterminante comme élément d'attractivité : 73,9% chez les diplômés 2000-2005 et 74,9% chez les diplômés 2006-2010, contre 56,4% chez les diplômés avant 1970. De même, l'offre culturelle et de loisir est citée respectivement 30,8%, 31,3% des diplômés 200-2005 et 2006-2010 et par seulement 20% des diplômés avant 1970.



## Martine ALLAIN-REGNAULT

Les patients les intéressent-ils ?

## Baptiste MICHAUX

Le nom de la profession me semble être un sujet anecdotique par rapport aux compétences et missions de la masso-kinésithérapie. Il est vrai que la plupart de nos confrères internationaux sont physiothérapeutes. Cette question n'est cependant pas essentielle.

Concernant la formation et les valeurs, il est clair qu'en revalorisant les formations, nous revalorisons les valeurs. Si nous réformons d'emblée la formation, nous pourrions faire évoluer les valeurs et l'attractivité de la profession.

Il a été question d'une peur d'un certain envahissement. Rappelons que la France appartient à l'Union européenne et que la liberté de mouvement y est réglementaire. Si nous définissons clairement ce que nous sommes et nos compétences, en revalorisant notre profession, cette peur de l'envahissement pourrait s'estomper. Dans certains autres pays de l'Union européenne, cinq années d'études sont nécessaires pour être diplômé. Si nous gommions ces différences, nous pourrions développer cette mobilité et permettre aux kinésithérapeutes français d'aller exercer dans d'autres pays, ce qui n'est aujourd'hui pas possible car notre formation n'est pas assez valorisée au niveau international.

Il a été question de mesures coercitives ou incitatives destinées à favoriser la répartition géographique des kinésithérapeutes. Je souhaiterais connaître les statistiques de l'IFMK d'Amiens : les 40 étudiants de l'IFMK quittent-ils tous la région une fois diplômés ?

Enfin, il a été dit que les mesures incitatives ne fonctionnaient pas. Il y a quelques mois, lors d'un colloque de l'ONDPS (Observatoire national de la démographie des professions de santé), cette question a été évoquée. Les étudiants en kinésithérapie, les internes en médecine générale, les étudiants en sage-femme, etc. ont déploré l'absence de communication sur de telles mesures incitatives. Le site de l'Ordre ne promeut aucune mesure incitative. La CNAM ne les mentionne pas non plus. Aucun site ne recense les mesures incitatives existant sur le territoire français.

## Alain BERGEAU

Le sujet de la démographie est un dossier complexe, qu'il convient d'aborder avec humilité. Il existe deux types de mesures incitatives : des mesures conventionnelles, négociées, et des mesures d'État, liées à l'aménagement du territoire. Dans le cadre conventionnel, les mesures incitatives sont liées aux mesures désincitatives : il s'agit d'une approche globale de la démographie des professions de santé. L'UNCAM part du principe que les zones à hyperdensité engendrent une hyperconsommation médicale. Ainsi, pour diminuer cette consommation médicale, l'UNCAM prend des mesures désincitatives pour empêcher les professionnels de santé de s'installer. Toutes les autres professions de santé sont encore attachées à la liberté d'installation, pilier, à mon sens, de l'exercice libéral. Je suis intimement persuadé qu'obliger les jeunes diplômés à exercer dans des régions totalement défavorisées ne fonctionnera pas. Il convient de respecter ces jeunes gens. Par ailleurs, il est un fait que les jeunes ne se stabilisent et ne s'installent, en général, qu'autour de 35 ans. Auparavant, ils bougent énormément. 70 % des étudiants sortis de la faculté de pharmacie de Nantes restent dans un rayon de 30 kilomètres autour de Nantes : dans cette situation, la question est plutôt de les amener à s'éloigner de la ville.





**Denis LAMOUREUX**

*Président du CROMK de Basse-Normandie*

Mes confrères de Basse-Normandie ici présents pourront témoigner de notre petite expérience concernant l'attractivité et la démographie des professionnels de santé. Il y a environ quatre ans, les professionnels médecins libéraux se sont penchés sur le problème de nos départements ruraux qui subissaient le départ de nombreux médecins, avec une courbe démographique catastrophique. A leur initiative, une charte partenariale a été signée pour la création de pôles libéraux de santé ambulatoire. La signature de cette charte nous a valu la visite de Madame la Ministre. Nous avons mis en place récemment les premiers pôles de santé libéraux. Nous mesurerons leur attractivité prochainement. Ce partenariat avec l'ensemble des collectivités territoriales et l'administration nous permet de créer, dans des zones bien identifiées et des bassins de vie, des regroupements de professionnels de santé, et de disposer d'unités pluriprofessionnelles capables d'apporter une réponse adaptée à l'ensemble de la population. Cette courte expérience a été reprise dans les États Généraux de la Santé par le Ministère et déployé selon diverses formules.

**Martine ALLAIN-REGNAULT**

Des regroupements de communes permettent la création d'équipes pluridisciplinaires dans certaines zones défavorisées, mais pas partout. Comment cela s'explique-t-il ?

**Alain BERGEAU**

Il convient de distinguer maisons de santé et pôles de santé. Derrière le terme générique « maison de santé » employé ici au Ministère, il convient de définir au mieux la notion de pôle de santé. Il est fondamental que les professionnels de santé aient d'abord un projet de santé. Le projet immobilier de maison de santé doit être la conséquence de ce projet de santé. Il est essentiel de ne pas déséquilibrer l'existant par la création d'un pôle de santé. Nous nous heurtons encore, avec le Ministère, à des problèmes juridiques et sociaux : il est impossible de savoir sous quelle forme les subventions sont versées à ces maisons ou pôles de santé et quelles sont les conséquences de ces versements. Des expérimentations doivent être menées à partir de projets de santé. Il s'agira de l'un des éléments qui permettront d'apporter une réponse concrète au problème de la démographie des professionnels de santé.

**Chantal LORAINE**

La mise en place de pôles de santé semble certes essentielle pour faciliter l'installation des professionnels de santé dans des zones où leur démographie est insuffisante. Il importe néanmoins de respecter la structure existante du praticien déjà en place qui exerce en mono-praticien, en exercice libéral et qui doit conserver le libre choix de son mode d'exercice.

**Stéphanie PALAYER-MICHEL**

*Présidente du CDOMK 84 (Vaucluse)*

Concernant la démographie des kinésithérapeutes en France, une étude a-t-elle été menée pour déterminer si les jeunes vivant dans les zones où les kinésithérapeutes ne sont pas assez nombreux ont la possibilité d'accéder aux études de kinésithérapie ? L'accessibilité à la formation de masseur-kinésithérapeute pourrait être facilitée pour ces jeunes. L'étude qui nous a été remise révèle en effet que les étudiants en kinésithérapie ont envie de rester proches de leur famille et de leurs amis.

**Christian THEURIN**

*CDOMK 45 (Loiret)*

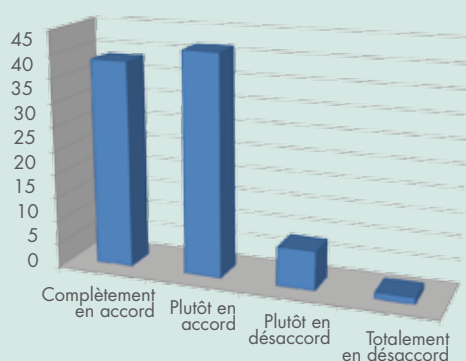
Je suis kinésithérapeute en libéral à 100 %. J'exerce en milieu rural comme beaucoup d'entre nous et je rencontre les mêmes problèmes que ceux préalablement mentionnés. Dans le Loiret, le Conseil général de l'Ordre a mené, avec



## Les masseurs kinésithérapeutes souhaiteraient d'avantage d'autonomie

« Aspirez-vous à davantage de responsabilités dans le cadre de la coopération des professions de santé ? »

98,8% des personnes ont répondu à cette question. Une écrasante majorité (90,3%) répond positivement à cette proposition en s'estimant « complètement en accord » (43,6%) ou « plutôt en accord » (46,7%). Seuls 1,4% s'estiment « totalement en désaccord » et 8,3% « plutôt en désaccord ».



l'école d'Orléans, un travail extraordinaire pour que des étudiants de l'Ecole d'Orléans soient accueillis chez les kinésithérapeutes libéraux, en particulier chez les kinésithérapeutes libéraux ruraux. Il s'agit à mon sens d'une très bonne initiative, qui peut encourager l'installation des jeunes diplômés en milieu rural. Par ailleurs, le fait de recruter localement me paraît être une excellente initiative. Il est vrai que nous rencontrons de nombreuses difficultés pour attirer de jeunes kinésithérapeutes. J'ai été amené à travailler avec un jeune kinésithérapeute roumain, qui n'avait malheureusement pas toutes les compétences que nous attendions et que nous avons donc dû former. Nous recherchons toujours de jeunes kinésithérapeutes locaux. Il importe de trouver des solutions pour aider des jeunes. En milieu rural, les populations ne sont très fortunées. Les jeunes gens n'osent pas se rendre à Paris pour étudier. Recruter des jeunes gens et les aider dans leur formation, en finançant leurs études à condition qu'ils restent par la suite dans le département serait une très bonne idée.

**Philippe SAUVAGEON**

Je reviens sur l'intervention de Stéphanie Palayer-Michel. Aujourd'hui, la plupart des instituts recrutent par P1. Notre recrutement, au contraire, est régional : tous les étudiants de l'IFMK de Marseille proviennent de la région PACA. L'IFMK de Rennes, par exemple, recrute en concours classique des étudiants postulant depuis toutes les régions de France. En PACA, les départements des Alpes de Haute-Provence (04) et des Hautes-Alpes (05) sont des départements ruraux et peinent aujourd'hui à recruter des kinésithérapeutes. Des dispositifs ont été mis en place pour favoriser l'attractivité de la région, avec un système de contrats d'apprentissage avec des établissements publics ou privés. Des Conseils régionaux, comme celui de la PACA, accordent par ailleurs aux nouveaux diplômés une prime de 300 euros par mois s'ils s'engagent à travailler pendant un an dans les établissements publics. Ces mesures ne rencontrent qu'un succès modéré. Les étudiants souhaitent en effet un retour sur investissement rapide, en particulier s'ils ont souscrit à des prêts pour financer leurs études.

**Martine ALLAIN-REGNAULT**

Peut-être conviendrait-il d'augmenter la somme proposée à ces jeunes diplômés.

**Baptiste MICHAUX**

Il est certain qu'une coopération est nécessaire pour développer l'attractivité dans les milieux ruraux. Les maisons de santé pluriprofessionnelles, qui ont fait l'objet d'un rapport dernièrement, sont l'une des multiples façons possibles de coopérer. Une maison de santé pluriprofessionnelle doit reposer sur un projet de santé, construit en commun, avec les professionnels de santé, et sur une structure physique, immobilière, qui puisse les accueillir et les regrouper. Les maisons de santé ne sont néanmoins pas l'unique solution existante. J'insiste sur le fait qu'il ne revient pas à la collectivité territoriale de créer sa maison de santé et de rechercher des professionnels de santé à accueillir dans cette structure. Ce procédé ne fonctionne pas.

Très prochainement doit être annoncée, au niveau du Ministère de la Ruralité et du Ministère de la Santé, la création de 250 maisons de santé financées à hauteur de 50 à 100 000 euros par maison, avec une revalorisation du territoire. En effet, la revalorisation de la dimension Santé doit s'accompagner d'une revalorisation du service public. Il ne suffit pas d'implanter des professionnels de santé dans un milieu rural pour le rendre plus attractif.



## UN INTERVENANT

Je souhaite apporter un point complémentaire concernant la formation. Il est question de développer la formation. Il s'agit de pouvoir développer un stage clinique pur. L'expérience que nous apportent les médecins généralistes est intéressante : le fait d'effectuer un stage de longue durée dans une région dans laquelle l'étudiant n'a jamais vécu permet de mieux s'inscrire dans ce territoire. Un kinésithérapeute formé à Vichy ne connaît en effet pas réellement la vie dans le Cantal. Le fait de pouvoir effectuer un stage long, de quatre à cinq mois comme les médecins généralistes, permet de s'inclure dans le paysage rural et de commencer à créer un tissu social. Ce stage peut devenir un élément de fixation des jeunes professionnels sur ces territoires. Il ne s'agit pas simplement d'allonger la durée des études par principe : de tels stages auraient des effets intéressants sur la démographie des kinésithérapeutes en France.

**Tristan MARECHAL**, *masseur-kinésithérapeute*

Nous faisons tous, collectivement, un choix sociétal d'urbanisation pour nous agglutiner dans ces grandes conurbations urbaines. Il semble que nous découvrons, soudainement, qu'une partie de la population française vit en milieu rural. Même l'État se désengage des milieux ruraux : les bureaux de Poste ferment, aucune aide n'est accordée aux petits commerces, etc. Est-ce à notre profession de porter le tribut de ce choix sociétal ? Est-ce notre devoir, en tant que professionnels de santé participant à une forme de service public ?

Je reviens sur les mesures d'incitation et de coercition destinées à améliorer la démographie des kinésithérapeutes sur le territoire français. Il est faux d'affirmer que de réelles mesures d'incitation, combinant tous les responsables au niveau de la gouvernance, ont été prises. Même les jeunes originaires des milieux ruraux effectuent leurs études dans une zone urbaine. Après trois à quatre années d'études sur les campus, ce sont tous de jeunes urbains, qui ont tous envie de profiter, comme tous leurs concitoyens, du bonheur de vivre dans une zone urbaine. Pour les faire retourner en région, il faudrait prendre en charge le coût d'une vie en ruralité tout en profitant pleinement des avantages du milieu urbain : il serait nécessaire de leur accorder au minimum 30% de revenus supplémentaires. Il convient donc de créer des zones franches médicales, de façon définitive, et non des accompagnements provisoires à l'installation.

Peu de jeunes diplômés se dirigent vers le salariat car les salaires sont scandaleusement bas. Pour résoudre le problème du coût des études, il faut favoriser les partenariats entre les collectivités locales et territoriales et les hôpitaux de façon à ce que les études soient totalement prises en charge et à ce que ces jeunes gens puissent ensuite rendre un service durant deux à trois ans avant de passer dans le secteur libéral. Si ces jeunes gens ont exercé en hôpital rural durant deux à trois ans, il est possible qu'ils s'installent par la suite en ruralité.

**Jean-Jacques MAGNIES**

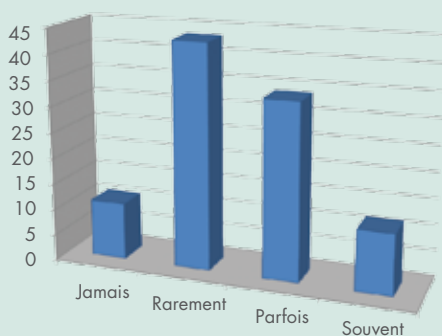
*CDOMK 59 (Nord)*

Concernant ces problèmes de démographie et de désertification rurale, je n'ai jamais pensé qu'installer un mini-hôpital dans un endroit désert permettrait de mailler mieux un territoire. J'ai toujours été un adepte du libéralisme individuel, que je considère comme une très bonne façon de mailler un territoire. Il se pose certes des problèmes d'attractivité pour certains territoires. La profession de masseur-kinésithérapeute est liée à la prescription du médecin : là où il n'y a plus de médecins, il n'y a plus de masseurs-kinésithérapeutes. Nous constatons aujourd'hui que d'autres professions frappent à la porte : des ostéopathes, des chiropracteurs, etc. Ces artisans, qui ne sont pas professionnels de santé, ont le droit de recevoir non pas des patients ou des malades, mais des clients, et de les soigner en première intention, sans prescription. Nous n'en avons pas le droit. Nous devons donc absolument nous libérer de cette prescription. Certains



## Les freins à l'autonomie de la part de prescripteurs ne sont pas fréquents

A la question « Ressentez-vous des freins à votre autonomie de décision et à votre marge de manœuvre thérapeutique à cause de prescriptions trop directives de la part des médecins prescripteurs ? »



54,3% des répondants ne sentent pas ou peu de freins à leur autonomie de la part des médecins prescripteurs (11,0% «jamais» et 43,3% «rarement»). A l'inverse, 45,7% des masseurs-kinésithérapeutes ressentent des freins à leur autonomie de décision ou à leur marge de manœuvre : 11,8% «souvent» et 33,9% «parfois».

ont déjà formulé cette demande. Il importe que nous soyons entendus pour que les masseurs-kinésithérapeutes qui sont encadrés et réglementés, pourchassés par la Sécurité Sociale dès qu'ils dépassent les plafonds d'un AMK ou d'un demi AMK, soient libres de recevoir le patient et de le soigner en première intention pour une majorité de pathologies. Accorder ce droit aux masseurs-kinésithérapeutes sera, à mon sens, un moyen de pouvoir remailler le territoire rural.

### Monsieur PREVOST

*Président du CDOMK Guyane – Amérique du Sud*

La Guyane est le département français le plus pauvre en termes de nombre de kinésithérapeutes, alors que sa population est en augmentation et devrait doubler d'ici 15 ans. Nos médecins ont en moyenne entre 50 et 55 ans. Dans dix ans, ces médecins seront partis en retraite. Nous rencontrons un problème d'attractivité réel. L'école de kinésithérapie de Martinique compte un seul étudiant originaire de Guyane. Deux autres étudiants originaires de Guyane suivent aujourd'hui une formation de kinésithérapie. Ainsi, au mieux, au cours des prochaines années, trois nouveaux kinésithérapeutes s'installeront en Guyane. Nous avons entrepris des démarches auprès du Conseil régional, du Conseil général, des politiques, des maires, des sénateurs et des députés pour leur demander de prévoir des mesures incitatives, fiscales, etc. afin de faire venir de jeunes diplômés en Guyane. Si nous n'attirons pas ces kinésithérapeutes dans les zones à faible densité par une attractivité forte, nous ne résoudrons jamais ce problème. Depuis plusieurs années, je demande aux politiques et aux représentants syndicaux la mise en place d'une cartographie précise des bassins de vie connaissant un réel manque afin que nous nous montrions plus inventifs dans ces zones.

### Martine ALLAIN-REGNAULT

Je souligne l'intérêt de voir ici réunis tous les représentants des différentes Fédérations et associations. En effet, votre union fait la force. Le désir d'invention et le projet d'avenir sont garants de votre avenir. Ne lâchez pas vos efforts.

### Dominique PELCA

*Président du Conseil Interrégional d'Ile-de-France – La Réunion*

J'ai la chance d'être représentant du milieu urbain décrit comme idyllique par Tristan Maréchal. Je souhaite pondérer quelque peu ses propos. Malgré l'urbanité, nous sommes confrontés à des zones de déserts médicaux considérables, au moins aussi importants que dans certaines zones rurales. Il existe, en Ile-de-France, des zones urbaines confrontées à la violence et dans lesquelles il n'est plus possible d'exercer en sécurité. La dualité entre l'urbain et le rural n'est pas forcément la meilleure approche de la démographie des kinésithérapeutes. Il est vrai qu'il convient d'étudier la densité médicale au regard des besoins de la population. Dans ces zones urbaines denses où la démographie professionnelle est extrêmement basse, nous sommes confrontés à une misère réelle et à des besoins de santé considérables. Certains départements franciliens défavorisés concentrent des records de natalité. Certaines personnes âgées ne peuvent plus obtenir l'appui de professionnels de santé et des kinésithérapeutes dont elles ont besoin car elles n'ont pas la possibilité de se déplacer. Il importe d'intégrer, dans la problématique de l'attractivité, ces zones déficitaires en milieu urbain.

### Fanny RUSTICONI

*Secrétaire générale de la FFMKR*

Il est question de démographie en zone rurale. J'exerce personnellement



en ville, où nous rencontrons également des problèmes de démographie. Nous manquons de remplaçants. Nous subissons de plus, en ville, des charges très importantes.

Je souhaite par ailleurs revenir sur le sujet du respect. Nous avons tous, en grande majorité, le respect de notre profession et de la qualité de l'acte que nous mettons en place pour nos patients. Je souhaiterais que le Gouvernement et le Ministère respectent notre profession et nos rémunérations. En zone rurale ou en zone urbaine, en effet, nos rémunérations devraient être liées au coût de la vie. La jeune femme interrogée se déclarait insatisfaite des kinésithérapeutes et des ostéopathes et préférerait consulter plutôt des guérisseurs. Les clients de ces guérisseurs ont-ils plus de respect pour ces charlatans, qui pratiquent des prix extrêmement élevés, que pour les kinésithérapeutes dont la rémunération est, à mon sens, très insuffisante par rapport à la qualité de l'acte qu'ils proposent ?

**François MAIGNIEN**

*Vice-président du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes*

Il est vrai que la solution, concernant la démographie des kinésithérapeutes, doit être multifactorielle. L'attractivité doit être globale. Il n'existe pas de solution miracle. Un jeune diplômé ne peut pas prendre connaissance d'une cartographie des aides matérielles à l'installation. Il n'existe en effet que quelques initiatives locales. Nous ne disposons pas d'une vue globale sur ces aides.

La mise en place de stages longs, rémunérés, au cours des études, dans des maisons ou pôles de santé, autour de professionnels en exercice, est pertinente. En effet, tant que les étudiants restent autour des pôles d'enseignement que sont les IFMK, ils ne prennent pas l'initiative d'aller s'installer plus loin. Il importe donc que, dans le cadre de leur stage pratique, ils s'éloignent de leur IFMK.

Il est prévu que des professionnels de santé effectuent des stages longs sur les pôles mis en place par le ministère de l'Aménagement du territoire, afin de les familiariser avec ces zones.

**UNE INTERVENANTE**

Il a été question d'inventivité et de liberté de prescription. Quid du sujet passionnant mais polémique de la délégation de tâches ? Comment développer nos compétences ? Comment prescrire à des niveaux intermédiaires de la kinésithérapie ?

**Jean-Louis BESSE**

*Conseiller interrégional Ile-de-France – La Réunion*

Je souhaite rebondir sur les propos de notre confrère de Dijon sur notre titre et interpeler notre Président pour lui demander s'il est prêt, aujourd'hui, à accéder à la volonté manifeste de changer notre titre pour passer au titre de physiothérapeute. Est-il possible de prendre, dès aujourd'hui, un engagement vers ce changement ?

**UN INTERVENANT**

Que met-on derrière un titre ? Quelle est la mission du physiothérapeute ? Tout le problème réside dans cette question. Il importe de déterminer quelles sont les missions en termes d'activités remboursées, d'accès direct, d'exercice non conventionné, et quelles modalités d'exercice sont placées derrière le titre de physiothérapeute. Je ne suis pas particulièrement attaché à un titre donné. L'essentiel est l'avenir construit pour les missions de la profession.

**UN INTERVENANT**

Cette discussion n'est pas à l'ordre du jour de ces États généraux. Il n'a été question que très récemment de ce changement d'intitulé éventuel de notre profession. En effet, depuis peu, certains, parmi les syndicats, semblent souhaiter s'approprier un changement de nom sans concertation et sans débat avec l'ensemble de la profession. La moindre des choses serait de nous avertir afin que nous engagions une discussion sur ce sujet.



## **Martine ALLAIN-REGNAULT**

Cette question sera donc à l'ordre du jour des troisièmes États Généraux de l'Ordre.

### **UN INTERVENANT**

Le changement de titre n'est pas un objectif en soi. La dénomination d'une profession doit porter une certaine image. Changer de titre reviendrait donc à changer l'image de la profession. La priorité, aujourd'hui, est de faire évoluer l'exercice de la profession et la formation des futurs professionnels. Le changement de titre, s'il doit advenir, adviendra naturellement. Le terme de physiothérapie est rattaché à un certain nombre d'exigences et d'acquis. L'exercice en accès direct est majoritaire chez les physiothérapeutes. Une formation longue, de niveau master, devient majoritaire chez les physiothérapeutes.

## **René COURATIER**

Il importe de préciser ce que nous souhaitons mettre derrière le terme « physiothérapeute ». S'y ajoute un élément important : ce que porte étymologiquement le terme physiothérapeute n'est pas forcément valorisant pour notre profession, tandis que l'étymologie du terme « kinésithérapie » est plus valorisante. Il nous a été reproché d'avoir souhaité modifier notre titre. Dans les différents dossiers sur lesquels a travaillé l'Ordre, il a à plusieurs reprises comparé les études de masso-kinésithérapie en France et de physiothérapie ailleurs. Nous ne souhaitons pas absolument changer le titre de notre profession. Il convient avant tout d'en définir le contenu.

## **Martine ALLAIN-REGNAULT**

Êtes-vous favorables à un changement de nom ?

## **Chantal LORAINE**

Je suis favorable à un changement de nom qui aille dans le sens de l'évolution que nous souhaitons donner à notre métier, sans réduction du contenu de nos missions. Nous sommes également masseurs, donnée qui ne se retrouve pas dans le terme « physiothérapeute ».

## **Philippe SAUVAGEON**

Un changement de nom, en l'état actuel des choses, sans modification de la formation, n'apportera rien. Un changement de nom s'accompagnant d'une formation au niveau master serait pertinent.

## **Baptiste MICHAUX**

Il convient, avant d'envisager de changer l'intitulé de notre profession, de s'attacher à ses contenus. La physiothérapie n'est pas l'application d'agents physiques comme le laisserait croire son étymologie. Rappelons que nous nous inscrivons dans la création d'un espace européen d'enseignement supérieur. Il est souvent bon de s'ouvrir à l'international. L'IFPEK de Rennes a accueilli durant toute la semaine le grand scientifique Rob HERBERT sur le sujet de la formation des enseignants.

Sommes-nous attachés à l'intitulé « masseur-kinésithérapeute » ou aux contenus et compétences définies à l'intérieur de cette profession ? La disparition du terme « masseur » n'impliquera pas que nous n'effectuons plus de massages. Le terme « massage » est-il essentiel dans notre qualification de kinésithérapeutes ?

### **UN INTERVENANT**

Ce qui doit arriver arrivera. L'usage précède la loi. Avant 1946, nous étions des masseurs. Pour la loi, notre profession est celle de masseur-kinésithérapeute. L'usage veut qu'on ne parle aujourd'hui que de « kinésithérapeutes ». Dans le monde entier, le terme « physiothérapeute » est employé. Cette évolution est inéluctable.



**Jacques VAILLANT**

*Vice-président du Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes*

Malgré nos résistances, cette évolution adviendra naturellement.

**Christian BOSS**

A titre personnel, je suis contre ce changement d'intitulé et l'imposition du terme « physiothérapeute ». Je souhaite que la profession réfléchisse sur ce sujet. Pourquoi ce terme plutôt qu'un autre ?

**Hervé COCHET**

Nous sommes revenus sur le sujet de l'intitulé de notre profession au lieu de nous interroger sur nos valeurs. Néanmoins, cette réflexion peut nous conduire à réfléchir sur nos valeurs. Les kinésithérapeutes sont à mon sens des ethnologues et sociologues de la société dans laquelle nous vivons. Notre place au sein de cette société pose un certain nombre de difficultés. C'est sur ce sujet que nous devons travailler. La société nous pose plus de souci que notre nom.

**Alain BERGEAU**

Le nom de notre profession me préoccupe moins que son contenu. N'oubliez pas, dans votre réflexion, l'émergence de nouvelles professions. Je vous encourage à lire des dépêches publiées hier suite à la déclaration de la Ministre entendant mettre en place une mission de réflexion sur la création de nouvelles professions entre les paramédicaux et les médicaux.



*De gauche à droite :*

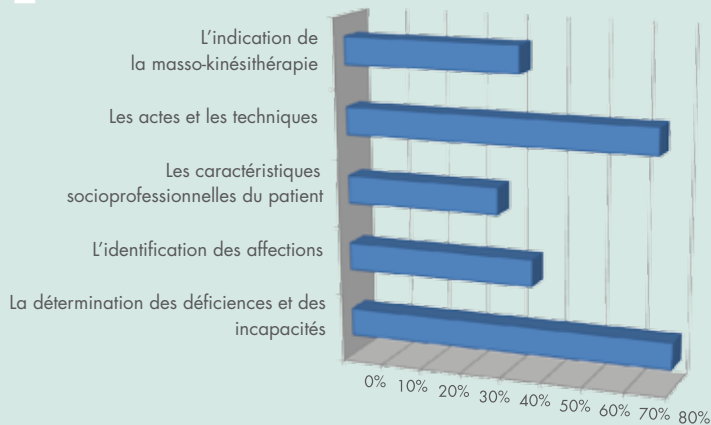
Jacques VAILLANT, vice-président du Conseil national  
René COURATIER, président du Conseil national  
Jean-Paul DAVID, vice-président du Conseil national

# Thème II

**Un diagnostic kinésithérapique fondé sur la détermination des déficiences et des incapacités permettant de déterminer les actes et les techniques**

Pour vous, dans votre pratique, le diagnostic kinésithérapique se fonde sur/ permet de déterminer ? (il était demandé de choisir entre plusieurs propositions).

Pour la grande majorité des masseurs kinésithérapeutes, le diagnostic kinésithérapique est lié à la détermination des déficiences et des incapacités (79,7%) et fonde les actes et les techniques (75,5%). Pour respectivement 45,9% et 42,7% des répondants, il permet l'identification des affections et la détermination de l'indication de la masso-kinésithérapie. Pour un tiers des masseurs kinésithérapeutes, le diagnostic est lié aux caractéristiques socioprofessionnelles du patient (37,5%).

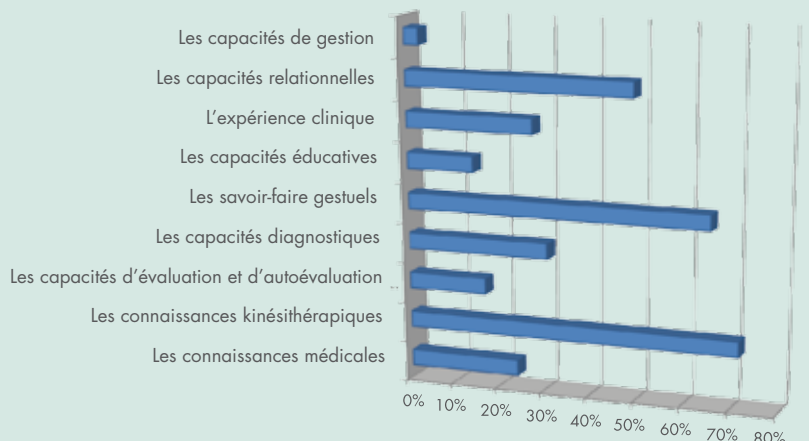


**Les connaissances kinésithérapiques et les qualités gestuelles essentielles à la pratique quotidienne**

Dans votre pratique habituelle, quelles sont les qualités et capacités principales ?

Les connaissances kinésithérapiques et les savoir-faire gestuels sont plébiscités par les masseurs kinésithérapeutes comme étant essentiels à la pratique quotidienne (respectivement 71,5% et 65,4%). Les capacités relationnelles sont également soulignées par 49,2% des répondants. Les capacités diagnostiques (30,7%), l'expérience clinique (27,7%) et les connaissances médicales (24,0%) sont également largement mentionnées. Suivent les capacités d'évaluation et d'autoévaluation (16,9%) et les capacités éducatives (14,6%). Enfin, les capacités de gestion (3,1%) ferment la liste. L'appréciation de l'importance des qualités est liée à l'ancienneté du diplôme.

Education et capacité relationnelle sont plus estimées par les plus jeunes générations. A contrario, la connaissance médicale et l'expérience clinique sont considérées comme plus importantes par les diplômés les plus anciens.





# LES CONDITIONS D'EXERCICE, LA FORMATION

## **Martine ALLAIN-REGNAULT**

Je vous propose de visionner un court film pour clore ce débat. Nous avons interviewé une kinésithérapeute ayant une grande expérience mais reconnaissant les limites de sa formation.

*Un film est projeté.*

« J'ai été, au début de ma carrière, kinésithérapeute à l'hôpital, dans des hôpitaux pour enfants. En parallèle, j'ai développé ma patientèle en kinésithérapie libérale. Avoir une formation continue est très important car la formation que j'ai eue était un peu insuffisante de par la durée des études, un peu courte, et par ce très vaste programme. Je pense que, si on avait un cursus universitaire, ce serait beaucoup mieux pour différentes raisons. La première est que cela permettrait déjà à tous les kinésithérapeutes d'avoir le même discours, en ayant les mêmes bases, car le cursus universitaire est partout le même en Europe. Cela permettrait également d'avoir le même niveau de réflexion que les médecins généralistes et cela nous donnerait une reconnaissance de notre profession par rapport à nos partenaires médicaux. Je trouve qu'il serait mieux d'avoir une reconnaissance en disant que le kinésithérapeute est capable de faire telle ou telle chose et qu'il soit considéré comme un partenaire plutôt qu'un ouvrier.

Par rapport au monde médical ou au monde de la santé, je trouve qu'on est un peu oubliés. »

*Les débats sont suspendus durant la pause déjeuner.*

## **Martine ALLAIN-REGNAULT**

Je vous propose de rouvrir les débats sur les témoignages de deux jeunes femmes kinésithérapeutes, l'une libérale, l'autre salariée. Le hasard a fait que ces deux kinésithérapeutes exercent en pédiatrie. Les femmes représentent près de la moitié des kinésithérapeutes. Elles sont semble-t-il sous-représentées dans cette assemblée.

« Au Cabinet, on est surtout spécialisés en pédiatrie. On a beaucoup de patients Hémiplegie, plexus brachial, IMC, pas mal de respi pédiatrie. C'est un patient par demi-heure. Les rendez-vous s'enchaînent tout au long de la journée.

Avec les enfants, c'est très sympa. Ça passe par le jeu, un lien assez particulier se créé. On les garde longtemps, de deux-trois mois à cinq-six ans, voire plus.

Ce qui me plaît le plus aujourd'hui, c'est peut-être la liberté que j'ai dans mon métier de pouvoir « choisir » ma patientèle, la pédiatrie en particulier, et ce contact privilégié avec les enfants.

Ce qui me plaît le moins, ce sont peut-être les horaires et le rythme très soutenu que nous avons ici.

J'ai choisi de travailler en cabinet libéral également par rapport au salaire. En effet, le travail en milieu hospitalier est super intéressant et il y a beaucoup de choses à faire, mais il y a aussi beaucoup à faire dans le milieu libéral.

Je travaille depuis un an et j'ai eu le temps, en un an, de réaliser qu'à l'école, on nous apporte la base et qu'après il faut se cultiver, lire, écouter des conférences, être attentifs aux publications qui sortent, etc. L'école nous apprend à écouter.

Le fait de suivre une formation continue de manière individuelle demande beaucoup d'investissement personnel et représente un coût car les conférences et formations sont payantes. Le temps des formations est pris sur notre temps de travail.

J'ai l'impression que, lorsque les patients viennent chez le kiné, ils viennent pour leur problème de santé, puis, de fil en aiguille, on parle, on discute, le dialogue s'installe, on parle de choses et d'autres. On a parfois l'impression que c'est vraiment important pour eux. Les médecins nous prescrivent des séances de rééducation, mais parfois pas sous la bonne formulation et en nombre de séances suffisant, même si une réforme stipulant que le médecin n'est plus obligé d'indiquer un nombre de séances est passée. Les médecins nous font des prescriptions et nous laissent tous seuls dans la nature, sans pouvoir réellement dialoguer avec eux. Ils ne sont pas vraiment faciles d'accès. On se sent l'ouvrier, la caisse à outils du médecin.

L'accès aux soins de rééducation, le fait que le patient doive aller chez le médecin, ça a du bon car, comme ça, on a un interlocuteur en face et du médical derrière. On peut avoir accès au dossier, aux radios, etc. Après, certaines pathologies pourraient se passer de médecins.

La formation est de trois ans en France. Elle est de quatre ans en Belgique avec un master 1, inclus à l'université. L'université serait très intéressante en France pour cet accès à la recherche et pour la revalorisation de la profession et des études. Elle permettrait également une meilleure connaissance de la part des médecins de la profession de masseur-kinésithérapeute. »

« Je suis salariée à l'hôpital. Je travaille à 100 %, c'est-à-dire à plein temps sur l'Hôpital Robert-Debré au sein d'une équipe de 13 kinésithérapeutes ETP qui travaillent sur tout l'hôpital (16 kinésithérapeutes en présentiel).

J'interviens essentiellement aux urgences pour des pathologies dites aiguës et sur le plan respiratoire. Ce sont des pathologies de type bronchiolite, des enfants passant aux urgences et pouvant atterrir au service de réanimation pédiatrique.

Mon choix était de me diriger vers l'hôpital public en tant que salariée, essentiellement pour l'attractivité du travail et la diversité des pathologies dont les enfants sont atteints à Robert-Debré.

Ce qui me plaît le plus dans le métier, c'est la diversité des pathologies offerte par l'Hôpital.

Ce qui me plaît le moins dans le métier, c'est le salaire (rires) et la charge de travail. Un kinésithérapeute peut avoir un salaire triple de celui du salarié dans le monde libéral. La charge de travail est relativement conséquente. Les heures supplémentaires ne sont pas reconnues et ne sont pas payées. Notre conscience professionnelle nous pousse pourtant à en faire.

Nous agissons sous prescription médicale. Nous n'agissons pas en première instance. Nous attendons d'avoir une prescription médicale. Nous pouvons aller solliciter un médecin si nous estimons qu'un enfant nécessite une séance de kinésithérapie, mais nous n'interviendrons pas sans prescription médicale. C'est un peu plus facile à l'hôpital dans la mesure où nous avons le dossier du patient, ses antécédents, son parcours de vie. En libéral, ce serait un peu plus difficile dans la mesure où le patient arrive sans rien.

Sur les cours de kinésithérapie, la formation est quand même assez complète. Simplement, c'est une formation de base qu'il faut absolument étayer. Les accès aux études de kinésithérapie après le diplôme sont assez difficiles et non spécialisés. Il existe des formations à titre privé. Nous avons également des formations qui nous sont proposées à l'hôpital. Les formations extérieures sont rarement financées. On manque peut-être un peu de formation en kinésithérapie. Il faudrait aller plus loin au niveau des études. Une année d'études supplémentaire ne serait pas négligeable lors du cursus de kinésithérapie.

Lorsque les gens me disent « Vous exercez une profession manuelle », je dis « Oui, à 50 % ». En effet, il faut allier les mains et la tête. Un bilan en kinésithérapie ne s'effectue pas seulement avec les mains et demande un travail de réflexion, allié à un travail manuel. »

### Martine ALLAIN-REGNAULT

J'espère que ces deux courts témoignages vous ont intéressés. Ces deux jeunes femmes sont nouvelles dans la profession. Elles ont des exercices et des motivations parfois très différentes. Au total, néanmoins, leurs conclusions se ressemblent.





### Chantal LORAINE

Je souhaite réagir sur le témoignage de la jeune femme qui exerce en libéral. Elle déplore le coût de la formation car elle est déjà très prise en termes d'horaires et toute formation supplémentaire représente un investissement. Nous pouvons lui répondre aujourd'hui que la formation continue a évolué et utilise de nouvelles technologies : nous travaillons notamment en e-learning, ce qui laisse au professionnel toute liberté de se former chez lui, au moment où il le souhaite.

### Martine ALLAIN-REGNAULT

Cette kinésithérapeute nous a indiqué travailler de 9 heures à 20 heures.

### Chantal LORAINE

Elle peut donc se former avant ou après son travail, depuis son domicile. Ces nouvelles technologies peuvent lui permettre de disposer d'un peu plus de temps à consacrer à sa formation.

Par ailleurs, cette kinésithérapeute déplore que la profession soit considérée comme une « caisse à outils du médecin ». J'estime ce propos quelque peu réducteur. Nous ne sommes pas la caisse à outils du médecin si nous sommes en mesure de dialoguer avec lui et de présenter un bilan, d'avoir un dialogue avec le médecin, etc. Il importe que cette professionnelle évolue dans ses perceptions.

### Martine ALLAIN-REGNAULT

Cette kinésithérapeute a indiqué n'avoir qu'une année d'ancienneté. Elle a été choisie au hasard car nous l'avons rencontrée dans le Cabinet où nous nous trouvions.

### Chantal LORAINE

Son témoignage reflète certainement beaucoup d'opinions convergentes.

### Baptiste MICHAUX

Je connais personnellement cette jeune kinésithérapeute, qui a été formée à la Pitié-Salpêtrière et ne connaît pas les problématiques financières liées aux études de kinésithérapie.

A mon sens, elle a répondu spontanément aux questions qui lui étaient posées et a réellement exprimé son ressenti, notamment sur l'impression d'être la « caisse à outils » du médecin. En effet, le dialogue entre le médecin et le kinésithérapeute est aujourd'hui quasiment inexistant et s'avère très difficile à mettre en place. De nouvelles formes de coopération entre les professionnels doivent être mises en place. S'agissant de la formation, il est certain que travailler de 9 heures à 20 heures laisse peu de place à la formation continue. Cette jeune kinésithérapeute a souligné ce problème et indiqué que, dès sa sortie du DE, elle a dû suivre de nombreuses heures de formation continue.

### Martine ALLAIN-REGNAULT

Elle a notamment indiqué qu'elle aurait préféré suivre une année d'études supplémentaires. ▶

### UN INTERVENANT

La kinésithérapeute libérale et la kinésithérapeute salariée ont tenu les mêmes propos sur la prescription, l'estimant toutes deux utile car elle permet d'accéder au dossier médical. Cette opinion est très intéressante, car tel n'est pas le but de la prescription. Il est essentiel que nous parvenions à établir un dossier médical partagé, alors qu'un certain corporatisme médical tend à freiner ce partage d'informations. Dans la pratique, à l'hôpital, les praticiens ont tous accès au dossier commun médical, tandis qu'en ville, le patient vient consulter en apportant sa prescription, parfois ses radios, etc. Il est souvent nécessaire d'aller chercher le dossier médical auprès du médecin. La prescription semble finalement ne servir à rien, puisque ces kinésithérapeutes ne semblent pas l'utiliser pour établir un diagnostic.

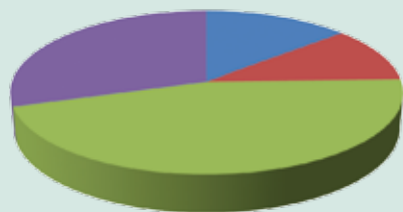
**La formation continue est indispensable pour actualiser les compétences nécessaires à la satisfaction des besoins de la population**

**Les coopérations entre professionnels de santé doivent être développées de manière transversales**

## Un diplôme d'exercice reconnu au moins comme une maîtrise

Pensez-vous que le Diplôme d'État de Masseur-Kinésithérapeute doit se situer dans le système international LMD (Licence-Master-Doctorat) ?

A cette question, 95% des questionnaires étaient renseignés. Si 13,7% des répondants ne voient pas de nécessité de correspondance, les trois-quarts des répondants souhaitent une correspondance de niveau master (45,8% en master 1 ; 29,9% en master 2). 10,9% souhaite une correspondance avec le grade de Licence.



- Sans correspondance
- Licence
- Master 1 (Maîtrise)
- Master 2 (DESS)

### Christian BOSS

Il a été question, à plusieurs reprises, de rémunération, les kinésithérapeutes salariés percevant un salaire considéré comme «ridicule». Il convient cependant de ne pas croire que les kinésithérapeutes libéraux ont des revenus toujours considérables. Je vous rappelle, notamment, que notre lettre-clé est bloquée depuis onze ans, que nos charges ne cessent d'augmenter et que, pour gagner notre vie correctement, nous travaillons 12 à 13 heures par jour, couvrons des urgences en soirée et le week-end, etc.

### Chantal LORAINE

Il y a 35 ans, lorsque j'ai débuté ma carrière, il fallait que je reçoive cinq patients par jour pour parvenir à régler mes charges d'URSSAF, Assedic, caisse de retraite, etc. Aujourd'hui, pour couvrir ces charges, il est nécessaire de traiter 15 patients par jour. Le kinésithérapeute ne commence à travailler pour son propre salaire qu'au-delà de 15 patients par jour. La rémunération du kinésithérapeute libéral est peut-être, à terme, plus importante que celle du kinésithérapeute salarié. Néanmoins, le quota horaire est totalement différent, les libéraux travaillant nettement plus que les salariés, dont la journée de travail s'achève à 17 heures.

### Martine ALLAIN-REGNAULT

La kinésithérapeute salariée a expliqué qu'elle effectuait des heures supplémentaires non rémunérées. Au cours de nos discussions, elle nous a indiqué quitter très rarement son travail à 17 heures.

### Henri LACOMBE

*CDOMK 12 (Aveyron)*

Je reviens sur la question de l'inutilité de l'ordonnance. Les inscriptions qui figurent sur cette ordonnance sont en effet souvent inutiles, car nous sommes obligés d'établir un nouveau diagnostic et un projet de traitement. L'important est ce qui ne figure pas sur cette ordonnance : à partir du moment où une ordonnance est établie, nous supposons qu'il n'existe pas de processus tumoral ou autre. Cela nous couvre. Ainsi, devant une lombalgie dont je ne connais pas l'origine, je préfère travailler avec une ordonnance, même inexacte, que sans ordonnance.

### Alain VESSILIER

*CDOMK 94 (Val-de-Marne)*

J'ai entendu de multiples réflexions critiquant les jeunes kinésithérapeutes, qui souhaiteraient travailler moins que leurs aînés et recherchent un mode de vie plus agréable. Je tiens à rappeler que notre travail est basé sur le relationnel avec les patients et que cette relation se nourrit progressivement. Si la vie du kinésithérapeute est seulement liée au travail et est rythmée de façon quasi stakhanoviste, avec des journées de 15 heures pendant 30 ou 40 ans, la relation avec le patient va s'en trouver sclérosée. Les jeunes arrivent aujourd'hui dans la profession avec une vision différente de la nôtre et souhaitent avoir une vie plus équilibrée ; cela contribuera également à une amélioration des soins.

### Antoine VEZIER,

*Président du CDOMK 50 (Manche)*

Je suis quelque peu déçu par cette journée, car je constate que nous sommes tous d'accord avec ce qui a été dit. Ce sont les politiques qui ont besoin d'entendre nos propos. Or ils sont absents de cette journée, alors qu'ils nous accueillent dans ce Ministère ! Aucun sous-représentant n'est présent ! Sommes-nous encore moins importants que les affaires peu importantes du Ministère ? Je suis déçu.



## UN INTERVENANT

Je vous rappelle que nous tenons aujourd'hui les États Généraux de la Masso-kinésithérapie. Le Ministère nous accueille dans ses locaux. Nous n'avons pas convié les politiques, les autres professions de santé ou encore l'Assurance-maladie à ces États généraux. Si la Ministre de la Santé vient nous rendre visite, il s'agira d'un signe élégant de sa part. Cependant, si vous avez besoin que la Ministre soit présente pour parler de l'avenir de la profession, cela signifie que nous restons de simples auxiliaires. Nous n'avons pas besoin de la présence de la Ministre pour échanger dans le cadre de ces États Généraux de la Masso-kinésithérapie.

### Dominique AKNINE

*Présidente du CDOMK 78 (Yvelines)*

Je vais peut-être sembler être un trouble-fête. Nous sommes entre nous, les politiques étant absents. Je peux donc dire le fond de ma pensée, car la critique est positive. Je souhaite donc critiquer cette journée, comme j'ai critiqué la journée du 22 janvier qui m'avait grandement déçue. Aujourd'hui, nous nous contentons de dresser des constats. Or nous sommes tous représentants d'Ordres, de syndicats ou d'associations et avons déjà dressé ces constats depuis longtemps. Je suis présente depuis ce matin au lieu d'être présente à mon cabinet. Je pensais que nous pourrions, aujourd'hui, faire avancer la profession. Or ces constats ne feront pas avancer la profession. Aucune idée n'a été avancée. Je plains le Conseil national de l'Ordre qui devra travailler seul au sortir de ces États Généraux car il n'en aura rien obtenu. Je souhaite que nous cessions de dresser des constats. Nous savons tous, de longue date, quelles sont nos rémunérations, combien d'heures nous travaillons par jour, etc. Il conviendrait de définir un fil conducteur et de travailler thème par thème, afin que chacun s'exprime sur un thème donné. Au contraire, aujourd'hui, les discussions sont totalement désordonnées et rien n'en sortira.

### Didier EVENOU

Nous menons depuis deux ans un travail difficile et de longue haleine. Les discussions de la matinée ne m'ont absolument pas semblé stériles. Le fil conducteur, à mon sens, est l'obtention d'une formation universitaire qui nous permettra de résoudre les problématiques de contenu de notre profession. Sachez que tous ces échanges sont filmés. Nous aurons la preuve qu'il existe une certaine unicité de la profession et un consensus général, au moins sur cet aspect de la formation. Nous pourrions communiquer sur cet aspect auprès de nos confrères pour renforcer leur confiance en notre métier. En effet, l'image que les kinésithérapeutes ont d'eux-mêmes est négative car ils ne savent pas quelle direction prend notre profession. Aucune personnalité ici présente n'a réfuté ces constats et ce fil conducteur. Nous pourrions communiquer sur ce sujet car, symboliquement, au ministère de la Santé, la profession et ses organisations professionnelles ont défini un chemin à suivre.

Il est certain que les discussions concernant les valeurs de la profession seront plus longues. Il ne s'agit peut-être pas d'un sujet essentiel. Les valeurs émergeront peut-être progressivement. En définitive, nous savons pour l'heure que nous partageons tous les mêmes valeurs.

Il est essentiel de constater que nous sommes parvenus à établir, aujourd'hui, un constat consensuel : nous souhaitons tous évoluer dans le cadre d'une formation universitaire, qui nous conduira au statut de profession médicale à compétences définies, comme l'avait proposé le Conseil national. Nous communiquerons sur ce sujet. Nous n'avons pas perdu notre temps aujourd'hui.

### Martine ALLAIN-REGNAULT

Je tiens à vous dire, pour avoir animé de très nombreux débats, que j'ai rarement vu autant de temps de parole accordé aux participants de la salle. Cela



[... Nous souhaitons  
tous évoluer  
dans le cadre  
d'une formation  
universitaire, qui  
nous conduira  
au statut de  
profession médicale  
à compétences  
définies... ]

## Une formation initiée à l'université

Pensez-vous que la formation initiale doit désormais avoir pour cadre ?

94,5% des questionnaires étaient renseignés. 33,1 % des répondants souhaitent une formation uniquement en IFMK (Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie). 44,7% envisagent une formation débutant à l'université et se terminant dans un IFMK. 18,5 % souhaitent une formation complètement intégrée à l'université.



- IFMK
- Université
- Université puis IFMK

créé certes un peu de désordre. Néanmoins, les sujets sont clairement entremêlés : la revalorisation de la profession passe par le diplôme, la rémunération, la considération des médecins, la reconnaissance des pouvoirs publics, etc.

Deux mots me paraissent essentiels. Le premier est le mot « information » : la population, dans son ensemble, n'est pas informée sur notre métier. Le second est « la formation ».

### UN INTERVENANT

Je souhaite confirmer les propos de Didier Evenou. Nous sommes effectivement réunis au ministère de la Santé. L'ambition universitaire est portée à la fois dans la salle, par l'ensemble des organisations comme par les personnes interrogées. L'affranchissement à la prescription fait effectivement son chemin. De manière globale, nous constatons une certaine maturité de la profession. La profession ne peut pas continuer à vivre et exercer comme elle l'a fait durant 64 ans. Nous sommes aujourd'hui à un tournant de l'exercice de notre profession. Il est extraordinaire de penser que, quelques années après l'émergence de l'Ordre des Kinésithérapeutes, nous puissions débattre, ensemble, dans un établissement de l'État, au sujet de notre profession et de son avenir, sur invitation du Ministère. Nos États Généraux peuvent certes paraître confus et redondants avec des débats antérieurs, mais c'est bien la concordance des idées et l'appropriation de ces idées par tout un chacun qui nous permet de porter quelques objectifs forts pour l'évolution de notre profession.

#### Martine ALLAIN-REGNAULT

Il serait utile qu'en fin de journée ou demain, une sorte de communiqué fasse état de votre ressenti et des points que vous souhaitez voir rapidement avancer.

#### René COURATIER

Je tiens à rappeler qu'aujourd'hui est un jour exceptionnel. Ces États Généraux représentent un acte politique majeur de la profession. Pour la première fois, nous nous rassemblons dans un bâtiment de l'État. Plusieurs réflexions formulées aujourd'hui nous conduiront à tenter d'avancer dans la profession de façon plus fine. Pour la première fois, l'ensemble des syndicats et l'Ordre sont réunis. La bataille ne se situe pas ici. Nous sommes ici au départ d'une nouvelle route de la masso-kinésithérapie. Il nous incombe à nous, responsables, de mener plusieurs combats. Il existe plusieurs champs de bataille : réglementaire, économique, etc. Vous êtes réunis ici pour nous motiver dans ces avancées. Nous avons besoin de marquer ce départ vers une nouvelle destination. Aujourd'hui marque une nouvelle naissance de la profession.

#### Martine ALLAIN-REGNAULT

Je retiens de nos diverses discussions que trois années de formation paraissent insuffisantes et qu'il existe un consensus sur le souhait de mettre en place une quatrième année d'études. Il semble que nul ne s'oppose, au sein de cette assemblée, à cette demande.

Par ailleurs, il semble exister un consensus sur le souhait que le statut de la profession soit le même que celui des sages-femmes. Les kinésithérapeutes souhaiteraient pouvoir effectuer de la recherche en université et avoir un diplôme équivalent à celui des autres pays européens les plus avancés.





# LA FORMATION

**Baptiste MICHAUX**

*Président de la Fédération nationale des étudiants en kinésithérapie (FNEK)*

La formation est le fil conducteur de la revalorisation de la profession.

Il convient d'identifier plusieurs aspects derrière le terme « formation » : niveau d'études, contenu des études, compétences à acquérir, missions du kinésithérapeute, domaine d'exercice, etc. Pour la FNEK, quatre années d'études sont nécessaires après la sélection, soit au total, cinq années d'études.

Les relations avec les autres professionnels de santé sont un point important. Les deux tiers des étudiants sont issus d'une première année commune à toutes les études de santé. Il n'existe ensuite plus aucune coopération ou mutualisation entre ces branches. Comment des professionnels de santé peuvent-ils travailler ensemble si, dès la formation, ils ne travaillent déjà plus ensemble ? La mutualisation avec les autres professionnels de santé doit également passer par un rapprochement des formations et une intégration universitaire comme celle que connaissent actuellement les sages-femmes et les autres professions médicales et pharmaceutiques. Il est impératif de pouvoir suivre des cours en commun et de mutualiser les enseignements afin que ces professions se connaissent mutuellement et puissent travailler ensemble ensuite.

**Martine ALLAIN-REGNAULT**

Vous souhaitez donc la mise en place d'un tronc commun ?

**Baptiste MICHAUX**

Il ne s'agit pas de cela. Le tronc commun existe déjà dans la L1 Santé. Il est nécessaire de mutualiser certains cours. Nous avons des compétences transversales et des compétences qui relèvent de notre cœur de métier. L'éducation thérapeutique, par exemple, peut tout à fait être enseignée à plusieurs professionnels de santé simultanément.

Il convient par ailleurs de réfléchir, s'agissant de l'intégration universitaire, au statut des IFMK. Il existe en effet des instituts publics, des instituts privés associatifs et des instituts privés à but lucratif. Comment, dans un système français reposant sur la Sécurité sociale et la gratuité des soins, est-il concevable que certains étudiants souscrivent des prêts de 30 à 50 000 euros pour devenir professionnels de santé destinés à servir la population. Notre profession rend un service à l'Etat. Nous sommes souvent considérés comme « salariés de la Sécurité sociale », ce qui n'est pas totalement inexact dans la mesure où il existe des remboursements et conventionnements divers. Comment peut-on imaginer que les étudiants payent 8 500 euros chaque année d'étude et acceptent par la suite d'exercer en salarié, avec un salaire de 1 300 euros mensuels ? La gratuité des études est essentielle pour ne pas impacter négativement l'avenir des étudiants et leur insertion professionnelle avec le coût d'un tel prêt. A titre d'anecdote, j'ai rencontré dernièrement la CPAM qui m'a proposé, afin que les jeunes diplômés s'installent dans des zones défavorisées et puissent s'équiper, de leur accorder une aide de 30 000 euros, ce qui ne couvre qu'à peine le prêt souscrit par ces étudiants. Rembourser le prêt dès l'année zéro est totalement insensé. Il serait plus pertinent d'impacter directement le prix de la formation.

Quel statut, enfin, pour les enseignants et formateurs de l'IFMK ? Doivent-ils être des cadres de santé définis par la réforme de 1995, des gestionnaires, des enseignants-chercheurs connaissant l'enseignement basé sur les preuves ?

## Alain BERGEAU

*Président de la Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes*

Nous devons être très précis sur la question de la réforme de la formation initiale. Il est notamment question d'universitarisation. Il importe que nous nous accordions : nous souhaitons une réforme de notre formation initiale et son intégration dans le système universitaire, et non une universitarisation de notre formation initiale.

Pourquoi souhaitons-nous réformer notre formation initiale ? J'ai écouté attentivement les témoignages des deux jeunes kinésithérapeutes libérale et salariée. Il est à mon sens scandaleux que des jeunes sortant des études de masso-kinésithérapie soient obligés de payer une formation continue pour pallier les insuffisances de notre formation initiale. Je n'attaque pas ici les Directeurs d'instituts de formation qui, dans un contexte difficile, remplissent parfaitement leurs missions. Néanmoins, au sortir de l'IFMK, les jeunes doivent être tout à fait opérationnels sur le terrain.<sup>8-9</sup>

Par ailleurs, nous nous plaignons des difficultés que nous rencontrons à recruter des enseignants. Il est inquiétant de constater que nos enseignants vieillissent. La réforme de notre formation et son intégration dans le système universitaire doivent permettre de résoudre ce sujet.

L'objectif, derrière la réforme de notre formation, est de réformer également notre exercice. La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires a été votée et les décrets ont été rédigés. L'article 51 mentionne la coopération entre les professionnels de santé. Je souhaite que le kinésithérapeute soit considéré comme un acteur de premier recours dans l'éducation thérapeutique. Il convient de ne pas réformer notre profession pour simplement continuer à travailler exactement de la même manière, dans un cadre conventionné. La réforme de notre formation doit être au service d'une rénovation de nos modes d'exercice. Nous pourrions parler de transferts de tâches et de délégation de compétences pendant des heures ; si la formation initiale n'apporte pas les compétences nécessaires à l'exercice de notre profession, nous ne serons pas crédibles. Il importe en premier lieu d'acquérir les compétences nécessaires à l'exercice de notre métier. Nous avons obtenu, il y a quelques années, un droit de prescription limité. Les caisses d'Assurance-maladie craignaient que nous ne fassions gonfler les enveloppes. Les kinésithérapeutes, pourtant, ne se sont pas appropriés ce droit et ne prescrivent pas, car la prescription n'est pas enseignée en institut.

Nous devons nous projeter plus en avant dans l'avenir. La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires ouvre à la profession de nouveaux horizons. Nous devons construire notre réforme de la formation initiale de façon à répondre aux enjeux de demain, posés par cette nouvelle loi.

---

### <sup>8</sup> note de la FFMKR :

*La réforme des études : c'est LE dossier de la profession. Son évolution, les futures missions du masseur-kinésithérapeute de demain, son rôle dans la société en dépende.*

### <sup>9</sup> note du SNIFMK :

*Les IFMK forment des kinésithérapeutes « généralistes » avec un programme très chargé en trois ans et il n'est pas possible de tout aborder dans ce laps de temps très court.*



### **Nathalie OOMANS**

*Kinésithérapeute formatrice en institut et sur les terrains de stage*

Je reviens sur l'intervention de Baptiste Michaux. Quid des statuts des formateurs, notamment sur les terrains de stage ? La formation représente un travail conséquent sur les terrains de stage, dont il n'est absolument pas tenu compte.

### **Martine ALLAIN-REGNAULT**

Après ce constat, il convient de formuler des propositions pour améliorer les stages.

### **UN INTERVENANT**, *enseignant vacataire*

Amiens a la particularité de disposer à la fois d'un CHU et d'une école de kinésithérapie entrée depuis plusieurs années dans le système LMD de façon à « tester », en quelque sorte, le système. Personnellement, j'ai entrepris, en 2000, un master de psychologie du travail qui devait me permettre de postuler sur un poste de Directeur adjoint dans un Institut pour enfants. Le LMD n'est pas forcément le garant d'une certaine rémunération. En effet, les étudiants en LMD que j'ai côtoyés sont devenus psychologues du travail, diplômés à bac + 5 après un cursus complet, et débutaient leur carrière à 1 300 euros nets par mois. Le système fonctionne relativement bien à Amiens. La vraie question, néanmoins, porte sur l'encadrement des stagiaires dans les services qui les accueillent. Sur Amiens, mon institut accueille plus de stagiaires que le CHU lui-même car le CHU ne compte plus suffisamment de kinésithérapeutes et de cadres. Il est certain que l'hôpital pourrait être un lieu où nous pouvons apprendre notre métier, en tournant sur l'ensemble des services. Depuis plusieurs années, le volume de stages a diminué. Dans un métier « manuel » comme le nôtre, les stages sont pourtant essentiels. Le nœud du problème réside dans l'attractivité des postes salariés afin que ces professionnels puissent continuer à assurer leur mission d'accueil et de formation.

### **Lucie FORGET**

Je souhaite vous apporter l'éclairage de l'expérience du Québec. Vous souhaiteriez que la prescription médicale ne représente plus un frein à l'accès direct. Les physiothérapeutes québécois ont obtenu l'accès direct au début des années 90. Grâce à cet accès direct, nous avons obtenu un niveau d'autonomie plus grand. Cela a conduit à un allongement de la durée des études, jusqu'à la maîtrise, car ce niveau d'autonomie impliquait de parfaire les compétences des étudiants kinésithérapeutes dans un cursus universitaire allongé.

### **Martine ALLAIN-REGNAULT**

Comment êtes-vous parvenus à obtenir cet allongement de la durée des études universitaires ?

### **Lucie FORGET**

Nous avons prouvé que le physiothérapeute pouvait accueillir des patients en accès direct grâce à ses compétences.

### **Chantal BESNER**

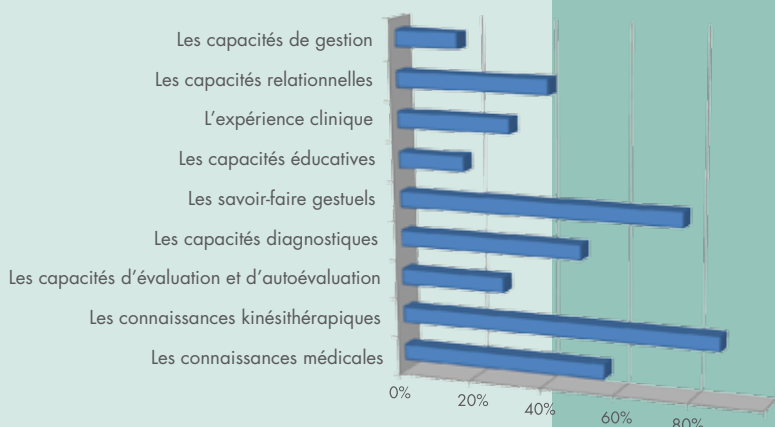
*Directrice de l'Enseignement clinique, Université de Montréal*

Vous êtes, à mon sens, sur la bonne voie. Nous avons beaucoup discuté, au Canada, sur la nécessité de lier la formation et la pratique. Nous avons établi un modèle de compétences sur le même référentiel que le modèle de compétences des médecins. Il existe des compétences transversales communes aux médecins, physiothérapeutes, ergothérapeutes, etc. en matière de communication, collaboration, etc. Ce qui fait la spécificité d'un professionnel de santé est son expertise : le programme de formation est donc décliné selon l'expertise spécifique du physiothérapeute, reconnu comme l'intervenant Santé capable d'établir l'évaluation neuro-musculo-squelettique pour déterminer les déficiences et les incapacités du patient afin de mettre en place une rééducation fonctionnelle. Cette expertise du physiothérapeute est reconnue et sollicitée par

Si les connaissances kinésithérapiques et les qualités gestuelles sont essentielles à acquérir au cours de la formation initiale, les connaissances médicales sont également très importantes

Dans la formation initiale, quels sont les éléments essentiels à faire acquérir pour commencer l'exercice de la profession ?

Les connaissances kinésithérapiques et les savoir-faire gestuels sont une nouvelle fois plébiscités par les masseurs kinésithérapeutes comme étant essentiels à acquérir pendant la formation initiale (respectivement 87,2% et 77,0%). Mais à cette question, les connaissances médicales (56,3%), les capacités diagnostiques (49,9%) et les capacités relationnelles (41,3%) sont également soulignées comme très importantes par les répondants. Les autres compétences à acquérir sont l'expérience clinique (30,8%) et les capacités d'évaluation et d'autoévaluation (28,6%). Enfin, les capacités éducatives (18,0%) et les capacités de gestion (17,0%) ferment cette liste.



les autres professionnels de santé dans le but d'établir un plan d'intervention interdisciplinaire pour un patient. L'objectif de cette démarche est d'assurer un service optimal au patient, qui se trouve au cœur de ces interventions des professionnels de santé, dont chacun doit pouvoir jouer son rôle au mieux afin que le patient reçoive un traitement efficace et, surtout, efficient. Je vous recommande de consulter le site [www.can-med.ca](http://www.can-med.ca) sur lequel figure le profil de compétences référentiel des médecins établis par le Collège royal médical canadien. Ce référentiel a été utilisé pour développer le référentiel de compétences des physiothérapeutes au Canada ([www.physiotherapie.ca](http://www.physiotherapie.ca)). Il est toujours préférable de partir d'idées plutôt que d'une page entièrement blanche.

**Jean-François COUAT**

*CROMK Midi-Pyrénées*

Le Canada est-il parvenu à améliorer la démographie des physiothérapeutes sur son territoire ?

**Chantal BESNER**

Nous rencontrons les mêmes problématiques que vous pour inciter nos étudiants à aller travailler dans le Grand Nord. Il est essentiel de bien communiquer entre les organismes réglementaires, le Gouvernement et les Universités. Nous avons établi quelques règles. Les étudiants ont ainsi l'obligation d'effectuer, dans le cadre de leur formation clinique, un stage en région d'une durée minimale de 8 semaines. Certains d'entre eux postulent ensuite sur des postes locaux et s'y établissent. La première source de recrutement est aujourd'hui le stage obligatoire.

**RICHARD DEBIGARÉ**

*Professeur agrégé au Département de Réadaptation de l'Université Laval, Québec*

Nous avons obtenu le droit à l'accès direct aux patients en 1990 en démontrant notre autonomie. Cet accès direct a induit un certain nombre de responsabilités importantes. La formation est essentielle pour que les physiothérapeutes soient en mesure d'assumer ces responsabilités. Dans une région comme le Grand Nord, le degré d'autonomie doit être encore plus important, car les physiothérapeutes assument des responsabilités que n'assument pas leurs collègues citadins. L'acquisition de l'expertise clinique au cours de la formation est extrêmement importante. La profession, aujourd'hui, se fonde sur cette expertise.

**UN INTERVENANT**

Nous nous accordons tous sur le fait qu'une durée d'études de trois ans est insuffisante et que le programme, vieux de plus de 20 ans, doit évoluer. Signalons néanmoins que nous formons des étudiants généralistes, qui ne peuvent donc pas être spécialisés en tout. Nous formons aujourd'hui des étudiants opérationnels, qui peuvent travailler d'emblée, sans avoir besoin

de se diriger immédiatement vers la formation continue. La formation continue est néanmoins indispensable, par la suite, pour se spécialiser.

Concernant le statut des formateurs, je ne défends certes pas le diplôme cadre de 1995, mais n'oublions pas, néanmoins, que ce diplôme ne concerne pas que le management et comporte un module de formation. J'ai côtoyé des formateurs avant et après 1995 : il s'avère qu'il n'existe pas de différence entre eux. Ces formateurs font l'effort de se former, de s'inscrire en masters, notamment de Sciences de l'éducation, dans des disciplines spécialisées dans la formation.



### Dominique MIZERA

*Président du CROMK Nord-Pas-de-Calais*

Je remercie le Conseil national de l'Ordre pour l'organisation de cette journée. Il importe de replacer le sujet de la formation dans son contexte. La notion de continuité est essentielle. Il a été reconnu, en 2000, que nous pouvions réfléchir à travers la reconnaissance du bilan. En 1995, suite à de nombreuses négociations voulues par la profession et les organisations professionnelles, l'Ordre a pu enfin exister. Nous avons obtenu cette autonomie juridique et éthique. Nous devons encore franchir l'étape de la réforme de la formation initiale, placée dans son contexte global. Au début des travaux de réingénierie, il était question de droits constants : la réforme maintenait l'existant. Nous sommes aujourd'hui réunis pour parler de demain. Nous commençons enfin à envisager de réfléchir sur demain et à participer à cette évolution du système et de la place de la profession dans ce système. La réforme de la formation initiale doit être replacée dans ce contexte d'évolution globale. La notion d'accès direct pourra alors voir le jour. Il importe de ne jamais oublier ce contexte évolutif qui nous permet de faire de nos diversités un élément de force. La diversité des participants au groupe de travail sur la réingénierie aurait pu nous nuire : elle nous sert en réalité petit à petit. Nous avons ainsi montré que nous étions capables de travailler ensemble. C'est en ce sens que nous devons avancer, en ne considérant pas que nous sommes tous différents à travers les organisations que nous représentons.

### Sophie CHATEAU

*Présidente du CDOMK 01 (Ain)*

Il est beaucoup question de problèmes de stages de formation. Quelle formation est dispensée aujourd'hui aux étudiants pour leur permettre de travailler en libéral ? Le nombre d'heures de stage libéral me semble réellement insuffisant. Comment attirer ces jeunes kinésithérapeutes, une fois diplômés, dans nos campagnes, s'ils n'ont pas été préparés à travailler en libéral ? Mes collaborateurs ont beaucoup de mal à confier, durant leurs congés, leur cabinet à un jeune diplômé qui n'a jamais travaillé en libéral. La quatrième année d'études pourrait contribuer à la formation des étudiants à l'exercice libéral, qui me semble avoir été oubliée dans le cursus actuel de formation. J'ai moi-même essayé les plâtres lorsque j'ai commencé à exercer.

### Dominique PELCA

*Président du Conseil Interrégional d'Ile-de-France – La Réunion*

Nous avons travaillé durant 18 mois avec le Conseil régional Ile-de-France – Réunion sur le sujet du stage en libéral. Nous avons abouti, en juin 2009, à une charte officielle, aujourd'hui mise en place, pour accueillir les kinésithérapeutes libéraux en cabinet. Nous pouvons vous transmettre cette charte. Il s'agit effectivement, à notre sens, d'un sujet crucial.

### Roger HERRMANN

*Président du CROMK Rhône-Alpes*

Je souhaite répondre à Sophie Château. Une réunion est prévue le 9 juin au sujet des étudiants qui effectueront des stages dans nos cabinets. Nous étudierons la charte mentionnée par Dominique Pelca.

Par ailleurs, la Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires fixe malheureusement des référentiels. Je propose que les patients puissent venir directement, en fonction de ces référentiels, dans nos cabinets. Le syndrome du canal carpien en est malheureusement exclu.

Concernant l'image de la profession, n'oublions pas que les patients s'étonnent réellement que cet accès direct ne soit pas possible, alors qu'il a été accordé à des professions autres que la nôtre.

### Franck GATTO

Je suis très content que nous ayons pu tous nous réunir aujourd'hui. Ces États



Généraux sont à mon sens symboliques, tant au niveau de la profession qu'au niveau du Ministère de la Santé. Je me réjouis également que ces États Généraux soient filmés et enregistrés, car nous avons entendu certaines déclarations très pertinentes, dont la diffusion serait réellement utile.

Les représentants canadiens ont insisté sur le rôle de l'expertise du kinésithérapeute dans son accession à une plus grande autonomie. Je suis personnellement universitaire. Il importe, en tant que chercheurs, de prouver notre utilité sociale et les bénéfices que notre profession peut apporter aux patients et à la société, qui nous différencient des médecins et des infirmières. Nous sommes réellement à un tournant de notre profession : soit nous passons en L, soit nous passons en master 2. Un groupe de travail œuvre pour que notre profession sorte au plus haut niveau. Il existe deux hypothèses : soit nous demeurons une profession « prescrite », considérée comme une profession qui ne réfléchit pas, soit nous devenons une profession qui prescrit. Il importe que nos praticiens soient formés pour être réflexifs et s'interroger en permanence en fonction des techniques, des modèles, etc.

Enfin, concernant la rémunération des kinésithérapeutes salariés et libéraux, il semble logique que, plus le niveau d'études sera élevé, plus cette rémunération augmentera.

#### **Arnaud SIMON**

*Formateur à l'IFPEK de Rennes*

Je suis actuellement un master en Sciences de l'Éducation. Je tente d'évoluer en permanence afin que l'étudiant soit, de plus en plus, acteur et auteur de sa formation. J'ai suivi la formation de Rob HERBERT sur la validité des outils grâce aux essais cliniques randomisés et j'essaie de l'inculquer aux étudiants. Trois années d'études sont insuffisantes, malgré une réelle planification, pour enseigner tous ces contenus aux étudiants. Depuis deux ans, 80 % des étudiants de l'école de Rennes effectuent des stages à temps plein d'un à deux mois, en cabinet libéral. Ils sont ainsi plus opérationnels à leur sortie de l'école.

Je signale à Alain Bergeau que nous enseignons, à l'IFPEK de Rennes, la prescription.

A mon sens, l'étudiant, au sortir de l'école, est opérationnel. Il ne me semble pas que les diplômés d'il y a dix ans étaient meilleurs que les diplômés d'aujourd'hui, au contraire. Les formations proposées à l'école sont plus poussées. Ils étudient notamment, aujourd'hui, le traitement de la chaîne neuroméningée. Il est logique de continuer à apprendre, au sortir de l'école, via de nouvelles formations.

#### **Alain BERGEAU**

Je maintiens qu'actuellement, la DPC, ex-formation continue, doit pallier les insuffisances de la formation initiale. Des jeunes viennent se former, aujourd'hui, en formation continue conventionnelle sur le rachis, activité quotidienne du masseur-kinésithérapeute. Je n'attaque pas les enseignants, mais déplore une réelle insuffisance de la formation initiale, qui se traduit immédiatement par des inscriptions de jeunes diplômés en stages de formation continue.

Je suis favorable à une évolution de notre formation initiale et à son intégration dans le système LMD. N'oublions pas, en revanche, que pour financer ce passage à cinq années d'études, l'Assurance-maladie entend augmenter la valeur de notre acte-clé. Il est aujourd'hui question de tensions économiques et d'enveloppes constantes : nous devons nous concentrer sur les actes à haute valeur ajoutée qui auront été scientifiquement évalués.



### UNE INTERVENANTE

Concernant le nombre d'années d'études et le coût des études, à quoi sert la première année de préparation au concours, particulièrement coûteuse, que certains étudiants redoublent sans rien obtenir ? Par ailleurs, à quoi sert le PCEM 1 ? Je suis favorable à une augmentation de la durée des études, certes, mais pour que les étudiants suivent réellement quatre années d'études de kinésithérapie.

#### Baptiste MICHAUX

Le seul point positif du Mouvement de Refus d'Encadrement des Étudiants (MREE) est la découverte du monde de la kinésithérapie libérale. Les Directeurs d'IFMK n'ont pas encore signé la convention, ce qui serait pourtant très intéressant. La place de la kinésithérapie est très importante. Des stages seront désormais possibles en milieu libéral. Ces évolutions seront particulièrement utiles.

Je rappelle, concernant la sélection, qu'il existe deux types de sélection en kinésithérapie. Un tiers des étudiants passe par une classe préparatoire et les concours nationaux, qui coûtent respectivement entre 3 000 et 5 000 euros l'année de préparation et entre 80 et 150 euros dans certaines écoles. Ces formations, excessivement coûteuses, de physique, chimie et biologie, ne sont d'aucune utilité pour le futur exercice du kinésithérapeute. Pour deux tiers des étudiants, la sélection passe par la PCEM 1 – future L1 Santé. Cette L1 Santé est une formation réellement utile pour le futur exercice du kinésithérapeute, en anatomie, en santé-société, en biologie, en physiologie, etc. Cette année d'études ne coûte que 171 euros car elle est intégrée à l'université. Par ailleurs, du tutorat se met actuellement en place, pour un montant de 30 à 50 euros. Le tutorat est, à mon sens, une vision d'avenir. Les étudiants réfutent, en général, le système des « écuries privées ». La PCEM 1 a de plus l'avantage de représenter une réelle égalité des chances.

En réponse à Franck Gatto, il est vrai que les réformes adviennent tous les 21 ans. Notre nouveau programme de formation doit effectivement être rédigé cette année.

### UN INTERVENANT

Concernant la sélection, nous nous battons aujourd'hui en faveur d'une généralisation de l'année de sélection par une année universitaire, qu'il s'agisse de la L1 Santé, des STAPS ou de la SVT comme le proposent certains, afin de mettre fin au système des classes préparatoires excessivement coûteuses. Les étudiants qui ont suivi une première année universitaire connaissent déjà cet univers et ont un réel acquis en biophysique, en biochimie et sur diverses matières qui peuvent leur servir en kinésithérapie.

#### Jean-Jacques MAGNIES

Je partage le point de vue de Franck Gatto. La rémunération est très liée aux diplômes. J'en veux pour preuve l'augmentation salariale des infirmières avec le L1. Je rappelle à Alain Bergeau que Frédéric Van Roekeghem, Directeur général de la CNAM, n'a pas le pouvoir de faire évoluer les grilles salariales de nos kinésithérapeutes salariés à l'hôpital. La remarque d'Alain Bergeau n'est donc vraie que pour les kinésithérapeutes libéraux.

### UN INTERVENANT

Ces États Généraux réunissent des kinésithérapeutes salariés et libéraux, afin de formuler des propositions communes. Notre profession est néanmoins très réglementée : toute décision implique de modifier le Code de la Santé publique. Notons qu'au Québec, la réforme est passée en sens inverse : c'est parce que les physiothérapeutes ont obtenu l'accès direct – ce qui n'exclut pas l'existence d'un certificat de non contre-indication car il ne s'agit pas, pour les kinésithérapeutes, de devenir médecins, qu'ils ont pu faire reconnaître, dans le cadre de leur expertise, que cet accès direct répondait aux besoins de la population et correspondait bien aux modalités d'exercice des physiothérapeutes, qui

**Il faut généraliser  
la formation-  
orientation-  
sélection des futurs  
kinésithérapeutes  
par la première  
année commune aux  
études médicales**

## Rendre possible l'accès direct des patients

Sans ignorer la nécessité du diagnostic médical pour identifier certaines pathologies, estimez-vous souhaitable, que les patients puissent consulter directement, en première intention leur MK ?

Cette question a bénéficié de 99,8% de réponses. Parmi les répondants, 82,7% trouvent souhaitable de rendre possible la consultation directe du masseur kinésithérapeute (64,6% « parfois », 18,1% « toujours »). 14,2% n'y voient un intérêt qu'à titre exceptionnel et 3,1% ne la trouvent pas souhaitable.



- Toujours
- Parfois
- Exceptionnellement
- Jamais

Les professionnels exerçant à titre salarié sont les plus défavorables avec 26,3% d'avis négatifs (19,0% « exceptionnellement » et 7,3% « jamais » ( $p < 0,05$ )).

Type d'exercice	Echantillon
Libéral	16,7
Mixte	16,5
Salarié	26,3

rendent un service de santé publique. Ainsi, la durée des études a été logiquement rallongée au Québec. Nous devons parvenir, en France, aux mêmes évolutions. Ne nous focalisons néanmoins pas uniquement sur une durée des études. Etudions d'abord quelles sont nos missions réelles et leurs contenus.

### Martine ALLAIN-REGNAULT

Pour obtenir l'accès direct, néanmoins, les physiothérapeutes québécois ont dû apporter les preuves de leurs compétences. Les kinésithérapeutes français doivent donc faire eux-mêmes une partie du chemin.

### UN INTERVENANT

Ce qui différencie le système de santé québécois du système de santé français est certainement le fait que nous sommes régis par le Code de la Santé publique, dans lequel est inscrit notre statut. La Loi doit en premier lieu faire évoluer notre statut.

### JEAN-FRANÇOIS DEMERCASTEL

*Vice-président du CDOMK 14 (Calvados)*

Nous avons été conviés, il y a deux mois, à une réunion organisée par les médecins libéraux honfleurais, qui avaient invité deux médecins-conseils et tous les kinésithérapeutes d'Honfleur. Il est ressorti de cette réunion qu'aucun des médecins libéraux ne savait comment prescrire. La Sécurité sociale, également conviée, a présenté le protocole de prescription et insisté sur la nécessité, pour les kinésithérapeutes, d'établir eux-mêmes leur plan de soins, qui est déjà, à mon sens, un diagnostic. Cette collaboration entre kinésithérapeutes et médecins est essentielle et représente, à mon sens, un premier pas vers une autonomie future.

### UN INTERVENANT

Depuis plusieurs années, l'Assurance-maladie constate que les médecins ne sont pas formés à la prescription en kinésithérapie. Il ne s'agit pas, aujourd'hui, d'apprendre aux médecins à prescrire de la kinésithérapie. Les médecins doivent rester des médecins et se contenter de la non-contre-indication pour laisser aux kinésithérapeutes la liberté de prescrire.

### Alain BERGEAU

N'oublions pas que la profession a obtenu le bilan et la fiche de synthèse. La coopération et les échanges d'informations nécessitent de disposer de certains outils. Or la profession ne semble pas avoir saisi la chance que représente la fiche de synthèse. Nous devons aller chercher notre autonomie.

### UN INTERVENANT

Affirmer que l'objectif est d'obtenir un master 2 et non un master 1 n'est pas militant. Le master 1 n'existe pas dans le cursus LMD. Nous devons obtenir un master 2, non pas seulement pour nous gausser d'un certain niveau d'études, mais parce que le master 2 ouvrira notre profession à la recherche et à la capacité à conceptualiser. Il existe en effet un réel saut qualitatif entre un exécutant et un ingénieur. A partir du moment où notre profession aura acquis des outils permettant de conceptualiser, nous serons capable de prendre un BDK et de lui donner une pertinence et un objectif. Nous devons nous montrer plus ambitieux, Alain Bergeau, que vous ne semblez l'être. En nous maintenant dans un rôle d'exécutant, vous êtes complice d'une certaine manière d'une stagnation de la profession.

### Alain BERGEAU

Je ne crois pas au grand soir et à une transformation du jour au lendemain. Je crois surtout aux marches que nous gravirons concrètement, une par une. Nous avons eu l'occasion de monter une marche avec le bilan, mais nous avons malheureusement raté cette marche. Nous pouvons





effectivement tenir un discours attendant le grand soir et le passage immédiat à cinq années d'études. Je lui préfère un discours prévoyant de monter les marches étape par étape. Nous n'avons pas besoin, aujourd'hui, pour établir la fiche de synthèse du BDK (bilan diagnostic de kinésithérapie), d'avoir suivi cinq années d'études.<sup>10</sup>

**Daniel SULINGER**

*Président du CDOMK 93 (Seine-Saint-Denis)*

Il est vrai, comme l'a indiqué Alain Bergeau, que nous ne pourrons pas tout obtenir en une seule fois. Lorsque nous avons obtenu la possibilité de déterminer nous-mêmes le nombre de séances, il a fallu modifier un arrêté de 1962 qui stipulait que les séances de kinésithérapie ne pouvaient être prescrites que par le médecin. Dans le nouvel arrêté, le nombre de séances de kinésithérapie n'est pas nécessairement indiqué par le médecin. Nous avons manqué la première marche que nous devons gravir : de nombreux kinésithérapeutes sont entrés dans le système du bilan en pensant qu'ils allaient « éduquer » les médecins à ne pas prescrire quantitativement. L'arrêté de 1962 précisait que, si le médecin indique un nombre de séances, le kinésithérapeute est obligé de s'y conformer. Les médecins, pour diverses raisons, notamment le refus de se voir privés d'un de leurs pouvoirs, ont continué à procéder ainsi. Il est essentiel de faire en sorte que les médecins ne puissent plus prescrire quantitativement. Dans un système où le BDK sera devenu moralement obligatoire pour tous les kinésithérapeutes, nous aurons réglé la question de la quantité des BDK que réclame la Sécurité sociale et nous pourrons aller vers le LMD et une à deux années d'études supplémentaires. Nous nous serons engagés réellement vers l'autonomie, ce qui nous permettra d'obtenir l'accès direct.

**Martine ALLAIN-REGNAULT**

L'une des kinésithérapeutes interviewées a indiqué que le nombre de séances prescrites ne figurait plus obligatoirement sur l'ordonnance du médecin.

**UN INTERVENANT**

Le médecin n'a effectivement plus aucune obligation d'indiquer le nombre de séances.

Je partage le point de vue de Daniel Sulinger sur la démarche à suivre. Nous avons manqué l'occasion de nous approprier le BDK. Le bilan est aujourd'hui obligatoire.

**Jean-Jacques MAGNIES**

Je ne comprends pas pourquoi sont mis en opposition accès direct et BDK. Le BDK est certainement une très bonne chose, mais il a malheureusement été perçu par la plupart de nos confrères comme une tracasserie administrative supplémentaire, ce qui explique son succès très modéré. Nous avons obtenu le diagnostic en 1996, ce qui représentait alors une excellente avancée. Nous n'avons pas encore l'accès direct, alors que les ostéopathes l'ont déjà obtenu et que les chiropracteurs semblent devoir l'obtenir très prochainement. Nous, masseurs-kinésithérapeutes, devrions encore faire preuve de nos capacités ! Cette iniquité n'est plus tolérable ! Il importe que nous obtenions au plus vite cet accès direct.

**Laurent PREVOT**

*Président du CDOMK Guyane*

Comme beaucoup d'entre nous, j'exerce une double activité de kinésithérapeute et d'ostéopathe. Aujourd'hui, de plus en plus de patients viennent en accès direct dans mon cabinet afin de se dispenser des files d'attente interminables chez leur médecin généraliste. Ils se rendent donc, en première intention, chez le kinésithérapeute, dont ils ont une très bonne image, ou chez l'ostéopathe.

L'accès direct est aujourd'hui indispensable. Le BDK l'est également, car il engage notre responsabilité. Notre responsabilité doit être étayée par une connaissance en



<sup>10</sup> Note du FFMKR :

*La profession doit s'interroger si elle n'est pas elle-même le frein aux réformes qu'elle demande. Ambition doit rimer avec des risques calculés.*



perpétuel renouvellement, apportée par des sociétés savantes de masso-kinésithérapeutes. C'est à ce prix que nous acquerrons notre autonomie et une respectabilité vis-à-vis du public mais aussi vis-à-vis de nos partenaires que sont les médecins et les autres professionnels de santé.

**Martine ALLAIN-REGNAULT**

L'assemblée semble partager votre avis.

**Bruno GUY**

*CROMK Languedoc-Roussillon*

Concernant l'accès direct, il importe que nous occupions réellement le terrain. Les kinésithérapeutes-ostéopathes doivent se faire enregistrer dans les DRASS en tant que tels. Ainsi, les patients se rendront directement chez eux, sans passer par leur généraliste qui, souvent, ne connaît rien à la traumatologie. Nous obtiendrons ainsi, de facto, l'accès direct. Les médecins du Comité d'organisation du marathon de Montpellier nous ont indiqué avoir besoin des kinésithérapeutes pour intervenir sur le terrain et dépister la petite traumatologie avant d'envoyer les patients directement aux chirurgiens. Il s'agit là d'un accès direct. Les kinésithérapeutes sont aujourd'hui les meilleurs dépisteurs, par exemple, des ruptures des ligaments croisés.

**Yvan TOURJANSKY**

*Conseiller national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes*

Nous représentons, ici, les kinésithérapeutes salariés et libéraux. Depuis ce matin, j'ai le sentiment que nous vivons les États Généraux de la masso-kinésithérapie libérale. Il semble que l'image du kinésithérapeute salarié se dégrade. Il serait bon que les États Généraux se penchent sur cette question. Toutes les organisations professionnelles libérales sont représentées à la table, mais les organisations professionnelles salariées sont cruellement absentes. Aujourd'hui, l'image du professionnel salarié est importante au sein de la profession et vis-à-vis des autres professionnels de santé. L'inter-professionnalité existe aujourd'hui au niveau de l'hôpital et des terrains de stage. Le kinésithérapeute salarié, aujourd'hui, est souvent étranger, ce qui rend difficile sa coopération avec les médecins. La kinésithérapie libérale évolue aujourd'hui. Le BDK est important. Néanmoins, à l'hôpital, les kinésithérapeutes restent prescrits. Il convient de s'interroger sur ce sujet.

**Martine ALLAIN-REGNAULT**

Nous avons interviewé une kinésithérapeute salariée qui ne se sentait pas du tout dévalorisée.

**Yvan TOURJANSKY**

Je travaille en exercice mixte. Un cadre qui se retrouve seul dans un service, sans kinésithérapeutes ou avec seulement des kinésithérapeutes étrangers, donne aux autres professionnels de santé et aux patients une image de la kinésithérapie cruellement dégradée. Ceux qui nous prescrivent et nous gouvernent aujourd'hui ont aussi l'image de ce qui se passe aujourd'hui dans le milieu salarié. Il conviendra de réunir plus de kinésithérapeutes salariés lors des prochains États généraux. Certains salariés déplorent que l'Ordre ait été créé pour les kinésithérapeutes libéraux. Je ne souhaite pas qu'ils aient la même perception des États généraux. Béatrice ORTEGA, Kinésithérapeute salariée, cadre de santé en hôpital Je souhaite revenir sur le sujet de l'accès direct. En hôpital, depuis longtemps, les kinésithérapeutes avaient un libre accès aux patients. Les médecins leur accordaient toute confiance et, très souvent, ne prescrivaient pas. Aujourd'hui, malheureusement, je dois demander à mes équipes d'aller là où des prescriptions ont été effectuées car nous ne sommes plus



assez nombreux pour répondre à tous les besoins.

#### UNE INTERVENANTE

Les physiothérapeutes ont bien fait le rapprochement entre formation initiale et autonomisation. Un master 2 est essentiel car la profession a besoin de kinésithérapeutes capables de s'adapter à des évolutions rapides de population (maladies chroniques, personnes âgées, soins médico-sociaux, éducation en santé, etc.).

Ne peut-on pas envisager, comme je l'ai déjà demandé ce matin, des délégations prescrites par des kinésithérapeutes sur des niveaux inférieurs dans notre formation initiale ?

#### UN INTERVENANT

Nous en revenons à l'article 51 de la Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires. La montagne a, pour ainsi dire, accouché d'une souris. Cet article prévoit une délégation de tâches et un transfert de compétences : rien n'est précisé pour notre profession. Le texte de loi et le décret prévoient néanmoins de réorganiser les modes d'intervention autour du patient.

Je ne peux pas laisser Baptiste Michaux affirmer qu'il n'existe aucune coopération entre professionnels de santé. Sur le terrain, la coopération est quotidienne entre les kinésithérapeutes libéraux, avec l'hôpital, etc. Il est certes vrai que nous ne disposons pas de supports de communication précis et que cette coopération n'est pas forcément perceptible. Nous ne sommes pas toujours capables, aujourd'hui, de nous réunir pour une réunion de coordination physique autour du patient. Nous avons de multiples projets sur ce sujet. Il convient de réfléchir sur ces nouveaux modes d'exercice et de prise en charge.

#### Baptiste MICHAUX

Je n'ai pas été aussi catégorique que vous l'affirmez sur l'absence de communication entre le kinésithérapeute et le médecin. Il existe néanmoins un certain nombre de difficultés de communication, mentionnées notamment par la jeune kinésithérapeute interviewée. Ces difficultés se posent tant pour les kinésithérapeutes salariés que pour les kinésithérapeutes libéraux. Les salariés ne communiquent pas non plus de façon très importante avec le médecin. Il est certain, néanmoins, qu'il existe une certaine coopération, qui n'est pas issue de la Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires.

Le paiement à l'acte est-il remis en cause ? Ne peut-on pas évoluer vers de nouveaux modes de rémunération ? Comment organiser une réunion avec les autres professionnels pour déterminer le projet thérapeutique du patient ? Un paiement à l'acte ne correspond pas à cette démarche.

#### UN INTERVENANT

La profession est attachée au paiement à l'acte. Néanmoins, sur le temps de coordination et de prévention, nous pouvons aller vers une rémunération au forfait, en complément de l'acte et surtout pas à enveloppe constante. Il importe de ne pas créer de nouvelles missions de prévention et de coordination en diminuant la valeur de l'acte.

#### Vincent DEMEY

*Kinésithérapeute salarié, Franche-Comté*

Je signale qu'à partir de septembre 2010, les professeurs des écoles ne pourront exercer leur métier qu'avec un niveau bac + 5. Qu'en est-il de notre parcours scolaire ?

Il a été dit que les cadres se formaient au niveau universitaire après être sorti de l'école de cadres de santé. Pourquoi, à part quelques exceptions locales, toutes les écoles de santé n'ont-elles pas déjà intégré un cursus universitaire ? Nous risquons de nous trouver dans une situation dans laquelle les futurs étudiants seront titulaires d'un bac + 5 et les futurs cadres de santé seront donc hors circuit universitaire.

#### UN INTERVENANT

Une grande majorité des instituts de formation de cadres de santé (IFCS)





travaillent aujourd'hui en partenariat avec l'université. Les cadres en sortent avec un niveau L3 ou M1.

**Martine ALLAIN-REGNAULT**

Souhaiteriez-vous que les études de kinésithérapie ne se déroulent plus du tout dans des écoles publiques ou privées, mais uniquement à l'université ?

**Pascale MATHIEU**

*Présidente du CDOMK 33 (Gironde)*

L'accès par le L1 Santé pour tous est à mon sens essentiel. Il permet de démarrer sur un premier travail en pluridisciplinarité. Que la suite des études se déroule en institut de formation spécifique n'est pas problématique. Néanmoins, les missions transversales et les cours communs avec les autres professionnels de santé sont réellement essentiels. Nous sommes nombreux à nous être impliqués dans les réseaux de santé. Les Unions régionales des professions de santé (URPS) se mettront en place prochainement. Il se pose beaucoup de problèmes de démographie. De nombreux professionnels de santé sont prêts à déléguer des tâches. Le moment est à mon sens opportun pour négocier pour l'accès direct. La formation initiale commune, avec les autres professionnels de santé, en L1, concerne deux tiers des kinésithérapeutes. Il importe de maintenir cette habitude et de demander que cette première année soit comptée dans notre cursus car il s'agit d'une année universitaire avec un mode de sélection bien plus difficile que pour les médecins. A Bordeaux, par exemple, pour entrer à l'IFMK, il faut être bien mieux noté que pour entrer en deuxième année de médecine. Nous avons déjà un pied à l'université.

**Franck GATTO**

Pour les enseignants, les IUFM ont logiquement succédé aux instituts de formation des maîtres. Il nous suffit donc d'ajouter la mention Universitaire à nos Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie pour en faire des IUFMK. Une convention pourrait être signée avec les universités par les Directeurs d'IFMK. Nous pourrions alors avoir des enseignants-chercheurs. Il me semble tout à fait possible de proposer, dans les instituts, la même formation, avec une durée plus longue, en intégrant l'université, par convention, à l'IFMK.

**UN INTERVENANT**

Tous les IFMK qui recrutent par PCEM 1 ont déjà une convention avec l'université. Dans le cadre de ce montage, des universitaires viennent enseigner dans les IFMK.

La FNEK porte une revendication pour la gratuité des études. Cependant, actuellement, les IFMK ne perçoivent aucune subvention. Un montage particulier doit être envisagé.

**Martine ALLAIN-REGNAULT**

J'ai souvent entendu le mot « recherche » comme un mot de valorisation de la profession. Or nous n'avons pas évoqué ce sujet. La recherche vous paraît-elle importante ? Qui, parmi vous, est chercheur ?

**UN INTERVENANT**

Un certain nombre de kinésithérapeutes sont chercheurs. Le fait que les IFMK ne soient pas réellement en lien avec l'université ne permet pas d'intégrer les enseignants actuels dans un statut d'enseignants-chercheurs. Certains kinésithérapeutes sont chercheurs, mais dépendent d'autres disciplines. Un certain nombre de professionnels ont été obligés de quitter officiellement la profession pour être enseignants-chercheurs en Sciences de l'Éducation, en STAPS, en Neurosciences, etc. Enfin, un certain nombre de professionnels sont pour l'heure chercheurs associés dans des laboratoires labellisés (INSERM, CNRS ou université) car ils



souhaitent conserver leur statut d'enseignants en IFMK et de praticiens dans des services. La bi-appartenance n'existe pas comme pour les professions médicales.

#### **Baptiste MICHAUX**

Je réponds à Franck Gatto sur la création d'instituts universitaires. Le Code de l'Éducation définit la création des instituts : un arrêté du Ministre permet de créer des instituts universitaires. Une telle évolution est donc relativement simple. Je me réjouis de constater une certaine évolution des mentalités : l'université ne semble plus porter avec elle une peur de perte de la pratique.

L'universitarisation et de l'intégration universitaire sont deux sujets différents. Il s'agit avant tout, pour notre formation, d'intégrer l'université et non de se contenter d'un conventionnement comme pour les infirmières.

#### **UN INTERVENANT**

Nous souhaitons un niveau d'études master pour l'obtention du diplôme d'exercice, diplôme d'État. L'intérêt du grade universitaire est qu'il ouvre une filière. Pouvons-nous créer une filière de kinésithérapie ou physiothérapie qui nous permettrait de disposer de nos propres enseignants-chercheurs, bien que la recherche soit interdisciplinaire et d'éviter que les physiothérapeutes doivent passer par des voies parallèles pour faire de la recherche ? Disposer de nos propres enseignants-chercheurs, comme l'ont démontré les Canadiens, est la clé de la promotion de la profession.

#### **Hubert GAIN**

*Directeur de l'IFMK de Rennes*

Je ne suis pas particulièrement fier que notre Institut ait eu 4 033 candidats à son concours d'entrée pour seulement 80 places. Ce mode de sélection n'est à mon sens pas satisfaisant.

Le domaine de la recherche me paraît essentiel. Il est primordial que nous soyons capables, nous-mêmes, de prouver l'efficacité de nos méthodes de prise en charge de nos patients pour faire progresser la profession.

Je souhaite vous faire part d'une expérience mise en œuvre à l'IFMK de Rennes. Nous ne pourrions véritablement développer la recherche que lorsque nous serons à l'université et que nous aurons un parcours complet, allant jusqu'au doctorat. Nous pouvons néanmoins essayer de mener dès à présent un certain nombre d'actions par anticipation. L'IFMK de Rennes a créé, en collaboration avec l'université, le Centre d'investigation clinique du CHU de Rennes, l'EHESP, le groupe de recherche clinique en kinésithérapie (GRCK), qui regroupe des formateurs de l'Institut, des maîtres de stages, des vacataires kinésithérapeutes, etc. Ce groupe compte au total une vingtaine de participants. Le point d'orgue de la formation a été l'organisation d'une formation de cinq jours avec Rob HERBERT, chercheur australien en physiothérapie mondialement connu et Docteur en physiothérapie. Grâce à nos nombreux appuis et aux moyens logistiques dont nous disposons à l'IFMK, nous pourrions mettre en œuvre des travaux de recherche.

#### **UN INTERVENANT**

Je signale que Franck Gatto est simplement habilité à diriger des recherches. Son niveau universitaire l'autorise donc à diriger des recherches en autonomie. Il est kinésithérapeute. Son parcours personnel l'autorise aujourd'hui non pas à mener, mais à diriger des recherches et à autoriser d'autres que lui à mener des recherches.

Aujourd'hui, quelques uns d'entre nous se sont engagés, à titre personnel, dans des cursus universitaires. Nous devons avoir l'ambition, à terme, de trouver, dans nos ressources propres, la capacité de définir notre discipline et de mener dans notre propre laboratoire, financé parce qu'existant en tant que discipline, nos propres recherches.



**Le développement  
d'une filière  
doctorante  
d'enseignants  
chercheurs est  
indispensable pour  
faire évoluer  
la kinésithérapie**

# LA FORMATION Thèmes Conclusions

## **Chantal LORAINE**

Je reviens sur la formation et la recherche. Concernant la formation, nous avons réellement perçu, au cours de cette journée, la nécessité de créer de véritables sociétés savantes par des voies de spécialisation dans certains domaines de la kinésithérapie. Les mémoires de fin d'études doivent également constituer la matière grise de notre exercice. Pour cela, ces mémoires doivent être d'un niveau universitaire. Ils sont déjà, pour la plupart, excellents.

Faire la promotion de la recherche ne consiste pas uniquement à valoriser la recherche menée par les chercheurs. Il convient également, en effet, de faire la promotion de la recherche par les professionnels, sur le terrain, dans leurs cabinets.

Il importe de désacraliser la recherche et de la rendre accessible à tous les kinésithérapeutes, car il existe différents niveaux de recherche. La recherche médicale, par exemple, existe grâce à l'industrie pharmaceutique. Un élargissement de nos possibilités de prescription devrait nous permettre de rencontrer ceux qui nous aideront à financer nos recherches, organiser nos congrès, structurer nos sociétés savantes inexistantes à ce jour, etc.<sup>11</sup>

## **UN INTERVENANT**

Je suis heureux de constater qu'un consensus se dégage sur le sujet de la formation initiale. Nous sommes tous favorables au maintien d'une année universitaire validante et à une durée de quatre années d'études, avec une sortie en master 2.

Je rejoins Franck Gatto sur l'espoir de la création d'une discipline pour que la kinésithérapie puisse disposer d'enseignants-chercheurs à part entière.

## **Baptiste MICHAUX**

La réforme de la formation me semble être la meilleure solution pour revaloriser notre profession. Pour les étudiants, en général, la formation n'est pas toujours bien adaptée à leur profession future. Il semble essentiel d'intégrer à la formation de kinésithérapie la L1 Santé, afin d'améliorer la qualité de la sélection et de mettre en place un diplôme d'État sur cinq ans, avec un grade de master 2, avec des Instituts universitaires gratuits qui mutualiseraient avec les autres professionnels de santé. J'espère que ces propositions seront reprises.

## **François MAIGNIEN**

Nous sommes parvenus à un certain consensus. Les représentants québécois nous ont montré la voie : nous devons obtenir que notre profession soit une profession médicale à compétences définies, avec accès direct. Pour cela, nous devons avoir un niveau d'ingénieur, pour concevoir nos actes, suite à une formation de niveau master. ■



**Afin de répondre aux besoins de la population, la kinésithérapie doit être reconnue comme une profession médicale, avec des possibilités d'accès direct pour les patients et un diplôme d'exercice de grade universitaire master**

<sup>11</sup> Note du SNMKR :

*Il se dégage de cette réflexion commune un désir fort de s'adapter aux changements du système de santé par une amélioration de la formation initiale.*

- Nécessité d'avoir une discipline pour réaliser des travaux de recherche en masso-kinésithérapie, les didactiser, les enseigner aux étudiants MK et ainsi améliorer la qualité des pratiques de masso-kinésithérapie, et la santé au niveau bio-méd. et éducatif des patients.

- Nécessité de sortir en master 2 pour être considéré comme conceptualisateur, décideur et responsable de l'acte de masso-kinésithérapie, obtenir l'accès direct et plus tard les retombées économiques.

- Nécessité d'affirmer notre différence, notre spécificité, notre expertise et notre utilité de santé publique différente de MK par rapport aux médecins, aux infirmières, aux ergos, aux Staps ... C'est la condition pour toute création de discipline et pour gagner en autonomie et en responsabilité. C'est une obligation

légale pour rentrer dans le système LMD, c'est une nécessité pour reconnaître que 2/3 des MK formés sont passés par les fourches caudines de la très sélective première année de médecine validée et pourtant non reconnue dans leur cursus, et c'est ce qui nous permettra d'accéder si nous sortons en M2, (ce qui, compte-tenu du contenu de la formation est nécessaire) à la recherche en masso-kinésithérapie, déjà investie par des professionnels, mais en passant par des filières universitaires nécessairement «contournées», puisque notre formation actuelle n'est pas universitaire.

- Augmentation nécessaire des stages en secteur libéral (comme les internes en médecine générale).

- Accès à la recherche mais aussi accès direct à nos cabinets en première intention (bronchiolites, petite traumatologie sportive sans transport sanitaire).

- Réaffirmation de notre statut de professionnels de santé.

Autant de propositions concrètes pour aller de l'avant.



## Discours de Madame Roselyne Bachelot,

Ministre de la Santé et des Sports,  
ici en compagnie de René Couratier, Président du Conseil national





# Conclusions de la journée des États Généraux de la profession

## SOMMAIRE

### CONCLUSIONS DE LA JOURNÉE DES ÉTATS GÉNÉRAUX DE L'ORDRE DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES

#### DISCOURS DE CLÔTURE

Madame Roselyne BACHELOT, ministre de la Santé et des Sports

128

#### CONCLUSIONS

Martine ALLAIN-REGNAULT, journaliste médicale  
René COURATIER, président du Conseil national

130

DISCOURS DE  
MADAME ROSELYNE BACHELOT  
ministre de la Santé et des Sports

# C|ôture



Monsieur le Président du Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, cher René Couratier, Mesdames et Messieurs,

Je suis très heureuse de vous accueillir ici, au Ministère de la Santé et des Sports, votre Maison. J'aurais voulu ouvrir cette journée, mais la Conférence sur le déficit organisée ce matin à l'Élysée a bouleversé mon calendrier initial. Je tenais absolument à trouver un moment, dans cette journée, pour venir vous exprimer l'attachement profond que je porte à votre profession. Je tiens en premier lieu à saluer l'initiative de cette journée-événement. Vous réunissez, pour la première fois, l'ensemble de votre profession, pour réfléchir à son évolution et trouver les moyens de parvenir à ces évolutions. Je félicite l'Ordre et toutes les organisations syndicales et professionnelles, regroupant personnels libéraux, salariés, enseignants et étudiants, pour leur implication dans la préparation de ces États Généraux. C'est la preuve de la maturité de votre profession, et je m'en réjouis.

Un des fondements de ma politique consiste, vous le savez, à adapter notre système de santé aux nouveaux défis qu'il a à relever, au premier rang desquels le développement des maladies chroniques et la dépendance.

Le masseur-kinésithérapeute occupe une place centrale dans le dispositif de soins, et cette place va naturellement se renforcer avec les évolutions à venir, en articulation avec les autres professions paramédicales et médicales, hospitalières et libérales. A la fois dans son rôle de prévention et dans son rôle de réadaptation, le masseur-kinésithérapeute est au cœur des enjeux de santé de demain. Les usagers le savent, ils vous le disent. Le film que vous avez diffusé en ouverture de vos travaux le démontrait abondamment. Le masseur-kinésithérapeute, ou « kiné », comme le disent avec beaucoup d'affection nos concitoyens, jouit d'une image particulièrement favorable auprès de la population. Proche du patient, à son écoute, il tisse une relation privilégiée avec lui, en intervenant à tous les âges de la vie.

Je tiens à saluer vos efforts à tous, et notamment ceux du Conseil national de l'Ordre que vous présidez, cher René Couratier, pour apporter des améliorations continues à l'exercice et aux compétences de vos adhérents.

Vous le savez, j'ai souhaité que votre formation fasse l'objet d'une étude prioritaire par les services de mon Ministère et ceux du Ministère de l'Enseignement supérieur pour entrer dans le dispositif appelé LMD. Je sais que les attentes de la profession sont fortes, vous m'en avez fait part tout au long de ces derniers mois. Ces attentes sont doublées d'inquiétudes. Je veux que vous sachiez que je les ai entendues. Le niveau d'entrée, le niveau universitaire de sortie, les conditions de formation : autant de sujets sur lesquels vous m'avez fait part de vos craintes, mais aussi de vos espérances et, donc, de vos propositions, qui sont particulièrement riches. Ces contributions sont très utiles et je tiens à vous en remercier.

En tout état de cause, pour ce qui est du niveau de sortie,



nous devons respecter la méthode que nous nous sommes fixée : décrire l'exercice professionnel, repenser la formation, réaffirmer la qualité du diplôme. Cette démarche n'est pas compatible avec la définition préalable d'un niveau d'études à atteindre. C'est bien l'exercice professionnel qui dicte les exigences en matière de diplôme. Le contenu de la formation et, donc, le niveau reconnu par le Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, découlent de ce travail de fond.

Ce travail, je veux que nous le poursuivons tous ensemble, avec les différents représentants de votre profession, en écoutant toutes les sensibilités, en intégrant tous les modes d'exercice.

Je suis donc satisfaite que les malentendus aient été levés et, qu'ainsi, les travaux aient été repris avec la Direction générale de l'offre de soins (DGOS). Nous allons pouvoir avancer, y compris sur le niveau d'entrée.

Vous le savez, j'attends, dans les prochaines semaines, les conclusions de la mission IGAS-IGAENR sur les modalités de sélection en institut de formation. Les uns et les autres, vous avez été entendus par cette mission, ce qui était indispensable car c'est avec vous que nous allons construire les études de demain.

Comme je vous l'ai dit à plusieurs reprises, je tiens à ce que la nouvelle formation s'appuie sur un système de sélection à la fois homogène et juste. Le système actuel, chacun en convient, doit évoluer. Il manque de lisibilité, ce qui conduit, d'une certaine manière, à sélectionner les candidats en fonction de leur niveau d'information. Ceci n'est pas admissible. De même, comme vous, je refuse la sélection sur l'argent. L'entrée en école de kiné est devenue très difficile, à tel point qu'un marché s'est développé pour aider les candidats. Ce marché représente un effort financier tout à fait considérable pour les familles. Cela ne me satisfait pas. Je veux garantir la mixité des publics dans les instituts de formation. C'est une exigence éthique envers les jeunes issus de milieux modestes, très motivés par l'exercice paramédical, que je veux continuer d'accueillir dans nos dispositifs de formation. C'est également une exigence en termes de qualité des soins, car la variété d'une profession est la meilleure garantie du dynamisme et de sa capacité d'adaptation aux besoins du patient.

Enfin, améliorer la formation et l'exercice passe aussi par le développement de la recherche, sujet qui, je le sais, tient à cœur à beaucoup d'entre vous, dont vous, cher Jacques Vaillant.

J'ai souhaité, dès cette année, étendre le programme hospitalier de recherche infirmière.

Mes services publieront très prochainement la nouvelle circulaire qui prévoit que les masseurs-kinésithérapeutes, comme l'ensemble des professions paramédicales, pourront déposer un projet de recherche dans leur discipline.

Cette extension a pour moi une signification et une portée symbolique forte. C'est la raison pour laquelle j'ai décidé que le problème portera désormais le nom de « Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale ».

Je souhaite donc, en clôture de ces premiers États Généraux, renouveler auprès de chacun de vous, mes plus vifs encouragements à poursuivre dans la voie que vous avez choisie. Exercer votre activité au quotidien tout en se projetant dans l'avenir demande, je le sais, des efforts constants. Je sais que vous êtes prêts à relever ce défi. Vous trouverez toujours votre Ministre à vos côtés. Merci à toutes et à tous.



**Martine ALLAIN-REGNAULT**  
journaliste médicale

**René COURATIER**  
président du Conseil national

# Conclusions



## Martine ALLAIN-REGNAULT

Madame le Ministre tenait beaucoup à être présente à cette journée. Son discours apporte une valeur supplémentaire à ces États Généraux.

## François MAIGNIEN

Nous espérons que, si cette journée se déroulait au mieux, nous pourrions tous en sortir avec une réelle envie d'aller plus loin. Nous aurions bien sûr, nous qui travaillions sur le dossier depuis deux ans, souhaité pouvoir aller encore plus loin et parvenir à de premières conclusions. Nous sentons néanmoins arriver un consensus sur un certain nombre de points, ce qui n'était pas tout à fait le cas lors de notre rencontre du 22 janvier 2010.

Ces États Généraux représentent un réel départ pour le travail de la profession.

## René COURATIER

Vous avez remarqué que je vous ai beaucoup écoutés. Tel était mon rôle. Il revenait aux organisations d'intervenir et à l'Ordre de faire en sorte que la profession atteigne ses objectifs. Nous ne nous contenterons pas de discours, aussi courtois soient-ils, et irons jusqu'au bout de nos démarches.

Les propos des représentants québécois m'ont particulièrement interpellé. La première étape est la première intention. Nous avons d'ores et déjà commencé à négocier la première intention au niveau de l'Ordre. Il s'agit d'une forme d'indépendance de la profession qui, à mon sens, intéresse directement l'ordre. Je sais que les organisations syndicales travaillent sur le sujet. Un certain nombre d'engagements formels ont d'ores et déjà été pris sur la première intention au niveau ministériel. Une partie de nos actes sera levée et passera en première intention. Le Québec et d'autres pays avaient commencé leur migration par la première intention.

Nous travaillons par ailleurs attentivement sur le volume de formation. Il importe d'agir sur plusieurs leviers : le levier politique à l'Assemblée nationale et à l'Élysée, les leviers économiques, etc. Nous devons néanmoins en premier lieu agir dans nos cabinets sur nos patients, qui représentent l'une des meilleures courroies de transmission de nos revendications.

Ces éléments relèvent de notre responsabilité associative, syndicale et ordinale. J'espère que nous tous, réunis devant vous aujourd'hui, nous ne vous décevrons pas et que nous parviendrons, tous ensemble, à laisser à nos enfants une masso-kinésithérapie dont nous serons fiers.

Nous vous tiendrons au courant des évolutions proches de notre profession, car des décisions majeures seront prises au cours de cette année 2010. Bon retour à tous et merci de votre attention.



René Couratier, entouré (de gauche à droite) par Jacques Vaillant et François Maignien, vice-présidents du Conseil national





# SOMMAIRE

## **UNE APPROCHE PROSPECTIVE ET STRATÉGIQUE DE LA PROFESSION DE MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE**

### **L'ABC DE L'AVENIR**

**A- CONDUIRE ET PARTAGER UNE ANALYSE PROSPECTIVE** 134

**B- UNE INTERROGATION SUR LE SENS ET LES VALEURS** 135

**C- UN PROJET STRATÉGIQUE** 136

Le « Livre Vers », produit des États Généraux de la kinésithérapie, inscrit délibérément la profession de kinésithérapeutes dans une démarche prospective<sup>1</sup> et stratégique<sup>2</sup> : définir et maîtriser une vision et un projet d'évolution partagés de la profession, en prenant en compte les facteurs internes et externes qui influent et influenceront sur l'exercice professionnel à court, moyen et long terme.

Cette approche est indispensable pour garantir la qualité de mission de service à la population et le rôle de santé publique, dévolu à la profession, et notamment pour former de manière pertinente une nouvelle génération de professionnels. La gestion prévisionnelle des compétences et de la formation fondée sur une réelle démarche métier est un des enjeux forts pour la société et pour la profession. L'approche stratégique et prospective du « Livre Vers » tente d'y répondre.

---

<sup>1</sup> La **prospective** est la démarche qui vise, dans une perspective déterministe, à se préparer aujourd'hui à demain. Elle ne consiste pas à prévoir l'avenir mais à élaborer des scénarios possibles sur la base de données disponibles.

<sup>2</sup> La **stratégie** consiste à la définition d'actions cohérentes pour réaliser ou pour atteindre un ou des objectifs, se donner des chances de réaliser un projet.

## A- CONDUIRE ET PARTAGER UNE ANALYSE PROSPECTIVE

Le « Livre vers » vise d'abord conduire et partager une analyse prospective, en prenant en compte six facteurs déterminants :

### I - L'évolution de la société française, avec notamment :

- Les besoins de la population pour la santé qui, selon l'OMS, est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité
- Les répercussions sociales des crises économiques
- Les problématiques d'intégration et le multiculturalisme
- Les inégalités et déséquilibres territoriaux : concentrations urbaines et phénomènes des banlieues, désertification rurales et urbanisation », héliotropisme

### II - L'évolution des problématiques de santé :

- Le handicap lié aux accidents ou à la maladie tout au long de la vie
- Les conséquences physiques et mentales du vieillissement de la population
- L'éducation à la santé et la prévention

### III - L'évolution de la médecine, des sciences, des techniques et des concepts de soin :

- Le développement de la médecine préventive en amont et en aval de la médecine curative
- Le développement des médecines alternatives





#### IV - L'évolution du système et de l'économie de la santé :

- La démographie des professions de santé :
  - Vieillesse, départ des « papy boomers »
  - Aspiration à d'autres conditions de vie, de travail.
  - Attentes des jeunes générations de kinésithérapeutes notamment en matière de formation et d'évolution de carrière
  - Emergence de groupes, phénomènes de concentration économique
  - Développement de l'exercice salarié.
- La baisse prévisible du nombre de professionnels de santé, avec comme conséquences des désertifications et une inhomogénéité de la répartition territoriale, ce qui rend nécessaire :
  - La réalisation d'une cartographie précise, détaillée et évolutive de l'implantation des kinésithérapeutes, en ville comme en établissements
  - La mise en œuvre de mesures incitatives pour optimiser cette implantation dans les zones sous denses
- La volonté des pouvoirs publics de maîtriser les dépenses de santé et d'améliorer la productivité économique tout en préservant la qualité de l'offre de services de soins, par
  - La restructuration de la carte hospitalière
  - L'impératif de collaborations, coopérations, complémentarités territoriales

#### V - L'évolution des attentes des patients et de l'offre de service, en ville comme en établissements :

- Les attentes des patients qui demandent :
  - le respect de leurs droits
  - la possibilité de comprendre, d'être informé
  - la possibilité de choisir parmi une offre diversifiée de soins
  - la solvabilisation de leurs besoins de santé
- L'évolution de l'offre de service avec notamment :
  - le développement du maintien à domicile
  - Une mise en concurrence accrue entre les différentes offres : libérale, médico-sociale et sanitaire publique et institutionnelle (privée)

#### VI - L'évolution des compétences des kinésithérapeutes et de leurs qualifications au service des patients, impliquant le développement de leur formation générale et professionnelle

- La nouvelle référence des cursus universitaires structure la qualification au plan national et international
  - Licence
  - Master
  - Doctorat

## B- UNE INTERROGATION SUR LE SENS ET LES VALEURS

Le « Livre Vers » montre qu'il n'y a pas de projet sans une interrogation sur le sens et les valeurs :

Au-delà de l'identification des facteurs stratégiques et de l'analyse de leurs conséquences sur l'exercice du métier on ne peut faire l'impasse sur ce qui donne du sens et fonde les valeurs professionnelles.

Les visions et les pratiques défendues par la profession se réfèrent à des valeurs basées sur :

- L'humanisme
- Les compétences
- La proximité



## C- UN PROJET STRATÉGIQUE

Le « Livre Vers » propose un projet stratégique visant à garantir la qualité de mission de service à la population et le rôle de santé publique dévolu à la profession.

Ces propositions peuvent se résumer en deux points :

**I - Soucieux d'offrir à tous des traitements de qualité**, dans un contexte de vieillissement de la population, d'évolution du nombre de personnes souffrant de maladies chroniques et de déficit annoncé de médecins, tout en tenant compte de la réalité de la distribution des soins. Les États Généraux ont proposé de modifier le code de la santé publique pour que la kinésithérapie devienne une profession médicale à compétences définies, accessible directement aux patients dans un cadre déterminé.

Cet ajustement de la réglementation permettra le positionnement de la kinésithérapie comme profession intermédiaire afin de collaborer avec les médecins généralistes ou spécialistes, particulièrement dans les zones de faible densité.

**II - Simultanément, et alors que 24 instituts de formation en kinésithérapie sur les 39 existants sont déjà en convention avec l'Université**, il est proposé une réforme ambitieuse de la formation initiale aboutissant à un diplôme d'exercice de grade master. Avec :

- la généralisation de l'année de formation orientation sélection par la Première Année Commune aux études de Santé (PACES) ;
- puis 4 années de formation professionnelle universitaire aboutissant à un diplôme d'exercice de grade master permettant la recherche en Kinésithérapie. Cette formation sera encadrée par un numerus clausus d'entrée pour s'adapter aux besoins de santé publique ;
- une filière doctorante propre, permettra la formation d'enseignants chercheurs.

### 2011 est l'année des patients et de leurs droits

Le kinésithérapeute, partenaire de leur santé durable, accompagne toutes les générations, par la mise en œuvre de thérapies adaptées aux différentes pathologies, mais aussi par l'éducation pour la santé, par la prévention, par l'entretien et la remise en forme.

Les patients ont le réflexe kiné ! Ils veulent pouvoir consulter directement ces professionnels qualifiés. Pour répondre de manière optimale à leur attente, les kinésithérapeutes doivent pouvoir, par une formation renouvelée, exercer des compétences médicales définies.



Il y a 6 mois, Claudie a bénéficié d'une rééducation musculaire suite à un accident. Aujourd'hui, elle peut courir comme avant.

Stéphane, graphiste, souffre de troubles musculo-squelettiques à la main gauche. Son masseur-kinésithérapeute le soulage.

Eva n'a jamais consulté de masseur-kinésithérapeute de sa vie, mais si elle en a besoin, elle ira voir celui qui s'occupe de sa famille.

Jules est asthmatique depuis sa naissance. Son masseur-kinésithérapeute lui apprend à mieux comprendre et gérer cette maladie.

Conception : **essentiél** - photos : © Monkey Business - fotok.com - Réhabilitation : emmarie@frs.fr

"2011, année des patients et de leurs droits"

Comme eux, n'attendez pas...

# Ayez le réflexe Kiné !

**Masseur-kinésithérapeute (n.m.)** : professionnel de santé qui accompagne toute la famille dans la durée (éducation pour la santé, prévention, entretien et remise en forme, mise en œuvre des thérapies adaptées à votre pathologie...)



Tous les renseignements sur : [www.ordremk.fr](http://www.ordremk.fr)

*Éditeur : Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes  
120 - 122 rue Réaumur - 75002 PARIS*

*Directeur de publication : René Couratier*

*Dépôt légal à parution, à la Bibliothèque nationale de France*

*Conception et réalisation : éma Trésarrieu - 02 99 77 12 16 - ema.tres@free.fr*

*Accompagnement conseil : **essentiel** STRATÉGIE CONSEIL - 02 99 14 37 65 - www.essentiel-conseil.net*

*Merci à Alain Jaunault pour son apport sur la prospective*

*Crédits photos : CNOMK et © fotolia.com*

*Imprimeur : FABOUEST - 02 96 64 27 86 - fabouest@wanadoo.fr*

*Achévé d'imprimer en juin 2011, en 4000 exemplaires,  
avec des encres végétales sur papier fabriqué à partir de fibres issues de forêts gérées durablement*





Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes

120 -122 rue Réaumur 75002 PARIS - T. 01 46 22 32 97 - F. 01 46 22 08 24 - Courriel : [cno@ordremk.fr](mailto:cno@ordremk.fr) - Site : [www.ordremk.fr](http://www.ordremk.fr)