



EHESP

Filière : **Directeur des Soins**

Promotion : **2014**

Date du Jury : **Décembre 2014**

**Évolution des compétences des masseurs-kinésithérapeutes et besoins de santé :
quelle place pour des aides-kinés?**

Sandrine MONNET

Remerciements

A tout les professionnels de santé, qui part leurs témoignages, ont contribué à ce travail.

A Madame Pascaline Suc pour ses conseils avisés.

A ma collègue de promotion, Isabelle Aboustait pour son aide et pour tous nos échanges sur la profession.

A ma famille, pour leur soutien tout au long de la formation.

A Pierre et à mon petit Cyril pour leur patience pendant cette longue année à l'EHESP.

Sommaire

Introduction.....	1
1 La place de la masso-kinésithérapie dans le système de santé en France.....	5
1.1 Modalités de construction de la kinésithérapie comme discipline	5
1.1.1 Les professions paramédicales	5
1.1.2 Evolution de l'exercice de la masso-kinésithérapie.....	8
1.2 Une proposition de modélisation d'aide-kiné	17
1.2.1 Le modèle aide- soignant en France.....	18
1.2.2 La reconversion professionnelle des dix techniciens d'Aix-les-Bains : un modèle d'aide-kiné ?.....	18
1.2.3 L'articulation entre les MK et les aide-kinés.....	19
2 L'intégration d'une profession intermédiaire à la kinésithérapie en question.....	23
2.1 L'enquête.....	23
2.1.1 Les objectifs poursuivis, la méthode retenue.....	23
2.1.2 Intérêt et limites de l'enquête.....	24
2.1.3 Présentation de la population	25
2.2 Le regard des acteurs	25
2.2.1 Recrutement et fidélisation des kinésithérapeutes salariés.....	26
2.2.2 Quelles compétences ? Pour quel niveau de formation ?.....	27
2.2.3 Quelle place pour des aides-kinésithérapeutes ?.....	29
2.3 Analyse des données et synthèse	31
2.3.1 Analyse	31
2.3.2 Synthèse	33
3 Quelques propositions d'action.....	35
3.1 Favoriser l'acquisition d'une culture commune dans la formation initiale	35
3.1.1 Par une mutualisation des parcours de formation.....	35
3.1.2 Par l'intégration des Nouvelles Techniques de l'Information et de la Communication (NTIC)	36
3.1.3 Par une ouverture vers l'international	37
3.2 Quel champ professionnel pour les masseurs-kinésithérapeutes demain ?.....	37
3.2.1 Préparer les futurs professionnels aux nouveaux modes d'exercice	37

3.2.2 Favoriser l'acquisition d'une posture de praticien en formation initiale	39
3.2.3 Promouvoir la recherche dans un cadre pluridisciplinaire	40
3.2.4 Réussir le partenariat universitaire	41
3.3 La place d'un métier intermédiaire.....	42
Conclusion.....	45
Bibliographie	47
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ANDEP : Association Nationale des Directeurs d'Etablissement Paramédicaux

APA : Activité Physique Adapté

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aide-Soignant

CRF : Centre de Rééducation Fonctionnelle

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalo- Universitaire

CNOMK : Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes

CSP : Code de santé publique

CP : Conseiller Pédagogique

CS : Cadre de Santé

DE : Diplôme d'Etat

DGOS : Direction Général de l'Offre des Soins

DMS : Durée Moyenne de Séjours

DSG : Directeurs des Soins Gestion

DSF : Directeur des Soins Formation

ECTS : European Crédit Transfert System

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EHESP : Ecole des Hautes Etude en Santé Publique

EPS : Etablissement Public de Santé

ESPIC : Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif

IFMK : Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

LMD : Licence Master Doctorat

M1 : Master 1

M2 : Master 2

MK : Masseur-Kinésithérapeute

MPR : médecine physique et de réadaptation

NTIC : Nouvelles Techniques de l'Information et de la Communication

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques

SNS : Stratégie Nationale de Santé

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

Introduction

Les besoins de santé de la population évoluent actuellement dans le sens d'une augmentation des prises en charge du vieillissement et des ses pathologies associées, comme la dépendance et les maladies chroniques. Dans ce cadre, l'espérance de vie sans incapacité est devenue un critère primordial d'évaluation de l'efficacité du système de santé. En cohérence avec le plan stratégique national de santé, l'axe de la prévention doit se développer pour répondre à une demande sociale de plus en plus présente. Cette perspective conduira à une révolution culturelle des métiers de santé, plus axés historiquement sur le curatif et les soins secondaires, voire tertiaires. En parallèle de ces constats sociétaux, la démographie défavorable des professionnels de santé et l'inflation permanente des dépenses de santé exigent également une réorganisation profonde de l'offre de soins.

Dans sa définition, «La masso- kinésithérapie consiste en des actes réalisés de façon manuelle ou instrumentale notamment à des fins de rééducation, qui ont pour but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer».¹ Cette discipline s'attache donc à développer, préserver, retrouver et suppléer le mouvement et les capacités fonctionnelles à tous les âges de la vie. Elle semble donc particulièrement adaptée aux besoins de santé actuelle et future, besoins qui ne peuvent d'ailleurs que mécaniquement augmenter, compte tenu du vieillissement de la population. De plus, la masso-kinésithérapie doit répondre à d'autres demandes, notamment par des actions de prévention, d'éducation et de dépistage, par exemple dans le domaine de l'ergonomie, ce qui lui octroie une place marquée dans la prévention primaire.

Parallèlement, la profession de masseur-kinésithérapeute est en recherche de reconnaissance et d'autonomie, son exercice s'étant considérablement complexifié et spécialisé. Le processus en cours de réingénierie de la formation initiale tend à préciser et intégrer ces nouvelles compétences, même si la profession serait favorable à un curseur universitaire plus élevé, traduisant son plus haut niveau de responsabilité. D'ailleurs, l'évolution du cadre réglementaire est allé dans ce sens en octroyant au masseur-kinésithérapeute une autonomie partielle, qualitative dans le choix de ses techniques et quantitative sur le nombre de séances nécessaire. Le rapport de l'Inspection Générale

¹ MINISTRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Décret n° 2000-577 du 27 juin 2000, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, Journal Officiel de la République Française, 29 juin 2000

des Affaires Sociales (IGAS) propose d'ailleurs la création de professions de santé de niveau intermédiaire où «les nouveaux métiers de santé se spécifient par leur champ d'intervention, leur caractère à la fois inédit, et de haute technicité et par un niveau de compétence et de qualification (master) conduisant à une prise de responsabilité identifiée». ²

Actuellement, les établissements de santé, en particulier les hôpitaux, font face à des difficultés croissantes de recrutement et de fidélisation de professionnels kinésithérapeutes. Nous partons ici du postulat que, compte tenu de l'évolution programmée de la profession des masseurs-kinésithérapeutes, il serait judicieux de repositionner l'offre de soins de cette discipline. Cette évolution possible des compétences et de l'exercice de la masso-kinésithérapie vers plus de responsabilité et de spécialisation, pourrait alors nécessiter la délégation de certaines activités à une nouvelle profession, que l'on pourrait nommer " aide-kiné ". Il semblerait d'ailleurs, que, faute de kinésithérapeutes, certains établissements de santé se soient déjà tournés empiriquement vers une solution de ce type, quoique en dehors de tout cadre réglementaire de référence.

Ce travail de recherche de directeur de soins en formation se propose donc, à travers une réflexion plus globale sur l'évolution des compétences et du rôle du professionnel kinésithérapeute, d'anticiper la formation de cette "nouvelle" profession d'aide-kiné.

Cela nous amène à poser la question globale suivante :

L'évolution de l'offre de soins en masso-kinésithérapie justifie t'elle l'émergence d'une offre de soins intermédiaires dispensée par des aide-kinés ? Quels en seraient les points de vigilance ?

Afin d'y répondre, nous formulons trois axes d'investigation dans notre enquête :

- La problématique d'attractivité et de fidélisation des kinésithérapeutes salariés qui met en question le rôle actuel du kinésithérapeute en établissement de santé.

² INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES, janvier 2011, *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*, p 8.

- L'évolution des compétences du masseur-kinésithérapie, en lien avec les nouveaux besoins de santé, vers plus de responsabilité et la nécessité concomitante d'un niveau de formation universitaire plus élevé.
- Les charges de travail accrues qui pourraient justifier la création d'une profession intermédiaire d'aide-kiné.

Par l'intermédiaire d'une grille d'entretien, nous avons interrogé quatorze professionnels issus d'établissement de santé, de la formation, ainsi que de la représentation ordinale de la profession. L'analyse de leurs discours a permis d'éclairer le questionnement initial de ce travail et d'initier des éléments de réponse.

Nous verrons que les avis sur les compétences du masseur-kinésithérapeute sont très divergents entre les contributeurs du terrain et ceux de la formation ainsi que la représentation ordinale. Sur l'émergence d'une profession intermédiaire d'aide-kiné, on relève des prises de position très divergentes. Ses opposants invoquent avant tout la crainte, avec l'intégration de cette nouvelle profession, de complexifier l'organisation existante et d'ajouter un lien hiérarchique déséquilibré dans le système.

Dans une optique de directeur des soins, nous présentons ci-dessous quelques propositions d'action.

Tout d'abord, un axe prioritaire du Directeur des Soins Formation (DSF) sera d'œuvrer contre le cloisonnement des professions entre elles, notamment par l'acquisition d'une culture commune dans la formation initiale.

D'autre part, amener les futurs professionnels aux nouveaux modes d'exercice nécessite notamment une forte alternance dans les terrains de stage. Cela ne peut se faire que par une collaboration étroite entre le DSF et le Directeur des Soins Gestion.

De plus, le DSF se doit d'accompagner la formation des étudiants masseurs-kinésithérapeutes à une approche plus réflexive, favorisant l'acquisition d'une culture à la recherche.

Enfin, si l'option de la constitution d'une profession, que nous avons étiqueté à l'issue de ce travail technicien de physiothérapie, est retenue, le DSF devra encadrer la mise en place de cette profession en veillant à lui assurer un champ de compétence défini et autonome.

1 La place de la masso-kinésithérapie dans le système de santé en France

1.1 Modalités de construction de la kinésithérapie comme discipline

La profession de Masseur-Kinésithérapeute³ (MK) n'a cessé d'évoluer ces dernières décennies à l'instar des autres professions paramédicales et médicales. Un point sur le contexte environnemental et sur les nouveaux enjeux en formation initiale nous semble utile pour mieux comprendre les dynamiques qui animent cette profession aujourd'hui.

1.1.1 Les professions paramédicales

- **Une multiplicité d'acteurs**

La masso-kinésithérapie fait partie des professions de santé réglementées inscrites au Code de Santé Publique (CSP). Le rapport Y.Berland et Th.Gausseron⁴ a répertorié en 2002, outre les trois professions médicales, médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme, et la profession de pharmacien, dix professions d'auxiliaires médicaux⁵. Il s'agit des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes, des pédicures-podologues, des ergothérapeutes, des psychomotriciens, des orthophonistes, des orthoptistes, des manipulateurs en électroradiologie médicale, des audioprothésistes, et des opticiens-lunetiers. Les professions de diététicien et de technicien de laboratoire d'analyses médicales⁶ ont été rajoutées à la liste des professions de santé en 2003.

Les métiers paramédicaux ont vu le jour réglementairement à partir du milieu du XIXème siècle, la profession de masseur kinésithérapeute datant du 30 avril 1946. C'est dans les années 1950-1960 que les professions paramédicales se diversifient notablement et durant cette période, un nouveau métier émerge tous les 5 ans pour répondre aux nouveaux besoins en santé. L'ensemble de ces professions constitue une richesse en proposant un large choix d'intervention. A l'inverse, la multiplicité de ces métiers extrêmement réglementés complexifie de fait les rapports interprofessionnels. Une des

³ Nous utiliserons dans ce travail indifféremment soit l'appellation de masseur-kinésithérapeute, soit celui de kinésithérapeute ainsi que la terminologie de masso-kinésithérapie ou celle de kinésithérapie.

⁴ BERLAND Y., GAUSSERON Th., décembre 2012, *Démographie des professions de santé*, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, p 19.

⁵ Plutôt que d'utiliser le terme officiel d'auxiliaire médicaux, nous utiliserons le plus souvent, pour évoquer ces professionnels, le terme plus communément employé de paramédicaux.

⁶ ARTICLE D4381-3 du code de la santé publique.

pistes évoquées, pour pallier à ce cloisonnement, serait de faire évoluer les périmètres d'exercice des professions paramédicales et passer de leur large subordination médicale à une pratique beaucoup plus collaborative. Pour les rapporteurs de l' Association Nationale des Directeurs d'Établissement Paramédicaux (ANDEP), il faudrait aller nettement plus loin et «dépasser les cultures corporatives, hiérarchisantes, le réflexe réglementaire et les paradigmes étatiques et médico-centrés, à l'origine d'une partie de ces cloisonnements».⁷

- **De nouveaux enjeux pour la formation**

Depuis 2009, l'ensemble des professions paramédicales de niveau II et III selon le Répertoire Nationale des Certifications Professionnelles, entre progressivement dans le système Licence Master Doctorat (LMD) pour répondre aux accords de Bologne signés en 1999 destiné à harmoniser le système européen d'enseignement supérieur. L'objectif affiché est d'améliorer la qualité et le contenu de formation ainsi que de décroiser les filières grâce à un système de crédits transférables ou ECTS (European Credit Transfert System). Ce processus vise aussi à favoriser la mobilité des étudiants, des enseignants et des chercheurs, en particulier grâce au dispositif ERASMUS.

Les formations d'infirmiers, de manipulateur en électroradiologie, de pédicure-podologue, d'ergothérapie, d'infirmier-anesthésistes, de masso-kinésithérapie, de psychomotricien et plus récemment d'orthophonistes sont désormais inscrites dans le dispositif dit LMD en France. A l'heure actuelle, les diplômes d'infirmier en 2009, d'ergothérapeutes en 2010, et des manipulateurs en électroradiologie médicale en 2012 ont fait l'objet d'un décret leur délivrant, en plus du diplôme d'exercice, un grade de licence. Le diplôme d'infirmier-anesthésiste a obtenu un grade de niveau Master 2 (M2).⁸

En parallèle à l'universitarisation des études, les professions paramédicales sont engagées dans une refonte de leurs formations, communément appelée « réingénierie des études ». Cette réforme est pilotée par le Ministère de la santé, et le cadre pédagogique choisi correspond à une approche par compétence et une démarche curriculaire permettant la construction d'un référentiel de formation pour chaque profession. Le projet national de la réingénierie de la formation en masso-kinésithérapie est en cours d'élaboration.

Dans ce cadre, un protocole d'accord du 2 février 2010 signé par la ministre de la santé annonçait l'attribution du grade de licence à l'ensemble des auxiliaires médicaux à l'horizon 2015. En fait l'arbitrage rendu le 25 janvier 2013 par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé, Mme Marisol Touraine, et la Ministre de l'Enseignement supérieur

⁷ ANDEP, 2012, *Avenirs pour la formation paramédicale en France. Repères pour anticiper l'évolution des structures de formation paramédicale en France à l'horizon 2020*, Interface – Conseil, Etude et formation, p 6.

⁸ ARRETE du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste.

et de la Recherche, Mme Geneviève Fioraso prévoit la reconnaissance des études de kinésithérapie au grade de licence avec l'obtention de 240 ECTS pour un accès direct en seconde année de master. Les orthophonistes devraient, eux, bénéficier d'une reconnaissance des études au niveau M2⁹ ce qui a induit un sentiment de frustration, de convoitise notamment de la part des MK. Suite à cette annonce, un rapport de l'IGAS note : «Il s'en est suivi un effet d'entraînement, les autres professions et étudiants aspirant dorénavant à la reconnaissance d'un grade de master, ou au moins à la validation d'une première année de master». ¹⁰

A l'heure actuelle, le projet de formation, qui devait être appliqué pour les MK pour la rentrée 2015, n'est pas reçu favorablement par les organisations représentatives de la profession qui ont interrompu les négociations en cours, et réclament la mise en place d'un cursus de cinq années d'études, débouchant sur un grade Master. Ce programme, sur le modèle de celui des pays anglo-saxon, sur 5 ans inclurait la première année de sélection par la Première Année Communes des Etudes de Santé (PACES), le dernier semestre de M2 étant sous la forme d'un clinicat de 6 mois.¹¹

En fait, il semblerait que cet arrêt des négociations pour toutes les professions en cours de réingénierie corresponde surtout à une réflexion au niveau du Ministère pour questionner de nouveau les modalités de mise en œuvre de la réingénierie des auxiliaires médicaux. Dans leurs observations, les rapporteurs de l'IGAS¹² note que la mission «regrette que l'approche par profession n'est pas permis un travail plus transversal et interdisciplinaire». ¹³ Celle ci a été en effet pensée sous une forme verticale, «formation par formation», afin d'aboutir rapidement et répondre ainsi aux échéances européennes. L'objectif du Ministère semble être de reprendre le processus de réingénierie des études (hors le cas des infirmières) à partir des recommandations de l'IGAS et donc avec une orientation de transversalité forte entre les professions. Un décloisonnement réglementaire poussé au niveau de la formation initiale des paramédicaux viendrait alors

⁹ PREMIER MINISTRE. Décret n° 2013-798 du 30 août 2013 relatif au régime des études en vue du certificat de capacité d'orthophoniste, Journal Officiel de la République Française, 1^{er} septembre 2013.

¹⁰ IGAS RM2013-129P / IGAENR n°2013-081, MARSALA M., ALLAL P., ROUSSEL I., Juillet 2013, *Les formations paramédicales: Bilan et poursuite du processus d'intégration dans le dispositif LMD*, tome 1, p 20.

¹¹ CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES, Janvier 2010, *Répondre aux besoins de santé et garantir la qualité des soins par une formation et un exercice renouvelés*, 75 p.

¹² INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES, janvier 2011, *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*, p 19.

¹³ L'interdisciplinarité est un regroupement de plusieurs intervenants ayant une formation, une compétence et une expérience spécifiques qui travaillent ensemble à la compréhension globale, commune et unifiée d'une personne en vue d'une intervention concertée à l'intérieur d'un partage complémentaire de tâches.

s'ajouter aux nombreux efforts de mutualisation impulsés actuellement par les régions en charge sur le plan réglementaire du fonctionnement des instituts paramédicaux.¹⁴

1.1.2 Evolution de l'exercice de la masso-kinésithérapie

Le champ de compétence des paramédicaux a beaucoup évolué au cours des vingt dernières années. C'est en particulier le cas de la kinésithérapie où pour laquelle cette évolution se reflète assez largement dans les textes réglementaires successifs régissant la profession, comme, détaillé dans ce paragraphe. Cela témoigne de la volonté des pouvoirs publics à s'appuyer sur les professionnels paramédicaux. Cela rejoint aussi la position de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE) pour qui les professionnels paramédicaux constituent «un vivier important pour améliorer la qualité des soins, le fonctionnement des systèmes de santé, et notamment la couverture territoriale des politiques de santé».¹⁵

▪ Cadre réglementaire

La profession de masseur-kinésithérapeute est inscrite au CSP. Sa définition actuelle est précisée par l'article L4321-1 du CSP : «La profession de masseur-kinésithérapeute consiste à pratiquer habituellement le massage et la gymnastique médicale. Lorsqu'ils agissent dans un but thérapeutique, les masseurs-kinésithérapeutes pratiquent leur art sur ordonnance médicale et peuvent prescrire, sauf indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux nécessaires à l'exercice de leur profession».¹⁶

On peut noter que la pratique de la kinésithérapie y est limitée à un simple ensemble de techniques. Cela se comprend historiquement, avec la fusion de 1946 entre deux corps de métier de la discipline, les gymnastes- médicaux et les infirmiers masseurs. Ce texte inscrit donc la prescription médicale qualitative et quantitative comme préambule indispensable. Il a cependant fallu attendre la fin des années 90 pour voir évoluer les textes réglementaires sur ce point.

L'arrêté du 22 février 2000 du ministère de la Santé, a supprimé l'obligation «quantitative et qualitative» de la prescription médicale, laissant les MK libres de décider du nombre de séances nécessaires à la réalisation des objectifs thérapeutiques fixés. En

¹⁴ REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°2007-1199 du 10 août 2007 relative aux libertés et responsabilités des universités, Journal Officiel de la République Française, 11 août 2007.

¹⁵ DELAMAIRE M.L., LAFORTUNE G., Août 2010, *Nurses in Advanced Roles : A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries*, OECD Health Working Papers, OECD Publishing, n° 54, 106 p.

¹⁶ REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Journal Officiel de la République Française, 5 mars 2002.

effet, alors que le texte applicable jusqu'en février 2000 stipulait: «Art 4. Peuvent être exécutés par des auxiliaires médicaux qualifiés et uniquement sur prescription qualitative et quantitative du médecin, mais en dehors de la présence de celui-ci, les actes médicaux suivants, dont la liste est limitative». L'arrêté du 22 février 2000 dispose dorénavant : «Art. 1er. - A l'article 4 de l'arrêté du 6 janvier 1962 susvisé, les mots : " qualitative et quantitative " sont supprimés».¹⁷

– Autonomie qualitative

Le décret du 8 Octobre 1996 relatif aux actes et à la profession de masseur kinésithérapeute introduisait déjà la notion de diagnostic kinésithérapique. L'article R 4321-2 modifié par le décret n° 2009-955 du 27 juin 2009 accorde une autonomie «qualitative» restreinte mais réelle au kinésithérapeute : «Dans le cadre de la prescription médicale, il établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés». ¹⁸

L'Association Française pour la Recherche et l'Evaluation en Kinésithérapie (AFREK) définit le diagnostic kinésithérapique comme : «un processus d'analyse des déficiences et incapacités observées et/ou mesurées. C'est un processus d'évaluation du pronostic fonctionnel dont les déductions permettent d'établir un programme de traitement en fonction des besoins constatés et de choisir les actes de kinésithérapie à mettre en œuvre». ¹⁹ On parle de processus en boucle car le diagnostic kinésithérapique n'est pas statique mais donne lieu à des réévaluations et réinterprétations successives.

En comparaison, le décret n° 85-918 du 26 août 1985, dans son article 6, stipulait seulement : «Pour la mise en œuvre de traitements prescrits par le médecin, le masseur-Kinésithérapeute est habilité à utiliser les techniques suivantes».²⁰ La fonction de kinésithérapeute a donc évolué d'une simple posture d'exécutant à une fonction thérapeutique impliquant une responsabilité sur le choix de ses actes.

Cette évolution du code de la santé publique a ainsi rendu les kinésithérapeutes juridiquement responsables. La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des

¹⁷ MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION. Arrêté du 22 février 2000 modifiant l'arrêté du 6 janvier 1962 fixant la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoire d'analyses médicales non médecins, Journal Officiel de la République Française, 3 mars 2000.

¹⁸ PREMIER MINISTRE. Décret n°2000-577 du 27 juin 2000 modifiant le décret n°96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, Journal Officiel de la République Française, 29 juin 2000.

¹⁹ Association Française pour la Recherche et l'Evaluation en Kinésithérapie, «Définition du diagnostic kinésithérapique», [en ligne], [visité le août 2014], <http://www.afrek.org>.

²⁰ PREMIER MINISTRE. Décret n°85-918 du 26 août 1985 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, version abrogée le 9 octobre 1996, Journal Officiel de la République Française, 30 août 1985.

malades et à la qualité du système de santé, rend d'ailleurs obligatoire l'assurance de responsabilité professionnelle, que le MK soit de statut libéral ou salarié.

Néanmoins, le décret du 29 juillet 2009 cité ci-dessus, prévoit : «A tout moment, au vu de la fiche synthétique, le médecin prescripteur peut intervenir, en concertation avec le masseur-kinésithérapeute, pour demander une modification du protocole thérapeutique ou interrompre le traitement». Le législateur maintient donc un certain contrôle du prescripteur médical, même s'il s'exerce dans un cadre de «concertation» dès lors qu'un accord doit être trouvé avec le masseur kinésithérapeute.

- Autonomie de prescription

Le code de santé publique, pose l'indication de prescription du masseur kinésithérapeute: «Lorsqu'ils agissent dans un but thérapeutique, les masseurs kinésithérapeutes pratiquent leur art sur ordonnance médicale et peuvent prescrire, sauf indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux nécessaires à l'exercice de leur profession. La liste de ces dispositifs médicaux est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de l'Académie nationale de médecine».²¹

Même si cette prescription reste limitée à du petit matériel, dont la liste est publiée par arrêté du 9 janvier 2006,²² (cane béquille, déambulateur, attelle, sonde, ceinture lombaire..), elle a permis au masseur kinésithérapeute d'acquérir une marge d'autonomie supplémentaire.

- Un Ordre professionnel propre aux MK

Enfin, dans le cadre de l'évolution de la profession, il convient de noter la mise en place d'un ordre professionnel pour les masseurs kinésithérapeutes, créé par la loi du 9 août 2004²³, dont les décrets d'application ne seront adoptés que plus de deux ans plus tard, en juillet 2006.

Ce décret n° 2008-1135 du 3 novembre 2008, portant sur le code de déontologie²⁴ des masseurs kinésithérapeutes, élaboré par le Conseil National de l'Ordre des Masseurs

²¹ Opus cité p.9

²² MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES ET LE MINISTERE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES AGEES, AUX PERSONNES HANDICAPEES ET A LA FAMILLE. Arrêté du 9 janvier 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire, Journal Officiel de la République Française, 13 janvier 2006.

²³ REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, version consolidée au 12 août 2011, Journal Officiel de la République Française, 11 août 2004.

²⁴ MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Décret n° 2008-1135 du 3 novembre 2008 portant code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes, Journal Officiel de la République Française, 5 novembre 2008.

Kinésithérapeutes (CNOMK) et approuvé par le Conseil d'État en deuxième lecture, est un élément essentiel de légitimation de la profession.

Suivant en cela son étymologie, du grec *deon*, -ontos, ce qu'il faut faire, et *logos*, discours, la déontologie se définit comme «Science qui traite du devoir à remplir»²⁵, ou «Ensemble des règles et des devoirs régissant une profession».²⁶ Ce code récent indique donc les devoirs généraux des MK, leurs devoirs envers leurs patients, ainsi qu'entre confrères et membres des autres professions de santé. Le rôle principal du CNOMK est de s'assurer du respect des règles sus citées. Avant la constitution de cet Ordre dédié, les masseurs kinésithérapeutes, comme les autres professionnels paramédicaux, étaient supervisés par l'Ordre des Médecins et devaient donc implicitement suivre le code de déontologie médical, naturellement axé sur l'exercice de la médecine, mais pas toujours adapté à la MK.

En revanche, l'indispensable définition du champ disciplinaire de la masso-kinésithérapie tarde toujours à être modifiée. Une définition plus en adéquation avec sa pratique actuelle émane du CNOMK, mais n'a pas été encore traduite dans des textes réglementaires: «La kinésithérapie est une discipline de santé et une science clinique. Elle est centrée sur le mouvement et l'activité de la personne humaine à tous les âges de la vie, que ce soit dans un but thérapeutique ou pour favoriser le maintien ou l'amélioration de la santé physique, psychique et sociale, la gestion du handicap et le mieux-être des personnes. Les interventions de masso-kinésithérapie s'inscrivent dans les politiques de santé et participent aux actions de santé publique. Tenant compte de l'activité des autres professions de santé, la masso-kinésithérapie met au cœur de sa pratique le patient et vise à le rendre coauteur dans la gestion de ses capacités fonctionnelles, de son autonomie et de sa santé».²⁷

Ce texte ne définit d'ailleurs plus la discipline comme une somme de techniques, mais bien comme un domaine d'intervention.

Ce tableau rapide de l'arsenal législatif de la profession montre une évolution nette vers un plus haut niveau d'autonomie et donc vers des responsabilités accrues, et cela récemment, essentiellement depuis les années 2000. Même si la prescription médicale reste toujours un prérequis obligatoire à tout acte kinésithérapique conventionné, elle laisse une souplesse «quantitative», le MK décidant du nombre de séances nécessaires pour le patient. De plus, dans le cadre de la prescription, le masseur kinésithérapeute est maintenant habilité par le CSP à définir ses objectifs de soins à partir de son propre

²⁵ LAROUSSE

²⁶ LE ROBERT

²⁷ VAILLANT J., «L'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes, 18 mois déjà», *Bulletin officiel du Conseil National*, Février 2008 n°03, [En ligne], consulté le 10 août, <http://publications.ordremk.fr/wp-content/uploads/2008/02/b3.pdf>.

diagnostic kinésithérapique et à faire le choix des techniques lui paraissant les plus appropriées. La prescription laisse donc également au MK une souplesse «qualitative» certaine.

- **La pénurie constatée de kinésithérapeutes salariés et les solutions proposées**

On dénombre actuellement 62 494 professionnels MK²⁸ en exercice, avec une grande majorité 87% exerçant en mode libéral et seulement 13% en mode salarié. La densité moyenne est de 92 masseurs-kinésithérapeutes pour 100.000 habitants mais avec une répartition territoriale peu homogène : la densité locale varie de 31 à 146, ce qui sous tend des difficultés très variables de recrutement selon les régions.²⁹

En milieu salarial, on distingue l'exercice en centre de santé privé et celui en Etablissement Public de Santé (EPS). Les données pour l'année 2012 indiquent pour ces derniers un effectif total de 3099 MK en (soit 2474 Equivalent Temps Plein) auquel il convient d'ajouter 91 libéraux en vacation sur les EPS.³⁰

Les kinésithérapeutes sont étiquetés comme métiers sensibles dans 170 EPS³¹ sur les 348 ayant renseigné la plateforme de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH). Ce sont ceux pour lesquels, les EPS connaissent ou vont connaître le plus de difficultés de recrutement en raison de la pénurie et /ou de la concurrence du secteur privé. Pour illustration, la région Rhône-Alpes, pourtant considérée comme attractive pour les MK, compte actuellement 8% de postes vacants en établissements, valeur déjà non négligeable, mais qui s'élève à 29% pour les établissements médico-sociaux.³²

Différentes raisons sont avancées pour expliquer la pénurie constatée des kinésithérapeutes dans les EPS.

La première concerne le niveau de rémunération qui conduit les jeunes professionnels à s'orienter préférentiellement vers l'activité libérale. En salarié, le titre de MK est classé au

²⁸ OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA DEMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTE: Les masseurs-kinésithérapeutes représentent 7% des effectifs de santé et 10% des paramédicaux

²⁹ CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES, octobre 2010, *Démographie des masseurs-kinésithérapeutes*, p. 3.

³⁰ STATISTIQUE ANNUELLE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE (SAE), «Accès aux données SAE 2012», [En ligne], consulté le 3 septembre 2014, <http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr>

³¹ ANALYSE DES BILANS SOCIAUX DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE élaborée à partir des bilans sociaux 2012: *Indicateur 12, Métiers les plus sensibles*, renseignés sur la plateforme ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'hospitalisation) ; on retrouve en premier les masseur-kinésithérapeute (170 EPS soit 69,1%), Infirmier en soins généraux (102 EPS soit 39,4%), infirmier en anesthésie-réanimation (61 EPS soit 23,6%).

³² ARS RHONE-ALPES., «Etat des lieux de la profession de masseurs-kinésithérapeutes en région Rhône-Alpes» Juillet 2014.

niveau III du registre national des classifications professionnelles, ce qui place les MK dans une position relativement basse dans les grilles de la fonction publique hospitalière. Le coût élevé des écoles privées amène aussi les professionnels récemment diplômés à faire d'emblée le choix du secteur libéral afin de rembourser les emprunts contractés lors de leurs études. L'écart maximum constaté entre les écoles sur l'ensemble du parcours de formation est considérable, allant de 543 € pour une école publique à 30 000 € pour un Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie (IFMK) privé à but lucratif. D'autre part, la profession se féminise de plus en plus. On compte actuellement 46% de femmes au niveau national et leur présence va certainement s'accroître dans les années à venir. On peut anticiper que cette évolution majore l'effet de pénurie constaté en EPS, les personnels en congé maternité n'étant souvent pas remplacés.

Une enquête de fin d'étude de cadre en 2003 a répertorié, par ordre d'importance décroissante, les trois points négatifs les plus cités par les professionnels interrogés. En premier, on trouve le niveau de salaire, en deuxième le poids de la hiérarchie, et en troisième position le manque de reconnaissance. Ce dernier point est précisé dans ce travail et proviendrait d'un manque de connaissance des compétences du MK par les autres professionnels, de difficultés d'intégration du MK dans les unités de soins, et du manque de traçabilité de son exercice.³³

Face à l'augmentation de la pénurie de recrutement des kinésithérapeutes salariés, le Ministère de la Santé a pris des mesures nationales. Les quotas d'entrée dans les IFMK n'ont cessé d'augmenter depuis les années 2000.

Il faut aussi tenir compte des autorisations d'exercice accordées aux titulaires d'un diplôme étranger. Numériquement, cette filière étrangère fournit depuis les années 2000 autant de nouveaux professionnels que la filière nationale contrainte par les quotas.

D'ailleurs, les filières espagnoles et celles visant l'Europe de l'Est sont largement développées par les hôpitaux pour pallier aux pénuries constatées dans ce secteur.

Afin d'améliorer le recrutement, les salaires des contractuels correspondent maintenant au moins à l'échelon 4 (1713,21 € brut) et la plupart des établissements proposent des contrats de pré-recrutement sous forme d'allocations d'étude.

▪ **Les compétences attendues d'un professionnel MK aujourd'hui**

Au delà du constat de quête de légitimité et de reconnaissance des professions paramédicales, la réflexion dans ce paragraphe sur les compétences attendues du MK s'appuie sur les attentes du système de santé dans ce domaine. En effet, comme stipulé

³³ LAGNEAU F., 2004, *La difficulté de recrutement des masseurs-kinésithérapeutes : pénurie ou manque de motivation?*, Mémoire de l'institut de formation des cadres de santé de Montpellier, 98p.

par F.X. Schweyer³⁴, les professionnels doivent évoluer non seulement par rapport à leurs compétences mais aussi par rapport à la place qu'ils occupent dans le système de santé. Pour y parvenir, il est nécessaire de prendre en compte des facteurs multiples tels que des enjeux cliniques, politiques, économiques et socioprofessionnel. D'autre part, il paraît pertinent de faire un parallèle entre les enjeux et la construction de l'identité de ces professionnels de santé. On sait en effet qu'ils se construisent largement à partir de la façon dont ils voient eux mêmes les enjeux et les buts de leur profession ('modèle de santé') et comment ils estiment ce que doit être leur contribution ('modèle de posture' ou "modèle d'exercice").

Tout d'abord, en termes d'enjeux cliniques, l'attendu semble avant tout de former des professionnels cliniciens, sur le terrain, répondant à un besoin de soins, où s'articulent des compétences techniques et des valeurs éthiques. En référence au modèle de santé décrit par J. Bury³⁵, on se situe sur le modèle médical ou modèle biomédical curatif. Dans le cadre de la formation initiale, ce modèle implique peu d'exigence réflexive en termes de contenu de formation, dès lors qu'il se base principalement sur la capacité à reproduire des techniques et à appliquer des protocoles précis. Il nécessite par contre l'acquisition d'une large gamme de gestes techniques, couplés à une grande dextérité manuelle. En référence avec les modèles de la posture décrits par J. Ardoino³⁶, dans le cadre de son exercice prescrit, soumis au respect d'un décret d'acte qu'il réalise par délégation, la posture du masseur kinésithérapeute s'apparente ici principalement à une posture d'agent, simple exécutant. Parallèlement, il y a aussi un besoin de professionnels experts dans des secteurs ciblés. Les difficultés liées à la mise en œuvre des programmes visant à favoriser les coopérations entre professionnels de santé (article 51 de la loi HPST³⁷) témoignent des limites de ce modèle essentiellement fondé sur le référentiel médical. Est particulièrement en question la mise en œuvre de pratiques avancées, qui, du fait que le professionnel va au delà de son champ de compétence réglementaire, doit nécessairement être encadrée par une profession réglementée, en l'occurrence la profession médicale.

La Stratégie Nationale de Santé (SNS) préconise «le développement de nouveaux métiers de santé, correspondant à un niveau de formation intermédiaire entre celui des

³⁴ SCHWEYER FX., juin 1998, «L'universitarisation de la formation en soins infirmiers: les promesses et leurs ombres», *Recherche en soins infirmiers*, n° 93, pp. 120-121.

³⁵ BURY, J., 1988, *L'éducation pour la santé, Concepts, enjeux et planification*, Ed. De Boeck Université, 146 p.

³⁶ ARDOINO J., 1990, *Les postures (ou imposture) respectives du chercheur*, Vigneux,; Matrice, 43 p.

³⁷ REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Journal Officiel de la République Française, 22 juillet 2009.

auxiliaires médicaux et des médecins, de même que le transfert de compétences».³⁸ Pour les rapporteurs de l'IGAS, un nouveau métier ne se justifie cependant que s'il «se situe, dans toutes ses dimensions, très au delà de la mise à jour d'un métier existant ». Ils considèrent que les créations actuelles de Master 2 pour plusieurs formations paramédicales ne suffisent pas à leur conférer cette dénomination et donc justifier de tels transferts de compétences.

En termes d'enjeux politiques, l'orientation préconisée par la SNS, dans un contexte de population vieillissante, est d'axer les soins de santé sur une philosophie de soins primaires pour un dépistage précoce du risque de la perte d'autonomie. Les pouvoirs publics priorisent cette orientation même dans la formation initiale. Pour preuve la circulaire N° DGOS/RH1/2012/317 du 9 août 2012 invite les instituts de formation paramédicale à prendre en compte les plans de santé publique en vigueur dans la formation initiale des étudiants.

La profession semble particulièrement bien adaptée pour répondre à ce type de besoins de santé. En effet, «la masso-kinésithérapie consiste en des actes réalisés de façon manuelle ou instrumentale notamment à des fins de rééducation, qui ont pour but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer».³⁹ Cette discipline a donc tout le champ de compétence requis pour développer, préserver, retrouver et suppléer le mouvement et les capacités fonctionnelles à tous les âges de la vie. Les besoins en kinésithérapie ne peuvent donc que mécaniquement augmenter compte tenu notamment du vieillissement de la population. De plus, le MK, en collaboration avec les autres métiers de rééducation, notamment les ergothérapeutes, les psychomotriciens, a un champ d'action dans l'ergonomie et dans des actions de prévention, d'éducation et de dépistage entre autres, lui octroyant donc, en théorie, une place marquée dans la prévention primaire. Dans ce modèle, de santé global ou bio-psycho-social, le patient devient coauteur de ses démarches de santé avec le thérapeute. L'exercice de la masso-kinésithérapie répond à des exigences différentes du modèle biomédical. Les axes thérapeutiques ne peuvent plus être protocolisés de manière stricte, mais doivent être adaptés individuellement à chaque patient. L'évaluation et le diagnostic kinésithérapique doivent prendre en compte les attentes du patient et considérer leur faisabilité en fonction de facteurs sociaux et psychologiques. En termes de postures, on se situe ici plus sur une posture d'acteur, disposant d'une certaine marge de manœuvre, qui s'interroge et cherche à mettre du sens dans ce qu'il fait.

³⁸ STRATEGIE NATIONALE DE SANTE, septembre 2013, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, [En ligne], 20 septembre 2014, <http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-version-longue.pdf>.

³⁹ Opus cité p.9

En termes socio-professionnels, les relations entre disciplines professionnelles dans le domaine médical tendent à se renforcer. La loi du 4 mars 2002 repositionne le patient au centre du dispositif de prise en charge. Pour F.X. Scheweyer, au delà de la maladie, on devrait aussi prendre en considération «l'évolution des sensibilités et des représentations face aux dangers et aux risques, ainsi que les profonds changements liés aux droits des patients, à l'éthique, aux normes managériales, à la tension entre cure et care».⁴⁰

Parallèlement, «l'atteinte de l'autonomie est un critère reconnu de professionnalisation et un atout important dans le jeu des relations avec d'autres disciplines professionnelles».⁴¹

Les professions paramédicales sont en quête de cette autonomie et de cette légitimité en regard de la domination médicale. En parallèle, compte tenu du constat des déserts médicaux et de la démographie médicale qui ne retrouvera son niveau initial qu'en 2035⁴², les pouvoirs publics suggèrent de s'appuyer largement sur les compétences et l'expertise des paramédicaux pour répondre aux besoins de santé. Cela peut particulièrement impacter le champ de la kinésithérapie, dès lors que la spécialité de médecine physique et rééducation fonctionnelle est largement touchée avec une baisse estimée à 50% des effectifs en 2030. Cela implique de concevoir une nouvelle articulation entre ces professionnels, et ne peut se réaliser que dans un cadre réglementaire précis, où les nouvelles compétences seraient pleinement inscrites. Dans une réflexion sur les enjeux de pouvoir et quête de légitimité des professionnels de santé⁴³, les auteurs questionnent plus largement la reconfiguration de l'espace social de la santé, la nécessaire redéfinition des domaines de compétence et de leurs frontières, mais aussi la mise en place d'un rapport nouveau entre les professionnels, la Société et l'Etat. Enfin, un axe fort de la SNS passe par le développement de la recherche sous une nouvelle configuration, où s'articule recherche clinique- recherche fondamentale dans un contexte pluri professionnel, ne pouvant, du moins en théorie, que favoriser les partenariats entre les professionnels.

En référence aux modèles d'exercice, on est passé d'un modèle de technicien à un modèle de praticien⁴⁴. Dans ce dernier modèle, la collaboration médicale et paramédicale

⁴⁰ DUPUIS M et al., 2013, *Etre infirmière à l'ère universitaire. Enjeux, débats et évolutions*, Paris : Seli Arslan, p 119.

⁴¹ Ibid p. 144.

⁴² ATTAL-TOUBERT K., VANDERSCHULDEN M., février 2009, *La démographie médicale à l'horizon 2030: de nouvelles projections nationales et régionales*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) ; Etudes et résultats N° 679, 45 p.

⁴³ AIACH P., FASSIN D., 1994, *Les métiers de la santé: enjeux de pouvoir en quête de légitimité*, Paris : Anthropos, 364 p.

⁴⁴ MICHON D., «Plaidoyer pour de nouveaux modèles d'exercices et des démarches interprofessionnelles de recherche», Journée Nationale de la Kinésithérapie Salariée, 25 septembre 2014, St Maurice : CNKS.

autour d'un projet de soins est forte, et la construction identitaire de santé devient dominante face à la culture de métier.

En termes d'enjeux économiques, l'efficacité du parcours de soins est mise en avant, certes dans le but d'améliorer qualitativement l'offre de soins, mais aussi avec un objectif de maîtrise des coûts de santé. Cela induit une personnalisation de la prise en charge où l'utilisateur devient là aussi «codécideur de sa thérapeutique».⁴⁵ Dans un travail exploratoire, la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS), en 2008, a défini des axes d'évolution du métier des MK dans les dix ans à venir et notamment, en regard de l'efficacité du parcours de soins : «La réduction progressive de la durée moyenne de séjour va renforcer la plurivalence des masseurs-kinésithérapeutes, modifier les pratiques dans le sens d'une plus grande part d'évaluation, d'orientation et d'anticipation du parcours de soins du patient».⁴⁶ La pratique du MK salarié en EPS, est susceptible dès lors d'évoluer considérablement, d'une prise en charge thérapeutique curative très individualiste propre au modèle de technicien à un rôle d'anticipation et de préparation de la sortie du patient en collaboration étroite avec les autres professionnels de santé (et notamment les autres professionnels de la rééducation), plus en lien avec le modèle de praticien.

Dans cette optique, il paraît légitime que la fonction des MK évolue vers plus de responsabilités, et in fine, plus d'autonomie. Cependant, certains actes que l'on pourrait considérer à faible valeur ajoutée et à caractère répétitif (lever, marche) pour le MK, restent essentiels pour la prise en charge du patient. On peut estimer que ces actes gagneraient à être délégués à une autre profession que l'on peut nommer, en première intention, «aide-kiné». Reste à déterminer précisément son champ de compétence souhaitable, son contenu de formation et sa place au sein du système de santé.

1.2 Une proposition de modélisation d'aide-kiné

Afin de proposer un modèle d'aide-kiné le plus réaliste possible, nous nous appuyons sur deux modèles, celui des aides-soignants et celui des techniciens de physiothérapie d'Aix les Bains. Ainsi, à partir d'une réflexion sur l'existant, et à partir de repères sociologiques sur les notions d'identité professionnelle, nous tenterons de dégager un modèle d'aide-kiné aussi pertinent que possible.

⁴⁵ RAPPORT HCAAM, 2012

⁴⁶ DHOS, 2008.

1.2.1 Le modèle aide- soignant en France

Historiquement, en 1926, est créée une nouvelle catégorie de professionnels, les assistantes hospitalières aux Hospices Civils de Lyon. Formées en un an, elles étaient destinées à seconder les infirmières diplômées dans les soins d'hygiène et de confort. En janvier 1949, le titre d'Aide-Soignant (AS) fait son apparition à l'échelle nationale. Ce titre était alors délivré par le médecin chef de service à du personnel hospitalier faisant la preuve d'une capacité à prendre en charge et à participer aux soins d'un groupe de malades pendant au moins un an. Les textes définissent le métier et qualifient l'AS comme un agent qui: «exerce son activité sous la responsabilité de l'infirmière, dans le cadre du rôle propre dévolu à celui-ci».⁴⁷ P. Charré dans son mémoire de directeur des soins de l'Ecole des Hautes Etude en Santé Publique (EHESP) sur la construction et la reconnaissance de l'identité professionnelle AS estime, d'après cette définition, «qu'en l'absence du métier d'infirmière, celui des aides-soignantes n'aurait pas de raison d'être».⁴⁸

Il faut néanmoins attendre le décret du 31 août 2007 pour que le Diplôme d'Etat (DE) d'AS soit créé sous la pression des organisations professionnelles. Même si l'on note alors une certaine évolution réglementaire, le métier d'AS conserve une notion de subordination forte avec le métier d'infirmière. C'est d'autant plus vrai qu'il n'existe à ce jour aucun décret de compétence propre à ce métier, ce qui rend difficile la délimitation de son rôle et nuit à sa visibilité.

Fort de la connaissance du modèle AS existant, notre réflexion portant sur une modélisation d'aide-kiné, nous questionnerons leur place dans le processus de soins et la construction de leur identité professionnelle.

1.2.2 La reconversion professionnelle des dix techniciens d'Aix-les-Bains : un modèle d'aide-kiné ?

Suite au rachat des thermes d'Aix-les-Bains par une structure privée en 2010, la DGOS (Direction Général de l'Offre des Soins) a été amenée à procéder au reclassement des personnels techniques du service de physiothérapie et a mandaté à cet effet l'ARS de la Région Rhône Alpes. Leur formation complémentaire, assurée par les enseignants de l'école de masso-kinésithérapie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Grenoble,

⁴⁷ ARTICLES R 4311-3 à R 4311-5 du code de la santé publique.

⁴⁸ CHARRE P., 2012, *La construction et la reconnaissance de l'identité professionnelle d'aide-soignante: levier de collaboration des Directions des Soins Gestion et Formation*, Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, p 12.

est alors organisée en trois modules de «physiothérapie»⁴⁹ à raison de 200 heures de cours théoriques sur une période de deux mois suivi d'un stage pratique de 4 semaines en établissement de santé. Ces trois modules faisaient suite à trois modules d'AS.

Le décret du 9 mars 2010 a habilité les dix techniciens à effectuer les actes suivants:

- «Lever du patient et aide à la marche ;
- Techniques d'activation dans un objectif de prévention de la perte d'autonomie de la personne ;
- Massage manuel ;
- Mobilisation articulaire en balnéothérapie et hydrothérapie ;
- Installation d'appareils de mobilisation articulaire passive ;
- Thermothérapie».⁵⁰

Il est à préciser que l'alinéa 2 de l'article 1^{er} mentionne que ces actes sont effectués selon les «indications» du MK et sous son «contrôle».

Cette formation sur un an a permis avec succès le reclassement de ces dix professionnels, qui ont tous été embauchés par différentes structures de santé. Nous profiterons, pour affiner l'analyse de notre enquête dans la suite de ce travail, du témoignage des techniciens de physiothérapie en exercice.

Enfin, nous pouvons préciser, que cette expérimentation, pourtant portée par le Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes (CNOMK), n'a pas reçu en 2010, un écho favorable de la part d'une partie de la profession.

1.2.3 L'articulation entre les MK et les aide-kinés

▪ La délégation d'actes: approche sociologique

La délégation d'actes se pose notamment lorsque le nombre et la durée des actes dans un métier donné augmente de façon importante. Une distinction s'opère alors presque automatiquement entre les tâches dites nobles, prestigieuses et celles ingrates, voire même perçues comme dégradantes.

E. Hughes⁵¹ a été le premier sociologue dans les années 50 aux Etats Unis à se questionner sur cette notion. Les actes délégués des infirmières vers les aides-soignantes étaient alors jugés accessoires et situés en bas de l'échelle des valeurs sociales. Il parle de délégation du sale boulot ou «dirty work». Pour D. Bourgeon, les professions de santé

⁴⁹ Le terme de kinésithérapie est peu utilisé dans le monde. On emploie généralement « physiothérapie » comme au Canada et en Suisse ou un terme de même étymologie dans les autres langues. Il a été fait le choix en 2010 d'utiliser ce terme pour les modules enseignés ainsi que pour l'appellation des professionnels, à savoir les **techniciens de physiothérapie**.

⁵⁰ MINISTERE DE LA SANTE ET DU SPORT. Décret n° 2010-245 du 9 mars 2010 relatif aux actes que sont autorisées à effectuer les personnes titulaires de l'examen de fin d'études ou du diplôme délivré par l'école des techniques thermales d'Aix-les-Bains et obtenu avant le 31 décembre 1982, Journal Officiel de la République Française, 11 mars 2010.

⁵¹ HUGUES E., 1996, *Le regard sociologique. Essais choisis*, Textes rassemblés et présentés par J-M CHAPOULIE Paris, Ed. EHESS, 344 p.

sont toutes inscrites dans des luttes de pouvoir. C'est la raison pour laquelle, d'après lui, les infirmières reproduisent «le mécanisme médical à l'encontre des aides-soignants».⁵²

M. Catanas⁵³ questionne ce type de regard porté à ces champs d'activité délaissés considérés comme moins nobles, et conseille de les décliner plutôt en niveaux. Reprenant l'exemple des aides-soignantes, l'auteur propose de les nommer infirmières de 1^{er} niveau pour éviter l'emploi d'un qualificatif aussi négatif que «sale boulot».

Ainsi, envisager un niveau intermédiaire à la kinésithérapie, est ce inévitablement considérer qu'il existerait des pratiques de la kinésithérapie nobles et d'autres moins nobles ? Une piste de réflexion pourrait porter sur l'éventualité de niveau différent de pratique en fonction du niveau de sortie de cursus. Une autre piste, pour ne pas tomber dans le travers de lien de subordination entre les deux professions, serait de réfléchir en termes de transferts et non de délégation de tâche.

- **Délégation ou transfert de tâche? L'exemple de la délégation médicale vers l'exercice de la kinésithérapie**

Par définition, «la délégation désigne l'action par laquelle le médecin confie à un autre professionnel de santé la réalisation d'un acte de soin ou d'une tâche. La délégation comprend l'idée de supervision. La responsabilité du délégant (le médecin) reste engagée du fait de la décision de déléguer, la responsabilité du délégué (le professionnel non médical) est engagée dans la réalisation de l'acte». A contrario, «le transfert est défini comme l'action de déplacer l'acte de soin, d'un corps professionnel à un autre : les activités sont confiées dans leur totalité, y compris en termes de responsabilité, à une autre profession. Les professionnels non médicaux sont donc autonomes dans la décision et la réalisation».⁵⁴

Dans les textes régissant la profession de masso-kinésithérapie, la prescription médicale reste un prérequis obligatoire. Chaque article des décrets d'application de l'exercice de la profession débute d'ailleurs systématiquement par «dans le cadre de la prescription médicale....». L'exercice de la kinésithérapie demeure donc bien une activité professionnelle soumise à prescription médicale et réalisée par délégation. Il paraît intéressant de noter que l'emploi du terme délégation signifie que le médecin délègue des tâches qu'il serait en principe capable d'exécuter ou de réaliser lui-même. Or, l'on peut avancer que si le médecin a effectivement la compétence requise pour prescrire les traitements nécessaires, il ne connaît en général pas précisément le panel des

⁵² BOURGEON D, 2009, *Identités professionnelles, alternance et universitarisation*, Ed. Lamarre, p.11.

⁵³ CATANAS M., avril 2007, «*De la question de l'universitarisation des soins infirmiers*», [En ligne], 18 aout 2014, <http://www.cadredesanté.com>.

⁵⁴ HAS, 2007, «*Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de sante: Les aspects juridiques*», Service évaluation médico-économique et santé publique, p.110.

techniques, leurs évolutions récentes et leurs éventuelles difficultés de réalisation. Historiquement, les actes de massage et de gymnastique au départ pratiqués par les médecins ont été progressivement abandonnés au profit d'autres professionnels non médecins. La notion de délégation avait alors tout son sens, les médecins étant à même de réaliser ces techniques. Actuellement l'exercice de la kinésithérapie est spécifique comme d'ailleurs l'exercice de la médecine. La notion de délégation qui perdure dans les actes kinésithérapiques, renforcée par le distinguo entre professions médicales et professions paramédicales, paraît de plus en plus dépassée. Il serait plus pertinent de tendre vers les notions de transfert de compétence et de collaboration, approche indispensable lors de traitements interdisciplinaires. C'est d'autant plus primordial que l'objectif doit être partagé pour plus d'efficacité pour le patient et, comme le souligne A. Gibelin: «Dans le domaine de la santé, la collaboration est généralement définie comme un processus conjoint de prise de décision partagée».⁵⁵

▪ La construction d'une identité professionnelle

La problématique de l'identité professionnelle s'affirme clairement chez les paramédicaux, le monde hospitalier étant un milieu fortement hiérarchisé.

R. Sainsaulieu⁵⁶ a largement étudié ce concept. Par l'analyse du fonctionnement des ateliers, il a pu mettre en évidence que le processus individuel de construction d'identité professionnelle est impacté en permanence par le poids des rapports sociaux. La constitution de l'identité personnelle est dès lors, un processus complexe d'identification et de différenciation. Ainsi l'individu se construit comme semblable aux autres tout en affirmant sa différence.

D. Bourgeon évoque l'importance d'un «savoir spécifique» comme pré requis essentiel car «la construction identitaire relève en partie d'un processus d'apprentissage de savoirs visant à structurer et organiser des connaissances».⁵⁷ Faute d'un savoir spécifique défini, on peut facilement comprendre que le métier d'AS peine à faire valoir son identité professionnelle. On comprend aussi toute l'importance du temps de formation en alternance pour amener le futur professionnel à se construire. L'auteur fait référence au «processus d'identisation» de P.Tap, qui renvoie à la confrontation entre la Société en évolution permanente (les métiers changent) et l'individu en constante mutation. Cette identification ou "identisation" professionnelle est d'autant plus compliquée à acquérir, que pour G. Le Boterf «nous assistons aujourd'hui à une fragilisation croissante des collectifs de travail qui constituait une écologie favorable au processus de

⁵⁵ GIBELIN A., «Des contributions professionnelles à l'efficacité interprofessionnelle», Journée Nationale de la Kinésithérapie Salariée, 25 septembre 2014, St Maurice : CNKS

⁵⁶ SAINSAULIEU R., 1993, *L'identité au travail*, Paris : Références académiques, 477 p.

⁵⁷ Opus cité p. 20.

professionnalisation : les nombreux départs à la retraite dus aux évolutions démographiques, les changements fréquents de l'organisation du travail, les mobilités professionnelles accélérées en sont la cause. Il en résulte une perte de la mémoire professionnelle et une disparition de l'expertise qui constitue un environnement nécessaire à la professionnalisation des nouveaux entrants». ⁵⁸

Mais pour que la construction de l'identité professionnelle soit efficace, il est essentiel que le groupe professionnel et donc l'individu soient reconnus dans le regard des autres dans leurs domaines de compétences. Il est donc nécessaire qu'un champ de compétences propres soit identifié, ce qui sous-entend une certaine marge d'autonomie associée. Ce postulat est renforcé par F. Osty pour qui «l'accès à la reconnaissance d'une dynamique sociale de métier correspond à la quête de légitimation de pratiques autonomes». ⁵⁹

Aussi, prévoir l'articulation entre kinésithérapeute et aide-kiné devrait, à notre sens, s'envisager plus en termes de transfert réels de compétences en s'appuyant sur les leçons de l'histoire, afin d'éviter de reproduire les moins-values des modèles existants, que ce soit, pour ne citer qu'eux, celui des infirmières et des kinésithérapeutes en regard des médecins ou celui des aides-soignantes en regard des infirmières.

⁵⁸ LE BORTEF G., 2010, *Professionnaliser, Construire des parcours personnalisés de professionnalisation*, Ed. d'organisation, 6^e édition, Paris, p.22.

⁵⁹ OSTY F., 2003, *Le désir de métier: Engagement, identité et reconnaissance au travail*, Rennes : Presse Universitaire de Rennes, 204 p.

2 L'intégration d'une profession intermédiaire à la kinésithérapie en question

2.1 L'enquête

2.1.1 Les objectifs poursuivis, la méthode retenue

Ce travail cherche à appréhender les évolutions possibles de l'offre de soins en kinésithérapie que mettent en exergue les problématiques constatées de recrutement et de fidélisation des kinésithérapeutes dans les établissements de santé.

A partir des points de vues évoqués par des professionnels hospitaliers (Directeurs des soins et Directeur IFMK), et non hospitaliers (Cadre rééducateurs, Techniciens de physiothérapie, Conseiller ordinal, Médecins de médecine physique, Conseiller pédagogique de l'ARS), l'enquête vise à comprendre les évolutions des compétences des professionnels MK qui justifierait ou pas de la délégation de tâches vers une autre profession.

Pour tenter de répondre à notre question de départ, à savoir : **Quels pourraient être les plus-values et les points de vigilance à l'intégration d'aide-kinés dans le système de santé?** , nous avons élaboré plusieurs axes d'investigation.

- **1^{er} axe d'investigation**: Le questionnement du rôle actuel du kinésithérapeute en établissement de santé par la problématique d'attractivité et de fidélisation des kinésithérapeutes salariés.
- **2^{ème} axe d'investigation** : Les compétences attendues et le niveau de formation universitaire nécessaire au MK, compte tenu de l'évolution des nouveaux besoins de santé de la population dans leur domaine.
- **3^{ème} axe d'investigation** : La pertinence de la création d'une profession intermédiaire d'aide-kiné, agissant soit sous forme de délégation, soit par transfert de compétences.

A partir des représentations de différents professionnels, notre objectif était d'analyser la nécessaire évolution de l'offre de soins en kinésithérapie.

Nous avons fait le choix d'entretien semi-directifs car nous souhaitions recueillir leurs discours sur un certain nombre de thèmes, dans un ordre prédéfini, avec un certains nombres de sous-questions sur chaque thématique. Dès le début de l'entretien, nous leur

avons fait part des quatre thématiques et notamment de notre questionnaire sur l'intérêt ou pas de l'émergence d'une profession d'aide kiné.

Une trame commune d'interview a été élaborée puis déclinée en fonction des différents lieux d'exercice des professionnels : en établissement de santé (public et privé) d'une part (Annexe I), et en institut, à l'ARS et au sein du CNOMK d'autre part (Annexe II).

Nous avons aussi réalisé un guide d'entretien (Annexe III) pour le public de technicien de physiothérapie, l'objectif étant de faire un état des lieux sur leurs activités depuis leurs prises de fonction en 2008.

En veillant à préserver l'anonymat, les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits. Nous avons ensuite analysé les entretiens pour mettre en exergue les points de convergence et de divergence entre les différents discours recueillis.

2.1.2 Intérêt et limites de l'enquête

Dans ce travail, nous avons omis d'interroger les représentants d'usagers. Avec le recul, cela aurait été une plus value pour notre réflexion, d'autant plus que les usagers sont moins concernés directement par les problèmes liés aux organisations. Il aurait été, effectivement intéressant de questionner leurs attentes sur les compétences des professionnels MK et aussi de connaître leurs avis sur le bien fondé d'un cadre d'aide-kinés. Nous aurions du aussi élargir notre panel avec des directeurs d'institut de kinésithérapie privé, pour consulter leurs avis sur la formation initiale.

D'autre part, les interviewés semblaient peu concernés par la question sur le niveau de formation; de fait, ce point leur semblait accessoire compte tenu des difficultés de terrain rencontrés. Nous avons même eu l'impression de les mettre en difficulté lorsqu'ils étaient questionnés sur le lien entre compétence et niveau de formation, ce qui a rendu leurs réponses difficilement exploitables. Nous n'avons jamais expérimenté cet outil, et n'avons probablement pas su toujours relancer le discours des interviewés à bon escient.

Il était néanmoins intéressant de confronter l'avis des professionnels de terrain sur la plus value ou pas d'un métier d'aide-kiné. Il était finalement assez logique de retrouver des avis opposés entre ceux qui n'avaient jamais réfléchi à cette éventualité et ceux qui expérimentaient cette profession.

2.1.3 Présentation de la population

Nous avons conduit quatorze entretiens auprès d'une population constituée de :

- deux Directeurs des Soins en Gestion (DSG), l'un de filière infirmière et l'autre de filière rééducation faisant fonction, exerçant en établissement de santé,
- une Directrice d' Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD),
- un Cadre Rééducation (CR) et un Cadre de santé (CS),
- deux Médecins spécialistes en Médecine Physique et de Réadaptation (MPR),
- un Directeur d'un IFMK public,
- un Conseiller du Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes (CNOMK),
- un Conseiller Pédagogique (CP) de l'Agence Régionale de Santé (ARS),
- et enfin de quatre Techniciens de physiothérapie depuis 2010.

Les entretiens ont été réalisés dans huit établissements différents: CH (Centre Hospitalier), CHU, ARS, EHPAD, Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC), IFMK, Centre de Rééducation Fonctionnelle (CRF), Soins de suite et de réadaptation (SSR), situés dans trois régions. Les entretiens ont été effectués sur le lieu de travail des professionnels et ont eu une durée comprise entre 45' et 1h30. Seuls les techniciens de physiothérapie ont été contactés par téléphone et la durée des interviews était de l'ordre de 20' à 30'.

Les caractéristiques individuelles de la population sont présentées en Annexe IV de ce travail.

2.2 Le regard des acteurs

Souhaitant recueillir le point de vue des différents acteurs sur l'éventualité d'une nouvelle offre de soins en kinésithérapie, il nous a paru opportun de débiter l'entretien par des questions portant sur le problème récurrent du recrutement et de fidélisation des kinésithérapeutes en milieu salarié.

2.2.1 Recrutement et fidélisation des kinésithérapeutes salariés

La première personne interviewée, le **DSG filière rééducation A**, confrontée à cette problématique en CHU, considère que le niveau de salaire et surtout les conditions de travail conduisent à de la « frustration » due à des temps moyen de séjour réduit, le professionnel étant confronté à des « activités non valorisantes et répétitives ». Les solutions retenues sont le recrutement de kinésithérapeutes étrangers, l'appel aux retraités, et une offre de rémunération plus intéressante sur des statuts en CDD.

La **DSG filière infirmière B** en CH n'est pas dans cette difficulté avec une stabilité de l'équipe kiné dû, de son point de vue, à un équilibre judicieux entre « autonomie et intégration dans les équipes ».

Pour la **directrice en EPAHD C**, le recrutement est très compliqué du fait du niveau de rémunération qui, conjugué à un mode de travail généralement en temps partiel, n'intéresse que peu de professionnels. L'ouverture de recrutement à temps complet, en Contrat à Durée Indéterminée ou Contrat à Durée Déterminée est proposée pour mieux attirer les professionnels. Elle se pose aussi la question de recruter des professionnels en Activité Physique Adapté (APA), comme le font certains de ces collègues, pour pallier au manque de kinésithérapeutes.

Le **CR** et le **CS ESPIC D et E** n'ont pas de difficultés de recrutement, dès lors qu'ils offrent de bonnes conditions de salaire en début de carrière, ainsi qu'une activité souvent attractive où la place de la rééducation est centrale. Néanmoins, ils font le constat d'un « turn over » important de professionnels, qui débutent leurs carrières en centre de rééducation avant de s'installer en libéral, ainsi que de la part de professionnels étrangers en attente de leurs droits d'exercice.

Le **Médecin MPR ESPIC F**, confronté à un passage rapide des jeunes professionnels, juge que c'est avant tout le fait du caractère générationnel avec un désir fort de changement et de mobilité.

Le **Médecin MPR ESPIC G** juge, à partir de son expérience professionnelle en CHU, que « l'absence de stabilité en CHU de tous les professionnels » ne favorise pas, de fait, la fidélisation des kinésithérapeutes salariés.

Pour le **Directeur IFMK public H**, les causes sont multifactorielles à savoir « la rémunération couplée à l'absence d'évolution des pratiques du kinésithérapeute en ES et une problématique récurrente de sous-effectif ».

Le **Conseiller CNOMK I** met surtout en avant le défaut de rémunération ainsi que le « profil très indépendant de la profession pouvant être en difficulté dans une organisation telle que l'hôpital ». La solution préconisée serait, en priorité, d'offrir un salaire plus attractif.

Enfin, pour le **CP ARS J**, «le passage très rapide des patients modifie les fonctions du kiné» voir «l'évolution de l'organisation des soins en pôle, les parcours de soins questionne la place du kinésithérapeute en ES». La solution retenue serait d'ouvrir largement sur des interventions de libéraux en ES, une revalorisation de la rémunération des professionnels kinésithérapeutes en ES, ne lui paraissant pas une option envisageable compte tenu des contraintes financières pesant sur les établissements.

2.2.2 Quelles compétences ? Pour quel niveau de formation ?

Il nous est apparu opportun de confronter les points de vues sur les compétences attendus des professionnels MK. En effet, au delà de solutions que l'on pourrait trouver pour mieux attirer et mieux fidéliser le professionnel MK, se pose la question de sa place : pour quelles compétences et pour répondre à quels besoins ? Dans le cadre de la réingénierie des études en cours, nous avons aussi souhaité que le panel interrogé se positionne sur le niveau d'étude universitaire utile pour atteindre ces compétences. Nous évoquons, sur ce point précis, la blocage de la profession dans les discussions en cours, se réclamant d'au moins quatre années de formation.

Pour le **DSG filière rééducation A en CHU**, deux niveaux de pratique du kinésithérapeute sont nécessaires en ES. D'une part, «compte tenu des DMS courtes, une pratique de base, sans grande technicité avec comme objectif de faire sortir les patients rapidement». Le niveau de formation préconisé dans ce cas, serait un grade de licence et pourrait se concevoir sur quatre années d'étude. D'autre part, le deuxième niveau de pratique utile en ES, serait, selon l'interviewé, une pratique de «kiné expert» correspondant à une expertise professionnelle dans un domaine donné mais « pas sous la forme de délégation de tâches subalternes des médecins». Le niveau universitaire dans ce cas, serait de l'ordre du Master.

La **DS filière infirmière B en CH** confirme également le besoin d'expertise du kinésithérapeute dans certains secteurs, même si, avant tout, «une polyvalence du professionnel MK est nécessaire pour répondre aux besoins en particulier ceux rencontrés lors des gardes». Cette expertise pourrait être, d'après elle, « sous la forme de pratiques avancées comme pour les infirmières». Concernant le niveau universitaire, elle conçoit l'utilité d'une formation sur quatre années mais s'interroge néanmoins sur les effets d'un niveau de formation différent de celui des autres professions paramédicales.

Pour la **Directrice en EPAHD C** la prestation du kinésithérapeute «est une pratique individuelle, à orientation libérale, qui ne s'adapte pas à la demande en EPAHD» qui est avant tout un «besoin de mobilisation des gens collectivement autour d'une activité avec

un objectif de maintien du lien social». L'intéressée n'a aucun avis sur le niveau universitaire utile et regrette avant tout le «travail solitaire du kiné».

Le **CR ESPIC D** suggère un renforcement de la formation de base vers «plus de rigueur dans l'écriture des bilans et de maîtrise du diagnostic kinésithérapique». Pour répondre aux spécificités de champs particuliers (SSR polyvalent), un besoin d'expertise du kinésithérapeute semble nécessaire dans l'immédiat dans certains secteurs. Le niveau universitaire requis serait, à son sens, de l'ordre du Master 1 (M1) pour la formation de base et du M2 pour le niveau d'expert.

Le **CS ESPIC E** rejoint les points évoqués par son homologue que ce soit sur les besoins en formation initiale ou sur le niveau d'étude.

Le **Médecin MPR ESPIC F** déplore «l'hyperspécialisation des kinésithérapeutes (ostéopathie, microkinésithérapie, fasciathérapie) qui ne répondent plus à la demande, à savoir pratiquer des techniques kinésithérapiques sur les patients». Il attend avant tout des professionnels «d'appliquer des protocoles». Le niveau universitaire utile est un niveau de licence pour former avant tout des professionnels de terrain.

Le **Médecin MPR ESPIC G** rejoint son homologue du privé sur la demande non honoré d'actes de kinésithérapie par les kinés. Il craint aussi que l'hyperspécialisation soit ciblée sur des techniques et non sur une discipline ou un domaine spécifique «comme le médecin spécialiste d'organes». Concernant la formation, un cursus plus long et une intégration à l'université lui paraissent utiles en particulier par la création de passerelles entre les différents métiers, favorisant la interdisciplinarité. Il craint néanmoins que si cela concerne uniquement les kinésithérapeutes, «l'erreur serait d'avoir des professions paramédicales de niveaux différents et d'instaurer une hiérarchie entre elles».

Pour le **Directeur IFMK public H**, la finalité de la formation est de former des professionnels plus «réflexifs et moins dans l'agir», capables de s'adapter à tous les types d'exercice que ce soit en milieu salarié ou libéral. Le niveau de sortie préconisé est celui du Master car «défini comme celui d'ingénieur capable d'élaborer et d'évaluer ses propres pratiques».

Le **Conseiller CNOMK I** rejoint le directeur IFMK pour la formation de professionnels avec «plus de responsabilité». Pour lui, l'exercice de la profession évoluera comme dans les pays d'Amérique du Nord, vers une prise en charge en accès direct. Cela nécessite la formation de professionnel en mesure de réaliser des diagnostics différentiels extrêmement poussés. L'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes considère donc nécessaire un niveau de Master, avec une poursuite possible vers des doctorats. Le **CP ARS J** questionne la notion même de compétences en disant qu'une «redéfinition de toutes ces compétences avec qui fait quoi ? Qu'est ce qui est partagé? Comment articuler les métiers entre eux?» lui semble indispensable. Pour lui, la force de l'impact financier est aussi à prendre en considération à son avis. En effet, les professionnels

devront «justifier du bénéfices de leurs actes pour la population soignée». Enfin, toujours en lien avec le questionnement sur les compétences, il récuse la solution retenue des pratiques avancées qui sont, pour lui, une «manière d'autoriser des transgressions entre des pratiques sous fond d'économie».

Le niveau universitaire requis serait celui d'une licence pour acquérir les compétences utiles en première intention. Sont alors évoquées, lors de l'interview, les raisons de l'arrêt de la réflexion ministérielle sur la réingénierie des professions paramédicales, souhaitant une «réflexion globale sur cette universitarisation, dans un contexte financier contraint». Il ajoute que les régions, financeurs, attendent un effort de mutualisation des instituts entre eux.

2.2.3 Quelle place pour des aides-kinésithérapeutes ?

La question porte sur la possible émergence d'un métier intermédiaire d'aide kiné et interroge le professionnel sur les plus values et les risques potentiels d'une telle évolution.

La première personne interviewée, le **DSG filière kiné A en CHU** juge que cette option comporte plus de risques, voire «une menace» que d'opportunités. En effet, même si certains actes pourraient effectivement être délégués, «l'isolement habituel du kiné en CHU ne permettrait pas une supervision des activités de l'aide kiné». Dès lors, pour l'interviewé, le risque serait une «sous qualification des actes de rééducation», le médecin prescripteur «ne faisant pas la différence entre les actes d'un aide kiné et ceux dévolus au kinésithérapeute».

La **DSG filière infirmière B en CH** interroge tout d'abord la sémantique et préconise de plutôt «employer le terme d'assistant plus qu'aide». D'autre part, elle rejoint l'avis de son homologue en CHU, et voit un risque à intégrer une nouvelle profession qui pourrait «complexifier l'organisation du fait de compétences partagées» et craint que «la superposition génère du conflit».

Pour la **Directrice C**, il est difficile de modifier la configuration des ressources humaines en EPAHD compte tenu de l'inertie de la dotation de soins dans laquelle rentre les effectifs et où, le nombre de professionnels kinés est restreint. Après réflexion, elle juge qu'il peut être finalement «plus pertinent de transformer la dotation pour un kiné par trois aides kinés capables de faire du collectif».

La **CR ESPIC D** n'est pas favorable à l'ajout d'une profession d'aide, laquelle devrait accepter les «directives» d'un kiné.

Le CS ESPIC E est très favorable à l'émergence et la réglementation d'une profession d'aide-kiné, le centre de rééducation ayant 4 professionnels sous ce mode d'exercice, dont un technicien de physiothérapie. La limite constatée de cette collaboration est essentiellement due à un manque de supervision et de réajustement de la part des kinésithérapeutes, par défaut de bilans réguliers. La conséquence est un «manque d'efficience de la prise en charge par l'aide kiné plus de l'ordre de l'occupationnel».

Le **Médecin MPR ESPIC F** voit le rôle d'un aide kiné réduit uniquement à une compétence limitée à fluidifier le parcours (surveillance en balnéothérapie, brancardage).

Le **Médecin MPR ESPIC G** voit une plus value à l'intégration d'aide-kiné si elle est sous la forme d'un «modèle AS interdisciplinaire que dans la sous-disciplinarité».

Pour le **Directeur IFMK public H**, l'émergence d'un métier d'aide-kiné est «inévitable» pour «pallier à la démotivation des praticiens et donc les positionner sur des tâches plus valorisantes, moins routinières». Le modèle qu'il préconise serait celui des AS, la plus value de ce modèle étant que cela leurs offrirait une «formation complémentaire courte pour des évolutions de carrière et d'autres formes d'exercice». Néanmoins, pour que le kinésithérapeute arrive à ce niveau de supervision, cela nécessite pour lui, un niveau d'étude supplémentaire.

Le **Conseiller CNOMK I** rejoint le directeur d'IFMK sur l'aspect inévitable de la constitution d'aide-kiné ainsi que sur la nécessité d'améliorer les compétences des kinésithérapeutes pour leur permettre d'adopter une posture de supervision. Il s'interroge néanmoins sur les blocages prévisibles de la profession sur l'émergence d'un métier d'aide-kiné.

Le **CP ARS J** dénonce le modèle infirmier/ aide-soignant qui lui semble «un modèle dépassé», dès lors que le métier d'AS devrait être une «profession autonome». Il faut, à son sens, «sortir de la délégation de tâche car cela fonctionne mal» et préconise avec force le «décloisonnement des professions».

Les quatre Techniciens de physiothérapie depuis 2010 A'B'C'D' interrogés témoignent d'un ressenti satisfaisant sur leurs exercices professionnels et sur leurs articulations avec les kinésithérapeutes. Ils évoquent une «activité bien délimité et complémentaire avec les kinésithérapeutes» A', «une collaboration plus simple avec les jeunes kinés» B', «bonne intégration et collaboration avec les kinés dès le début de l'exercice» C', «pas de problème avec le kiné» D'. L'ensemble de ces professionnels sont supervisé directement par le kinésithérapeute et n'ont que peu de relations avec le médecin du service. Les actes effectués sont conformes à leur décret d'acte, à l'exception pour certains de la pratique du massage, sujet encore sensible pour certains kinésithérapeutes.

2.3 Analyse des données et synthèse

2.3.1 Analyse

Nous sommes partis dans ce travail sur la problématique du recrutement et de la fidélisation des kinésithérapeutes en établissements de santé, afin de questionner l'offre de soins en kinésithérapie. Les données recueillies nous permettent d'amorcer un début de réponse à ce questionnement initial. Néanmoins, cette analyse ne peut conduire à des conclusions générales, notre panel étant limité à quelques professionnels choisis en fonction de leurs fonctions et de leurs lieux d'exercice.

Tout d'abord, nous constatons que seuls deux établissements, le CHU et l'EPAHD, connaissent des difficultés de **recrutement** de professionnels kinésithérapeutes. En revanche, les problèmes de **fidélisation** concernent quasiment tous les établissements (5 sur les 6 investigués) ; en témoigne le 'fort' turnover" qui y est constaté.

Au delà de la cause première, des niveaux de rémunération jugés insuffisants, une autre piste de réflexion est mise en avant par la plupart des interviewés. Avec l'évolution des organisations en pôle dans les ES et des Durée Moyenne de Séjours (DMS) plus courtes, la place du kinésithérapeute dans les services est interrogée.

Les solutions suggérées sont assez classiques: financière avec des grilles salariales attractives en CDD, appel aux retraités et à des kinésithérapeutes étrangers. Ouvrir sur des interventions à l'acte par des kinésithérapeutes libéraux a été aussi évoqué. C'est du reste la solution retenue d'ores et déjà par la directrice de l'EPAHD, faute de candidats.

Concernant **les compétences**, les professionnels en établissement ont une conception assez variable des besoins en kinésithérapie. Cela comprend des professionnels "généralistes" ou polyvalents, assurant des actes sans grande technicité (CHU), voire en mesure d'appliquer des protocoles précis (médecin de MPR). Néanmoins, pour deux d'entre eux (CR et CS en ESPIC), c'est surtout le manque de rigueur des professionnels MK, sur l'élaboration des bilans et du diagnostic qui impacte l'efficacité de la prise en charge. Enfin, on attend aussi une bonne capacité d'adaptation des professionnels au public (EPAHD).

D'autre part, le besoin d'expertise en kinésithérapie dans un certain nombre de secteurs pointus semble nécessaire pour presque tous les interviewés. Sur le focus particulier des pratiques avancées, le modèle infirmier serait à privilégier pour certains (DSG de filière infirmière) et à proscrire pour d'autres (DSG de filière kiné- CP ARS).

Le niveau de formation universitaire préconisé pour la formation généraliste oscille généralement entre le grade de licence et celui de M1. Seuls les versants formation et instance ordinale recommandent fortement le niveau M2 pour la formation de base avec des compétences renforcées en termes de responsabilité et d'autonomie.

Les avis sont plus unanimes sur le niveau de l'expert en M2. A noter l'interrogation de deux professionnels sur les risques liés à l'introduction d'un niveau de formation différent entre professionnels paramédicaux, risquant d'instaurer un niveau hiérarchique différent entre eux.

Volontairement, nous finissons ce chapitre sur certains éléments de réflexion du CP de l'ARS. Ce dernier questionne la notion même de compétence avec comme finalité de repenser l'articulation des différents métiers entre eux. Ceux-ci doivent par ailleurs justifier de leurs bénéfices pour l'intérêt général compte tenu des contraintes financières. Enfin, il souligne qu'il est indispensable que le processus de réingénierie doit s'axer vers plus d'articulation la aussi, et de mutualisation entre les formations.

Sur l'émergence d'un métier intermédiaire **d'aide-kiné**, les avis des interviewés sont finalement assez tranchés. Les opposants, majoritaires, y voient surtout un risque de confusion de la pratique de la masso-kinésithérapie entre les deux métiers. La crainte de complexifier un système existant se perçoit dans quatre des établissements interrogés. La sémantique est elle aussi interrogée, le préfixe "aide" faisant référence, d'après une interviewée, à une subordination. Le modèle AS pouvant servir de socle à ce nouveau métier est aussi non souhaitable, ayant fait, d'après eux, la preuve de ses limites. A contrario, un des centres de santé privé investigué, ayant intégré des aides kiné, y a trouvé une plus value significative. Les limites relevées sont plus liées au manque de supervision de la part des kinésithérapeutes et bien moins sur l'aspect conflictuel ou la confusion des rôles. Le témoignage des quatre Techniciens de physiothérapie en exercice témoigne d'un exercice professionnel et d'une collaboration avec les kinésithérapeutes satisfaisants. Enfin, on peut relever dans le discours de trois des interviewés (le conseiller CNOMK, le Directeur IFMK public et le CS en ESPIC), le caractère, selon eux, inévitable de l'émergence de cette nouvelle profession sous condition de plus de compétences (et de temps de formation) des kinésithérapeutes pour être en capacité de les superviser.

2.3.2 Synthèse

Nous avons posé comme premier postulat que la problématique d'attractivité et de fidélisation des kinésithérapeutes salariés questionnait le rôle du kinésithérapeute dans les ES. En prérequis à notre raisonnement, nous devons donc nous assurer que cette problématique existait réellement. Or, si les difficultés de recrutement ne semblent pas se rencontrer dans tous les ES, celle de la fidélisation les concernent presque tous. Au delà de la rémunération, les causes évoquées questionnent effectivement le rôle du kinésithérapeute en ES. Pour le CHU, les nouvelles organisations en pôle semblent complexifier l'intervention du kinésithérapeute et la place de celui. De plus, les DMS courtes, ont pu aussi modifier considérablement le mode de prise en charge, moins sur un projet de récupération que sur une préparation de la sortie.

La problématique de fidélisation concerne aussi les centres de santé privés investigués même si les conditions salariales y sont plus favorables et la place de la rééducation mieux valorisée. La raison invoquée est l'âge des professionnels débutants, très mobiles et, pour les kinésithérapeutes étrangers en attente de leurs droits d'exercice, le caractère de tremplin de leur activité en centre privé. En revanche, la situation en EPAHD est très tendue sur les deux indicateurs d'attractivité et de fidélisation. La solution évoquée est de faire appel à des intervenants kinésithérapiques libéraux.

Notre premier axe d'investigation est donc assez largement confirmé par notre enquête.

Notre enquête portait ensuite sur l'évolution des compétences du MK en regard des besoins de santé. Il apparaît dans notre public interviewé en gestion, une attente de professionnels polyvalents ou encore généralistes. Derrière cette appellation commune, les attendus ne sont pas identiques avec d'un côté des professionnels en capacité de produire des actes sans grande technicité voir d'appliquer simplement des protocoles et sur l'autre versant des professionnels en capacité d'évaluation et d'adaptabilité.

Outre cette controverse relevée sur les pratiques avancées, tous s'accordent, en revanche, sur l'attendu d'un deuxième niveau, correspondant à une expertise en kinésithérapie répondant à des besoins de santé très spécifiques (cardiologie, éducation thérapeutique, pédiatrie). Il faut souligner que l'on note dans le discours des médecins de MPR, une certaine confusion entre la notion d'expertise et celle d'"hyperspécialisation". Cette dernière, très à la mode chez les kinésithérapeutes, consiste à s'investir exclusivement dans une (ou des) technique (s) particulière(s). A titre d'exemple, on peut citer, la micro kinésithérapie, la fasciathérapie et l'ostéopathie. Finalement, seuls les acteurs de la formation et de l'ordre professionnel ont une vision concordante avec notre

conceptualisation de départ. En effet, les réalités de terrains semblent contredire sérieusement notre postulat de départ.

Nous nous étions aussi questionné, en lien avec les compétences requises, du niveau universitaire requis pour la formation initiale. Compte tenu des différences constatées dans l'attendu des compétences, nous n'obtenons pas non plus un discours homogène sur ce point. Il se situe donc logiquement entre un grade de licence et un grade de M2.

Ces éléments ne vont pas directement dans le sens de notre deuxième piste.

Notre troisième axe d'investigation portait sur l'intérêt ou pas de l'émergence d'une nouvelle profession intermédiaire à la masso-kinésithérapie. Même dans les structures où le recrutement et la fidélisation posent problèmes, cette proposition est finalement plutôt considérée comme un risque que comme une plus-value. Compte tenu de la hiérarchisation des organisations en ES, c'est la crainte de complexifier l'existant qui prédomine avec risque de confusion entre les deux métiers et de création d'un nouveau lien de subordination. Il était d'ailleurs intéressant qu'un de nos interviewé interroge même la sémantique utilisée, à savoir la dénomination d'"aide". Nos interlocuteurs, en grande majorité, n'étaient pas non plus favorables de se référer au modèle aide-soignant, celui-ci ayant, d'après eux, fait la preuve de ses limites.

A l'opposé, la formation et l'instance ordinaire ont évoqué le caractère inévitable de la constitution de ce nouveau groupe professionnel. L'expérience du centre de santé privé investigué, qui a constitué un groupe d'aides-kinés et le ressenti positif des techniciens de physiothérapie interrogés, consolide, là aussi, cette piste.

En conclusion, seule une partie de notre panel est en accord avec notre troisième postulat.

Globalement, les points de vue des professionnels interrogés ne sont pas homogènes, et même assez divergents. Nous pouvons dissocier le discours des professionnels de la formation et des représentants de l'ordre professionnel de celui du discours des professionnels de terrain, dans la réflexion sur les compétences et le niveau de formation attendus chez un MK. Sur la proposition de constitution d'une profession intermédiaire, d'aide-kiné, qui nous intéressait tout particulièrement, on note une opposition franche liée plus à des répercussions éventuelles sur l'organisation et sur les relations entre les professionnels qu'en termes de plus value ou moins value sur une réponse aux besoins de santé.

3 Quelques propositions d'action

Plus d'un million cent mille professionnels paramédicaux sont actuellement en exercice en France. Cela correspond à une vingtaine de professions de santé inscrites dans le Code de la Santé Publique (CSP), professions médicales incluses. D'importantes disparités en termes de démographie, de type d'exercice (salarié, libéral, mixte), de niveau et de type de diplôme sont constatées. On a vu dans ce travail l'importance d'améliorer l'efficacité de l'offre de soins et le nécessaire décloisonnement des professions de santé. Cela correspond d'ailleurs à une volonté politique de plus en plus affirmée, ainsi qu'à une demande des professionnels eux mêmes. Dès lors, amener les futurs professionnels à une culture commune pour aboutir à développer des relations interprofessionnelles efficaces doit impérativement s'initier dès le début de la formation initiale.

3.1 Favoriser l'acquisition d'une culture commune dans la formation initiale

3.1.1 Par une mutualisation des parcours de formation

Les formations paramédicales ont connu de nombreux changements avec une multiplicité d'acteurs, dont le Conseil Régional en charge sur le plan réglementaire du fonctionnement et du financement des Instituts, l'Université depuis l'entrée dans le processus de Bologne, ainsi que les représentants de l'Etat que sont l'ARS et la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS), garants du respect des textes. De fortes contraintes économiques, relayées par les Conseils Régionaux financeurs des Instituts, ont amené les hôpitaux et leurs partenaires à redessiner le paysage des Instituts de formation par l'intermédiaire de coopérations Inter-Instituts, de regroupements, voire de fusions. Ainsi, les formations évoluent sous la forme de regroupement de structures et de mutualisation des moyens. Ces évolutions ne se font pas sans mal, dès lors qu'historiquement les Instituts fonctionnaient de façon très individuelle. Ces mutualisations peuvent concerner tant les ressources humaines, que le matériel ou les techniques pédagogiques. Dans le cadre de cette réflexion sur le décloisonnement des professions de santé, nous nous intéressons plus particulièrement à cette dernière forme de mutualisation.

La reprise des réunions de travail dans le cadre du processus de réingénierie par la DGOS s'attachera à repenser la formation des professions paramédicales sous une modalité à dominante transversale. Pour que, les tentatives engagées ne se heurtent plus à des inadéquations calendaires, il paraît en effet logique que certaines Unités d'Enseignement (UE), en inter filières, puissent être communes comme par exemple, celles qui, en référence aux savoirs dits "contributifs", couvrent le champs des Sciences humaines, sociales et droit ou encore le champ correspondant aux Sciences biologiques et médicales pour plus d'harmonisation pédagogique entre les Instituts. En revanche, les savoirs dits "constitutifs" des compétences propres à chaque filière, seraient logiquement traités séparément. Il est possible aussi de concevoir, pour certaines unités d'intégration (UI), qui concernent l'étude des situations de soins ou situations cliniques, de confronter des étudiants de différentes filières sur leurs analyses. S'appuyer sur les mutualisations pédagogiques réussis par certains IFSI entre eux sera une aide dans la conduite de telles perspectives.

3.1.2 Par l'intégration des Nouvelles Techniques de l'Information et de la Communication (NTIC)

Il est indispensable que les Instituts se dotent des NTIC qui permettent de consulter des offres de cours sonorisés, des exercices d'auto-évaluation et donnent accès à des ressources bibliographiques. Cela contribue à répondre aux attentes des étudiants vers plus d'autonomie dans leurs apprentissages. Pour aller dans le sens de l'acquisition de culture commune, ces plates formes devraient permettre aussi l'accès à des portails de réflexion multi filière où les étudiants seraient en contact avec des étudiants de filières différentes, et qui seraient animés par des formateurs ou des universitaires. Cela représenterait forcément une charge supplémentaire pour les Instituts, vu la charge de travail et le temps de formation de animateurs dédiés à l'utilisation de ces outils. Certains Instituts ont d'ailleurs fait ou font le choix d'intégrer des métiers multimédia pour développer ces outils. Il va s'en dire que ces orientations de partage numérique doivent se concevoir en partenariat étroit avec les Universités qui sont, de droit, concernées de par les enseignements qu'elles dispensent.

Des projets de mise en place de plate forme numérique régionale sont actuellement en cours dans certaine région. L'objectif semble à première vu essentiellement financier mais pourrait certainement offrir une plus value pédagogique, dont il conviendrait de se saisir.

3.1.3 Par une ouverture vers l'international

Outre l'amélioration de la qualité de la formation, l'enjeu lié à la création d'un Espace Européen d'Enseignement Supérieur, est de décloisonner les filières grâce à un système de crédit transférable (ECTS) validant les acquisitions des étudiants. Grâce au dispositif ERASMUS, et sous réserve d'intégration de l'enseignement en anglais dans les formations de santé, la très souhaitable mobilité des étudiants à l'international deviendrait possible. En effet, s'ouvrir à d'autres cultures et d'autres approches en matière de soins ne pourra qu'être bénéfique pour les futurs professionnels de santé. Il est d'ailleurs prévu que d'ici 2020, 20 %⁶⁰ des diplômés devraient avoir passé au moins une période d'étude ou de formation à l'étranger. F.X. Schweyer, souligne que s'ouvrir à un parcours de formation à l'international est bénéfique, car ce type d'expérience: «apporte beaucoup en matière de distanciation par rapport au contexte de travail, d'enrichissement au contact d'autres façons de faire, d'autres façons d'être».⁶¹ Les témoignages d'étudiantes infirmières engagées dans le programme vont dans ce sens: «s'enrichir des nouveaux points de vue sur le soin», «je réalise la chance que j'ai en France de travailler dans la modernité».⁶² D'autre part, favoriser cette démarche d'ouverture aux enseignants formateurs des Instituts de formation avec notamment le programme Leonardo Da Vinci, pourra contribuer à développer une culture internationale au sein de l'Institut de formation. En tant que DSIF, impulser, favoriser et valoriser ces mobilités auprès des étudiants, permet d'initier une dynamique institutionnelle et va dans le sens d'une pratique réflexive pour les apprenants.

3.2 Quel champ professionnel pour les masseurs-kinésithérapeutes demain ?

3.2.1 Préparer les futurs professionnels aux nouveaux modes d'exercice

Les **durées moyennes de séjour en ES** sont de plus en plus courtes, c'est une attente économique mais aussi sociétale. Les patients souhaitent en effet que leurs séjours en milieu hospitalier soient réduits au minimum possible. Cela implique des prises en charge du diagnostic et des soins rapides. Dans ce cadre, la place de plus en plus

⁶⁰ BERGEAU J., «Un projet européen pour les écoles et instituts de formation aux métiers de la santé», Formation des Directeur des Soins, 27 mars 2014, Rennes : EHESP.

⁶¹ SCHWEYER FX., juin 1998, «L'universitarisation de la formation en soins infirmiers : les promesses et leurs ombres», *Recherche en soins infirmiers*, n° 93, pp. 120-121.

⁶² Novembre 2010, «Carnets de voyages de trois étudiants infirmiers dans le cadre du programme Erasmus», *La Revue de l'infirmière*, vol 59, n°165, pp. 38-39.

prépondérante de l'ambulatoire, reconfigure largement le paysage sanitaire. L'approche kinésithérapique est dès lors plus sur un versant de coordination que de traitement, avec un objectif de préparation d'orientation et de sortie du patient. Cela conditionnerait pour le MK des capacités à évaluer précisément les besoins en lien avec les attentes, les droits du patient et en faisant la preuve d'une capacité d'adaptabilité liées aux contraintes extérieures dans un temps forcément restreint. Resteraient à honorer les besoins à visée thérapeutique pour pallier les risques consécutifs à l'alitement comme par exemple, le lever, la remise à la marche, la prévention des troubles du décubitus.

L'organisation en pôles d'activité, comme définie par la loi du 21 juillet 2009, a modifié l'organisation interne des établissements. Chaque pôle procède à l'élaboration projet de pôle qui donne lieu à une contractualisation interne. Ces nouvelles organisations ont souvent complexifié la place du kinésithérapeute. Il est, dès lors, indispensable de préparer le futur professionnel à ce type d'exercice par une connaissance plus approfondie de l'organisation des soins aux seins des structures de santé. Dans le cadre de la formation professionnelle en alternance, valoriser des temps de stage en milieu hospitalier pour l'apprenant devrait favoriser par la suite l'orientation des MK vers ce lieu d'exercice.

En 2030, 30% de la population française aura plus de 60 ans. Une des priorités du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement⁶³, est de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées. De plus, l'ensemble des maladies lourdes et chroniques représentent 63 % des dépenses de l'assurance maladie et on y note une forte progression du nombre de malades traités (+ 3,5 % / an)⁶⁴. Les professionnels de santé devront donc concevoir leurs interventions autrement, non plus dans une logique hospitalo-centré, mais dans une logique de **parcours de soins**, où la place de la prévention et de la promotion de la santé doit être centrale. Pour illustration, le Plan Personnalisé de Santé (PPS) concerne les personnes âgées de plus de 75 ans, en situation de fragilité et/ou atteintes d'une ou plusieurs maladies chroniques, ne visant pas les situations les plus aiguës mais seulement en début de perte d'autonomie. Des métiers de coordination vont alors se développer, comme c'est déjà le cas chez les infirmiers. La place du kinésithérapeute coordonnateur pourrait être justifiée pour prévenir par exemple les points de rupture sur le reconditionnement à l'effort. Ainsi, préparer les futurs professionnels à ces types d'intervention doit s'amorcer dès le début de la formation initiale, notamment par des stages en maisons de santé pluridisciplinaires en secteur libéral, mais aussi sur les plates formes de coordination hospitalière. Entrevoir ce qui est commun dans les formations sanitaires et sociales, inclure des interventions de

⁶³ BOUTRAND M., «Projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement», Journée Nationale de la Kinésithérapie Salariée, 25 septembre 2014, St Maurice : CNKS.

⁶⁴ FARNAULT A., «Construire des parcours de santé, une priorité de l'Agence», Journée Nationale de la Kinésithérapie Salariée, 25 septembre 2014, St Maurice : CNKS.

professionnels issus du médico-social favorisera par la suite leur travail en lien avec les acteurs du secteur médico-social du territoire.

Le projet de Loi de Santé propose dans sa mesure 13, la constitution d'un Service Territorial de Santé au Public (STSP), afin de mieux coordonner l'offre de soins. Les différents acteurs de santé libéraux mais aussi les ES publiques et médico-sociaux, proposeront à l'ARS «des organisations pertinentes tenant compte des expérimentations déjà lancées et des réalités de terrain».⁶⁵ La aussi, l'exercice des professionnels de santé va connaître de profonds bouleversement, où il n'y aura que peu de place pour l'intervention isolée.

Une piste récente parfois retenue en situation de pénurie, notamment dans les EPAHD, est d'associer des professionnels kinésithérapeutes libéraux. Cette solution paraît intéressante, à condition de porter une attention particulière à l'intégration du professionnel MK dans la structure. Une autre piste dans l'avenir sera de faire intervenir dans les EPAHD les équipes para médical de territoire évoquées ci-dessus, si elles voient le jour. Enfin, une solution retenue consiste parfois à recruter, à la place des kinés, des intervenants en APA issu de la filière Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS). Cette solution amène à des glissements de tâches qui détournent le professionnel APA de son champ de compétence propre et rajoutent de la complexité à l'organisation. Une vigilance doit être de mise pour recentrer alors les professionnels sur leurs champs d'activité propres.

3.2.2 Favoriser l'acquisition d'une posture de praticien en formation initiale

Actuellement, le contenu de la formation suit une orientation largement médicale et ne décline pas des objectifs de formation, seulement un contenu détaillé de techniques.⁶⁶ Le constat que l'on peut en faire est qu'elle n'est pas toujours adaptée à la pratique actuelle des MK.

La réingénierie des études en cours, vise à mettre en adéquation l'activité réalisée par les professionnels, les compétences nécessaires pour pratiquer ces activités et la formation à acquérir pour acquérir ces compétences. La réingénierie des études pour toutes les filières, est donc fondée sur une approche par compétences. Le postulat de départ est que les étudiants ne peuvent être confrontés de façon réaliste à toutes les situations qu'ils sont susceptibles de rencontrer dans leurs vies professionnelles. Plutôt

⁶⁵ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES., «Dossier de presse», 15 octobre 2014.

⁶⁶ MINISTRE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Arrêté du 5 septembre 1989 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, modifié par l'arrêté du 15 mars 2010, Journal Officiel de la République Française, 8 septembre 1989.

donc que d'accumuler des connaissances avec le risque d'un volume horaire exponentiel de formation, l'objectif est d'amener l'étudiant à acquérir les ressources nécessaires pour comprendre et agir lors de situations nouvelles. Pour les professions paramédicales, cela mène à un nouveau modèle d'exercice. C'est le passage graduel d'un métier de modèle technicien vers une profession de modèle praticien. Dans le cadre de la formation initiale, cette posture conditionne la «maîtrise d'une méthodologie d'intervention fondée sur un raisonnement clinique, éducatif, interprofessionnel qui permette de concevoir et de réaliser une intervention ajustée aux besoins du patient».⁶⁷ Ce type de posture n'est pas compatible avec certains manques de rigueur (ou de capacité) des kinésithérapeutes dans la réalisation des bilans diagnostic kiné tels que révélés dans les réponses des enquêtés.

Or, c'est sur le terrain professionnel que les compétences construites par l'étudiant pourront se mobiliser et pourront aussi être évaluées. La formation renouvée impactera donc autant les terrains de stage que les IFMK. Cela sous entend que les professionnels MK devront modifier leurs modes de transmission de compétences, réfléchir notamment à leurs postures professionnelles et à leurs rôles dans l'évaluation de l'étudiant. Il est dès lors nécessaire de renforcer la coopération entre DSF et DSG pour aboutir à une alternance réussie dans la professionnalisation des étudiants MK. Il pourra être aussi utile de se référer à la formation tutorale largement développée par les IFSI et à leurs reculs dans la mise en place de portfolios depuis cinq ans. Enfin, favoriser les échanges de compétences entre les Cadres formateurs et les professionnels de terrain sera bénéfique pour la formation des étudiants. La mise en œuvre au sein des Instituts de programmes de simulations sera une piste possible. Cela nécessitera une collaboration étroite entre les professionnels et les formateurs pour la construction de scénarii sur différentes situations emblématiques. Il est possible aussi d'impliquer un binôme formateur et professionnel de terrain dans les analyses de pratique sous la forme de jeux de rôle. En parallèle, les cadres formateurs peuvent aussi participer aux Comités de Retour d'Expériences (Crex) mis en place dans les services de soins.

3.2.3 Promouvoir la recherche dans un cadre pluridisciplinaire

Le rapport de l'IGAS préconise le développement de la recherche dans le domaine para médical non pas par la création de masters spécifiques à chaque profession mais par l'accès à des masters de recherches pluridisciplinaires existants. Il y a, là aussi, une volonté politique forte d'impliquer les paramédicaux et médicaux dans une culture commune, ici par le biais de la recherche. Pour que cette orientation se dessine, il sera,

⁶⁷ Opus cité p.16

dès lors, nécessaire que les paramédicaux concernés soient inclus dans les laboratoires de recherche, ce qui sous-entend des places de chercheurs bien identifiées ainsi qu'une volonté de les intégrer dans des systèmes déjà en place. Cette promotion de la recherche dans un cadre pluridisciplinaire pourrait d'ailleurs être initiée dès la formation initiale. L'acquisition des éléments méthodologiques à la recherche peut effectivement parfaitement se concevoir en inter filière. Suite à ces acquisitions, l'étudiant serait ensuite encadré par un formateur de sa propre filière, plus à même de l'accompagner pour la réalisation d'un mémoire professionnalisant.

Développer la curiosité intellectuelle des étudiants, les former à la lecture critique, intégrer l'enseignement de la zététique⁶⁸ pour se positionner ensuite dans leurs pratiques, constitue un axe fort dans la formation initiale que doit promouvoir le DS. C'est d'autant plus vrai pour la kinésithérapie qu'une tendance forte actuelle de la profession est de s'orienter, parfois exclusivement, vers des thérapies dites alternatives sans forcément en mesurer leurs limites.⁶⁹

Le DS a dans son champ de compétence, l'impulsion d'une politique de développement de la recherche en soins infirmiers de rééducation et médico-techniques. Au sein des ES, engager en partenariat les formateurs dans des Programmes Hospitaliers de Recherche Infirmière (PHRIP) ainsi que dans des Programmes Hospitaliers de Recherche Autres (PHRAP) peut être vecteur d'objectifs communs et favoriser un décloisonnement de fait. On rejoint là aussi l'objectif de mutualiser l'expertise des différents acteurs. Pour le cadre formateur, s'impliquer dans cette dynamique, ne pourra qu'être bénéfique lors de ses encadrements de mémoires.

3.2.4 Réussir le partenariat universitaire

L'apport du partenariat universitaire, mais aussi du nouveau référentiel de formation, sera d'aider à former des professionnels réflexifs et à des niveaux de compétences plus élevés. Il sera néanmoins indispensable d'anticiper ou d'accompagner cette nouvelle forme d'organisation pour la profession en masso-kinésithérapie. La situation est d'autant plus complexe que les partenariats avec l'Université se construisent usuellement à l'échelon local. En effet, chaque Université, grâce à la loi sur l'autonomie des Universités,⁷⁰ développe des stratégies différentes en fonction de ses intérêts. Il va s'en dire, qu'il sera indispensable de négocier avec l'Université support avant toute contractualisation, tout en maintenant l'aspect professionnalisation de la formation. Une

⁶⁸ ZETETIQUE: Méthode fondée sur le doute et la nécessité de vérifier scientifiquement les faits.

⁶⁹ PINSAULT N., MONVOISIN R., 2014, *Tout ce que vous n'avez jamais voulu savoir sur les thérapies manuelles*, Grenoble, Ed. Presse universitaire, 243 p.

⁷⁰ Opus cité p.8

analyse fine du contexte environnant et du positionnement des autres Instituts, voire une association, est recommandée pour réussir ce type de partenariat dans les meilleurs conditions possibles.

En tant que DSIF, il sera aussi utile de maintenir une certaine vigilance sur le processus d'universitarisation. En effet, un paradoxe est largement souligné quant à la quête d'intégration universitaire des professions paramédicales. D'un côté, on constate une diminution des inscriptions dans les cursus universitaires en faveur des grandes écoles, et de l'autre une revendication forte des professions paramédicales à faire partie de l'Université pour que soient mieux reconnus leurs compétences et leurs savoirs. Il est vrai que l'Université reste en France, le lieu par excellence de la transmission de savoir. L'attente des paramédicaux et donc des kinésithérapeutes à intégrer l'université semble avant tout être liée à cette production et cette valorisation des savoirs pour rentrer dans un processus de validation de leurs techniques. Cette quête est questionnée dans la littérature, quant aux objectifs recherchés qui ne doivent pas «se limiter au besoin de reconnaissances de sa profession, mais viser l'amélioration des pratiques» mais aussi «de rendre visible la recherche en montrant de quelles manières elle peut avoir des répercussions concrètes sur la qualité des prises en charge des personnes soignées. Il s'agit donc de passer d'une quête sans fin de reconnaissance sociale à l'affirmation active de son rôle social». ⁷¹

3.3 La place d'un métier intermédiaire

Dans le cadre de ce travail, nous avons réfléchi à la pertinence de constituer un nouveau métier d'aide-kiné, en particulier à partir d'une enquête auprès d'un panel varié de professionnels. Force a été de constater que leurs avis sur ce sujet sont fortement divergents. Si cette orientation est retenue, une vigilance serait de mise sur plusieurs points.

Le premier point de vigilance concerne la sémantique employée. Le qualificatif d'"aide" renvoi automatiquement à la notion de subordination d'une profession vers une autre profession. Il aurait été donc plus judicieux de proposer une autre appellation, comme techniciens de physiothérapie ou, par référence aux pays anglo-saxons, thérapeutes en réadaptation physique.

Le deuxième serait de s'orienter, non pas sur une simple délégation de tâches, mais beaucoup plus sur un transfert de tâches. Cela offrirait à cette profession un champ de compétence plus autonome et définie. De plus, envisager une articulation de type collaboratif entre ces deux professions, contribuerait aussi à la construction de l'identité

⁷¹ Opus cité p.16

professionnelle de ce nouveau groupe professionnel. Si l'on se positionne en termes d'efficience de prise en charge et de réponse à des besoins pour le maintien à domicile, on pourrait parfaitement élargir ces compétences partagées aux auxiliaires de vie et aux aides-soignantes en secteur libéral qui seraient formés à des techniques d'accompagnement à la marche par exemple. Le décret existant des Techniciens de physiothérapie pourrait d'ailleurs servir de support pour délimiter le champ de compétences de ces nouveaux professionnels. (Annexe V)

Le troisième point de vigilance serait de partir du modèle d'aide-soignant. Force est de constater que certains des enquêtés considèrent que ce modèle est dépassé. De plus, il serait inadéquat de majorer une pénurie de personnel qui est lui même en tension. Cependant, on peut penser, qu'offrir à des professionnels parfois démotivés une autre piste de parcours professionnel, pourrait favoriser leur maintien dans une activité de soin.

Conclusion

Nous avons tenté dans ce travail d'analyser l'évolution récente du métier de masseur-kinésithérapeute. Notre constat de départ était que, compte tenu tant de son évolution réglementaire, que d'enjeux économiques, politiques et sociétaux actuels, la pratique de la profession MK tend à passer progressivement de sa posture historique de technicien à celle, plus valorisante, de praticien. Ce changement de paradigme s'accompagne d'une forte complexification du métier MK, ce qui nous amène à considérer la pertinence de la mise en place éventuelle d'un nouveau corps de métier associé, que nous avons nommé en première intention, aide-kiné. Ces nouveaux professionnels pourraient réaliser des actes délégués par les MK, soulageant ainsi en partie les graves problèmes de pénuries dans les établissements de santé.

L'enquête de terrain auprès de professionnels variés présentée dans ce mémoire montre des avis divergents sur les différents points ci-dessus. En tant que directeur des soins, ce travail a représenté une réflexion sur la notion et l'impact de la délégation de santé, ainsi que sur la dimension sociologique de l'identité professionnelle. A partir de ces éléments et influencée certainement par la récente confirmation de ma future affectation en tant que directeur de soins en charge d'un Institut de formation des métiers de rééducation, je retiens ici les préconisations suivantes.

Tout d'abord, il semble essentiel de démanteler le fort cloisonnement actuel des professions de santé entre elles. Favoriser l'acquisition d'une culture commune dans la formation initiale permettra d'aller vers ce sens, et mieux développer les relations interprofessionnelles des MK.

Ensuite, la formation initiale doit préparer les futurs professionnels MK à ces nouveaux modes d'exercice et ce en adéquation avec la reconfiguration du paysage sanitaire. Ces derniers sont, en effet, encore trop orientés sous des modalités de type individuel et technicien. La réingénierie des études, de par son approche par compétences, conduit à des nouveaux modèles d'exercice et bouleversera la formation initiale. Une coopération étroite entre DSF et DSG sera dès lors nécessaire pour aboutir à une alternance réussie dans la professionnalisation des étudiants MK.

D'autre part, il est attendu que les professionnels de santé fassent la preuve de l'utilité et de l'efficacité des soins prodigués. Aussi, amener les étudiants en formation initiale à plus d'esprit critique, de curiosité intellectuelle, à une culture de l' Evidence Based Practice, est nécessaire pour leurs exercices professionnels futurs. L'universitarisation offrira d'ailleurs une voie d'accès pour le développement de la recherche paramédicale.

Enfin, nous avons réfléchi dans ce travail à la pertinence de la création éventuelle d'une profession intermédiaire d'aide-kiné. On note avec intérêt, dans notre enquête, que ceux qui ont déjà expérimenté cette forme d'aide y voient un bénéfice certain. D'ailleurs, les techniciens de physiothérapie, issus du reclassement des personnels techniques du service de physiothérapie suite au rachat des thermes d'Aix-les-Bains par une structure privée en 2010, sont satisfaits de leurs nouveaux modes d'exercices. Nous avons d'autre part, trouvé intéressant de réfléchir à une proposition de modélisation. Cela nous a permis de préconiser un certain nombre de points de vigilance, et notamment de constituer un corps de techniciens de physiothérapie, et non d'aides kiné, qui n'agit pas sous une posture de subordination, mais plutôt de collaboration.

Néanmoins au fil de ce travail, nous nous sommes questionnées sur l'urgence, sinon le bien fondé, de cette piste, compte tenu du reste de la forte opposition prévisible de la profession MK. Le défi majeur actuel paraît être surtout de progresser encore dans le décloisonnement des diverses professions paramédicales, et en particulier de réussir pleinement la réingénierie en cours de la formation. En conclusion, la piste d'un corps collaboratif de techniciens de physiothérapie, tel que discuté dans ce mémoire, reste intéressante, mais ne peut avoir de sens que dans une étape ultérieure, compte tenu des importantes réformes déjà en cours de la profession.

Bibliographie

ARTICLES

AGULHON C., CONVERT B., juin 2011, «Professionnalisation: l'un des vecteurs du processus de Boulogne ?», *Cahiers de la Recherche sur l'Education et les Savoirs*, ARES hors série n°3, pp.10-13.

ANDRE L., 2000, «Recherches et perspectives en kinésithérapie», *Kiné Presse*, vol. 119, pp. 24-27.

Novembre 2010, «Carnets de voyages de trois étudiants infirmiers dans le cadre du programme Erasmus», *La Revue de l'infirmière*, vol 59, n°165, pp. 38-39.

SCHWEYER FX., juin 1998, «L'universitarisation de la formation en soins infirmiers : les promesses et leurs ombres», *Recherche en soins infirmiers*, n° 93, pp. 120-121.

SCORSONE PAGNI S., 2004, «Favoriser l'autonomie des futurs professionnels de santé», *Objectif soins*, n°129, pp.3-7.

TAP P., 1987, «Identité, style personnel et transformation des rôles sociaux», *Bulletin de psychologie*, XL (379) :399-403.

VAILLANT J., 2002, «Histoires sous le signe : kinésithérapie et médecine», *Kinésithérapie Scientifique*, n° 424, pp.35-52.

VILVBROD A., 2001, «les fondements de l'identité professionnelle», *Revue informations sociales*, n°94, pp.42-50.

OUVRAGES

AIACH P., FASSIN D., 1994, *Les métiers de la santé : enjeux de pouvoir en quête de légitimité*, Paris: Anthropos, 364p.

ARBORIO AM., 2001, *Les aides soignantes à l'hôpital : un travail invisible*, Paris: Anthropos, 334 p.

ARDOINO J., 1990, *Les postures (ou imposture) respectives du chercheur*, Vigneux: Matrice, 43 p.

BARBIER J-M., 1998, *Savoirs théoriques et savoirs d'action*, Paris: PUF, 305 p.

BOURGEON D, 2009, *Identités professionnelles, alternance et universitarisation*, Paris: Lamarre, 331p.

BURY J., (1998), *Education pour la santé*, Collection Savoir et Santé, Bruxelles : De Boeck Université, 235 p.

DERRIDA J., 2001, *L'Université sans condition*, Paris: Galilée, 88 p.

DUBAR C., 2000, *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Sociologie, Paris : Armand Colin, 255 p.

DUPUIS M., HESBEEN W., LAWLER J., et al., 2013, *Etre infirmière à l'ère universitaire. Enjeux, débats et évolutions*, Paris: Seli Arslan, 174 p.

HUGUES E., 1996, *Le regard sociologique. Essais choisis*, Textes rassemblés et présentés par J-M Chapoulie Paris: EHESS, 344 p.

FASSIN D., 2008, *Faire de la santé publique*, 2^{ème} édition, Rennes: Presses Universitaire, 70 p.

GOMET F., 1992, *L'hôpital en question(s). Un diagnostic pour améliorer les relations de travail*, Paris: Lammare, 352 p.

LE BORTEF G., 2010, *Professionaliser, Construire des parcours personnalisés de professionnalisation*, 6[°]édition, Paris: d'Organisation, 139 p.

OSTY F., 2003, *Le désir de métier: Engagement, identité et reconnaissance au travail*, Rennes : Presse Universitaire, 204 p.

PINSAULT N., MONVOISIN R., 2014, *Tout ce que vous n'avez jamais voulu savoir sur les thérapies manuelles*, Grenoble: Presse universitaire, 243 p.

SAINSAULIEU R., 1993, *L'identité au travail*, Paris: Références académiques, 477 p.

TEXTES JURIDIQUES

LOIS

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Journal Officiel de la République Française, 5 mars 2002.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, version consolidée au 12 août 2011, Journal Officiel de la République Française, 11 août 2004.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°2007-1199 du 10 août 2007 relative aux libertés et responsabilités des universités, Journal Officiel de la République Française, 11 août 2007.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Journal Officiel de la République Française, 22 juillet 2009.

DECRETS

PREMIER MINISTRE. Décret n°85-918 du 26 août 1985 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, version abrogée le 9 octobre 1996, Journal Officiel de la République Française, 30 août 1985.

PREMIER MINISTRE. Décret n°2000-577 du 27 juin 2000 modifiant le décret n°96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, Journal Officiel de la République Française, 29 juin 2000.

MINISTRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Décret n° 2000-577 du 27 juin 2000, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, Journal Officiel de la République Française, 29 juin 2000.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DU SPORT. Décret n°2007-1301 du 31 août 2007 relatif aux diplômes d'aide-soignant, d'auxiliaire de puéricultrice et

d'ambulancier modifiant le code de santé publique, Journal Officiel de la République Française, 2 septembre 2007.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Décret n° 2008-1135 du 3 novembre 2008 portant code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes, Journal Officiel de la République Française, 5 novembre 2008.

MINISTERE DE LA SANTE ET DU SPORT. Décret n°2009-955 du 29 juillet 2009 relatif au bilan kinésithérapique, Journal Officiel de la République Française, 2 août 2009.

MINISTERE DE LA SANTE ET DU SPORT. Décret n° 2010-245 du 9 mars 2010 relatif aux actes que sont autorisées à effectuer les personnes titulaires de l'examen de fin d'études ou du diplôme délivré par l'école des techniques thermales d'Aix-les-Bains et obtenu avant le 31 décembre 1982, Journal Officiel de la République Française, 11 mars 2010.

PREMIER MINISTRE. Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, Journal Officiel de la République Française, 30 septembre 2010.

ARRETES

MINISTRE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Arrêté du 5 septembre 1989 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, modifié par l'arrêté du 15 mars 2010, Journal Officiel de la République Française, 8 septembre 1989.

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION. Arrêté du 22 février 2000 modifiant l'arrêté du 6 janvier 1962 fixant la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoire d'analyses médicales non médecins, Journal Officiel de la République Française, 3 mars 2000.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES ET LE MINISTERE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES AGEES, AUX PERSONNES HANDICAPEES ET A LA FAMILLE. Arrêté du 9 janvier 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les

masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire, Journal Officiel de la République Française, 13 janvier 2006.

MINISTERE DE LA SANTE ET DU SPORT. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, version consolidée du 5 octobre 2014, Journal Officiel de la République Française, 7 août 2009.

RAPPORTS

AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION, janvier 2014, *Analyse des Bilans sociaux des établissements publics de santé à fin 2012*, 43 p.

ANDEP, 2012, *Avenirs pour la formation paramédicale en France. Repères pour anticiper l'évolution des structures de formation paramédicale en France à l'horizon 2020*, Interface – Conseil, Etude et formation, 79 p.

ATTAL-TOUBERT K., VANDERSCHULDEN M., février 2009, *La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) ; Etudes et résultats N° 679, 45 p.

BERLAND Y., GAUSSERON Th., décembre 2012, *Démographie des professions de santé*, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 114 p.

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES, octobre 2010, *Démographie des masseurs-kinésithérapeutes*, 13 p.

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES, Janvier 2010, *Répondre aux besoins de santé et garantir la qualité des soins par une formation et un exercice rénové*, 75 p.

CORDIER, juin 2013, *Un projet global pour la stratégie nationale de santé. 19 recommandations du comité des sages*, 145 p.

DELAMAIRE M.L., LAFORTUNE G., Août 2010, *Nurses in Advanced Roles : A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries*, OECD Health Working Papers, OECD Publishing, n° 54, 106 p.

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES (DRESS), septembre 2003, *Projection du nombre de masseurs-kinésithérapeutes en activité en France à l'horizon 2020*, Série Etude n°34.

HAS, 2007, *Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé : Les aspects juridiques*, Service évaluation médico-économique et santé publique, 110 p.

HENART L., BERLAND Y., CADET D., 2011, *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire*, Ministère de la Santé, 56 p.

INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES, janvier 2011, *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*, 57 p.

IGAS RM2013-129P / IGAENR n°2013-081, MARSALA M., ALLAL P., ROUSSEL I., Juillet 2013, *Les formations paramédicales : Bilan et poursuite du processus d'intégration dans le dispositif LMD*, tome 1, 93 p.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES., « Dossier de presse », 15 octobre 2014.

MORELLE A., VEYRET J., LESAGE G., septembre 2008, *Evaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales*, Ministère de la Santé, 139 p.

THESE

MONNET J., 2003, *Emergence de la kinésithérapie en France à la fin du XIXème et au début du XXème siècle : une spécialité médicale impossible*. Genèse, Thèse pour le doctorat en sociologie, Paris, 647 p.

MEMOIRE

CHARRE P., 2012, *La construction et la reconnaissance de l'identité professionnelle d'aide-soignante : levier de collaboration des Directions des Soins Gestion et Formation*, Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 53 p.

LAGNEAU F., 2004, *La difficulté de recrutement des masseurs-kinésithérapeutes : pénurie ou manque de motivation?*, Mémoire de l'institut de formation des cadres de santé de Montpellier, 98 p.

QUINART H., 2013, *Les mutualisations dans les formations paramédicales : quels enjeux pour le directeur des soins coordonnateur général d'instituts ?*, Mémoire de Directeur des Soins, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Rennes, 60 p.

SUPPORT ELECTRONIQUE

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR LA RECHERCHE ET L'EVALUATION EN KINESITHERAPIE, «Définition du diagnostic kinésithérapique», [en ligne], [visité le août 2014], <http://www.afrek.org>.

CATANAS M., avril 2007, «De la question de l'universitarisation des soins infirmiers», [En ligne], consulté le 18 aout 2014, <http://www.cadredesanté.com>

CATANAS M., décembre 2008, «La question du sale boulot à l'hôpital : petite sociologie de la délégation des actes dans les professions de soins», [En ligne], consulté le 18 aout 2014, <http://www.cadredesanté.com>.

CORDIER A., «Un projet global pour la stratégie nationale de la santé, 19 Recommandations du comité des "sages"» juin 2013, [En ligne], consulté le 21 aout 2014, <http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-cordier-SNS-sages.pdf>

LE REFERENTIEL METIER DU DIRECTEUR DES SOINS EN ETABLISSEMENT ET EN INSTITUT DE FORMATION, mars, 2010, [En ligne], consulté le 13 octobre 2014, http://www.metiersfonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Referentiel_metier_de_Directeur_trice_des_soins.pdf,

REMONDIERE R., février 2009, «L'institution de la kinésithérapie en France (1840-1946)», *Les Cahiers du Centre de Recherches Historiques* [En ligne], consulté le 15 mars 2014, <http://ccrh.revues.org/2753>

STATISTIQUE ANNUELLE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE (SAE), «Accès aux données SAE 2012», [En ligne], consulté le 3 septembre 2014, <http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr>

STRATEGIE NATIONALE DE SANTE, Septembre 2013, Ministère des Affaires sociales et de la Santé., [En ligne], consulté le 20 septembre 2014, <http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-version-longue.pdf>.

VAILLANT J., «L'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes, 18 mois déjà», *Bulletin officiel du Conseil National, Février 2008 n°03*, [En ligne], consulté le 10 août, <http://publications.ordremk.fr/wp-content/uploads/2008/02/b3.pdf>.

DISCOURS ET CONFERENCES

ARS RHONE-ALPES., «Etat des lieux de la profession de masseurs-kinésithérapeutes en région Rhône-Alpes» Juillet 2014.

BERGEAU J., «Un projet européen pour les écoles et instituts de formation aux métiers de la santé», Formation des Directeur des Soins, 27 mars 2014, Rennes : EHESP.

BOUTRAND M., «Projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement», Journée Nationale de la Kinésithérapie Salariée, 25 septembre 2014, St Maurice : CNKS.

FARNAULT A., «Construire des parcours de santé, une priorité de l'Agence», Journée Nationale de la Kinésithérapie Salariée, 25 septembre 2014, St Maurice : CNKS.

GIBELIN A., «Des contributions professionnelles à l'efficacité interprofessionnelle», Journée Nationale de la Kinésithérapie Salariée, 25 septembre 2014, St Maurice : CNKS.

MICHON D., «Plaidoyer pour de nouveaux modèles d'exercices et des démarches interprofessionnelles de recherche», Journée Nationale de la Kinésithérapie Salariée, 25 septembre 2014, St Maurice : CNKS.

Liste des annexes

Annexe I : Guide d'entretien DSG– Directeur EPAHD - CSG – Médecin de MPR

Annexe II : Guide d'entretien Directeur IFMK – CNOMK - CP ARS

Annexe III : Guide d'entretien des Techniciens de physiothérapie

Annexe IV : Présentation synthétique de la population interviewée

Annexe V : MINISTERE DE LA SANTE ET DU SPORT. Décret n° 2010-245 du 9 mars 2010 relatif aux actes que sont autorisées à effectuer les personnes titulaires de l'examen de fin d'études ou du diplôme délivré par l'école des techniques thermales d'Aix-les-Bains et obtenu avant le 31 décembre 1982, Journal Officiel de la République Française, 11 mars 2010.

Annexe I : Guide d'entretien DSG– Directeur EPAHD - CSG – Médecin de MPR

PRESENTATION DE LA DEMARCHE :

Inscrit dans le cadre d'un mémoire professionnel de directeur des soins, ce travail de recherche porte sur l'attractivité et la fidélisation des kinésithérapeutes salariés. Nous faisons l'hypothèse que seule une valorisation des compétences et donc de l'exercice du professionnel kinésithérapeute articulé à une nouvelle profession d'aide-kinésithérapeute, permettra de solutionner cette pénurie en établissement de santé. A partir des points de vue des professionnels des professionnels hospitaliers et en établissement de santé privé, nous tenterons ainsi de comprendre quelle pourrait être les évolutions sur l'offre de soins en kinésithérapie.

PRESENTATION DE L'ENQUÊTE :

L'objectif de cet entretien est de recueillir votre opinion sur l'offre en kinésithérapie dans le système de santé avec un focus particulier sur la situation dans les ES et les EPAHD.

Cet entretien se déroule sur 1h et comporte 3 thématiques principales

1. Pouvez vous vous présenter ? :

Il s'agit de recueillir des éléments permettant de situer assez rapidement l'enquêté : âge, genre, cursus de formation professionnel, date du diplôme, formation universitaire.

2. Déroulé des thématiques

Comment ou que pensez vous de :

2.1 Situation de l'établissement sur l'effectif des kinésithérapeutes salariés

“ Avez vous des difficultés de recrutement et de fidélisation des professionnel MK?”

Cet item vise à :

- amorcer la discussion sur la problématique d'un métier sous tension dans les ES
- obtenir des éléments comparatifs entre les structures présentant des difficultés et ceux qui n'en n'ont pas.
- voir si l'interviewé aborde spontanément la solution retenue d'aide-kiné dans leurs établissements

Les sous-questions :

Quelles sont les raisons qui expliqueraient cette pénurie ? Quelles sont les solutions retenues pour faire face à cette difficulté ? Comment expliquez vous que vous ne faites pas face à ces difficultés dans votre structure ?

2.2 Les perspectives d'évolution de l'offre de soins en kinésithérapie

“ Quelles compétences attendez vous d'un professionnel MK ? Pour répondre à quels besoins ?”

Ici, seront abordés :

- les attendus en termes de compétences dans les ES et leurs perspectives d'évolutions des compétences des MK vers plus de responsabilité ou pas.
- la connaissance et le positionnement des interviewé sur les « nouveaux métiers » et les pratiques avancées.

Les sous-questions

Quels sont les besoins identifiés selon vous ? Quelles perspectives d'évolutions voyez vous dans les compétences des MK dans l'avenir ? Avez vous eu connaissance du rapport IGAS de décembre 2011 ? Du rapport Hénart- Berlan- Cadet ? Sur la préconisation des « nouveaux métiers » ? Est ce en lien avec les pratiques avancées uniquement ?

“ Quel est à votre avis, le niveau de sortie universitaire attendu des kinésithérapeutes ? ”

Cet item vise :

- à mobiliser chez les interviewé leurs connaissances sur la réingénierie en cours des professions paramédicales.
- à déterminer si il a lieu de faire un lien entre compétence attendue et niveau de sortie universitaire.

Les sous-questions :

En lien avec la réingénierie des études en cours, quel est, à votre avis, le niveau de sortie universitaire attendu des kinésithérapeutes ? Des autres paramédicaux ?

Savez vous que la profession, à travers les syndicats, l'ordre des kinésithérapeutes bloquent le processus de réingénierie en cours réclamant un master 2 ?

Quels liens faites vous entre compétence et niveau de sortie universitaire ?

2.3 L'intégration d'une profession intermédiaire à la masso-kinésithérapie

“Que pensez vous de l'intégration d'une profession d'aide kiné dans le système de santé actuel?”

Cet item vise :

- faire un état des lieux sur l'existant
- à déterminer si pour les interviewés, la constitution d'un métier d'aide-kiné constitue une plus value ou un risque
- à re questionner le niveau attendu du kinésithérapeute si la profession d'aide-kiné émerge.

Les sous-questions :

Est ce que certains professionnels ont déjà ce rôle identifié dans votre structure ? Quelles en seraient la plus value ou les difficultés rencontrées ? Quelles identités professionnelles auraient ces professionnels ? Sur quels modèles ? Comment voyez vous l'articulation entre les kinésithérapeutes et les aide-kinés ? Quelles devraient être dans cette hypothèse le niveau des kinésithérapeutes s'ils supervisent les aides-kinésithérapeutes.

Annexe II : Guide d'entretien Directeur IFMK – CNOMK - CP ARS

PRESENTATION DE LA DEMARCHE :

Inscrit dans le cadre d'un mémoire professionnel de directeur des soins, ce travail de recherche porte sur l'attractivité et la fidélisation des kinésithérapeutes salariés. Nous faisons l'hypothèse que seule une valorisation des compétences et donc de l'exercice du professionnel kinésithérapeute articulé à une nouvelle profession d'aide-kinésithérapeute, permettra de solutionner cette pénurie en établissement de santé. A partir des points de vue des professionnels des professionnels hospitaliers et en établissement de santé privé, nous tenterons ainsi de comprendre quelle pourrait être les évolutions sur l'offre de soins en kinésithérapie.

PRESENTATION DE L'ENQUÊTE :

L'objectif de cet entretien est de recueillir votre opinion sur l'offre en kinésithérapie dans le système de santé avec un focus particulier sur la situation dans les ES et les EPAHD.

Cet entretien se déroule sur 1h et comporte 3 thématiques principales

1. Pouvez vous vous présenter ?

Il s'agit de recueillir des éléments permettant de situer assez rapidement l'enquêté : âge, genre, cursus de formation professionnel, date du diplôme, formation universitaire.

2. Déroulé des thématiques

Comment ou que pensez vous de :

2.1 Situation de l'établissement sur l'effectif des kinésithérapeutes salariés

“ Connaissez vous les difficultés de recrutement et de fidélisation des professionnel MK que peuvent rencontrer les ES et les EPAHD? ”

Cet item vise à :

- amorcer la discussion sur la problématique d'un métier sous tension dans les ES
- repérer si cette problématique a pu interpeller les structures de formation, le conseil de l'ordre et le représentant de l'ARS.

Les sous-questions :

Quelles sont les raisons qui expliqueraient cette pénurie ? Quelles pourraient être les solutions pour faire face à cette difficulté ? Comment expliquez vous que les jeunes professionnels ne soient pas intéressés par cet exercice en CHU ?

2.2 Les perspectives d'évolution de l'offre de soins en kinésithérapie

“ Quelles compétences attendez vous d'un professionnel MK ? Pour répondre à quels besoins ?”

Ici, seront abordés :

- les attendus en termes de compétences dans les ES et leurs perspectives d'évolutions des compétences des MK vers plus de responsabilité ou pas.

- la connaissance et le positionnement des interviewé sur les « nouveaux métiers » et les pratiques avancées.

Les sous-questions

Quels sont les besoins identifiés selon vous ? Quelles perspectives d'évolutions voyez vous dans les compétences des MK dans l'avenir ? et dans celles d'un étudiant en fin de cursus ? Avez vous eu connaissance du rapport IGAS de décembre 2011 ? Du rapport Hénart- Berlan- Cadet ? Sur la préconisation des « nouveaux métiers » ? Est ce en lien avec les pratiques avancées uniquement ?

“ Quel est à votre avis, le niveau de sortie universitaire attendu des kinésithérapeutes ? ”

Cet item vise :

- à mobiliser chez les interviewé leurs connaissances sur la réingénierie en cours des professions paramédicales.
- à déterminer si il a lieu de faire un lien entre compétence attendue et niveau de sortie universitaire.

Les sous-questions :

En lien avec la réingénierie des études en cours, quel est, à votre avis, le niveau de sortie universitaire attendu des kinésithérapeutes ? Des autres paramédicaux ?

Que pensez vous du blocage de la profession sur le processus de réingénierie en cours se réclamant d'un master 2 ? Quels liens faites vous entre compétence et niveau de sortie universitaire ?

2.3 L'intégration d'une profession intermédiaire à la masso-kinésithérapie

“Que pensez vous de l'intégration d'une profession d'aide kiné dans le système de santé actuel?”

Cet item vise :

- à déterminer si pour les interviewés, la constitution d'un métier d'aide-kiné constitue une plus value ou un risque
- à questionner le niveau attendu du kinésithérapeute si la profession d'aide-kiné émerge.

Les sous-questions :

Quelles en seraient la plus value ou les difficultés rencontrées ?

Comment envisagez vous leur cursus de formation? Pour quelles compétences ?

Quelles identités professionnelles auraient ces professionnels ? Sur quels modèles ?

Comment voyez vous l'articulation entre les kinésithérapeutes et les aide- kinés ?

Quelles devraient être dans cette hypothèse le niveau des kinésithérapeutes s'ils supervisent les aide-kinésithérapeutes.

Annexe III : Guide d'entretien des Techniciens de physiothérapie

L'objectif de cet entretien est de recueillir votre opinion sur votre exercice en tant que technicien de physiothérapie.

1. Pouvez vous vous présenter :

Il s'agit de recueillir des éléments permettant de situer rapidement l'enquêté :

âge, sexe, cursus de formation professionnel, date du diplôme, expérience professionnelle.

2. Déroulé des thématiques

Que pensez vous de :

- De votre exercice professionnelle ? Comment vivez vous l'approche de la maladie, de la vieillesse?

Cet item vise à amorcer l'entretien sur l'exercice du métier, et leurs ressentis en regard de leur exercice précédent.

- Quels sont les actes que vous réalisez ? Ont t'ils été formalisés par une fiche de poste ? Qui l'a rédigé?

Cet item cherche à délimiter le champ de compétence du technicien de physiothérapie et de déterminer si les fiches de poste s'appuient sur leur décret d'exercice.

- De votre travail en collaboration avec les kinésithérapeutes ?

Ici, on s'intéresse aux conditions d'exercice du technicien ainsi que leurs ressentis sur le positionnement des kinés à leurs égards.

- Quel est votre lien avec le médecin référent du service?

On souhaite repérer si le médecin a un lien direct ou indirect avec le technicien de physiothérapie

- Avez vous la sensation d'être bien identifié dans votre pratique ?

Ici, on termine l'entretien sur une question plus ouverture pour permettre à l'interviewé de s'exprimer plus librement s'il le souhaite.

Annexe IV: Présentation synthétique de la population interviewée

INTERVIEW	AGE / GENRE	DIPLOME					FORMATION UNIVERSITAIRE	TYPE D'ETABLISSEMENT	REFERENCE DANS LE MEMOIRE
		DE	CS	C Sup	DS	Autres			
A Directeur des Soins Gestion (DSG) filière rééducation	58/M	1974 MK	1982	2003	2003 (ff)			CHU Centre Hospitalier Universitaire	DSG filière rééducation en CHU
B Directeur des Soins Gestion (DSG) filière infirmière	53/F	1985 infirmier	1995		2011		M2 éducation du patient (1996) M2 management des organisations sanitaires et médico-sociales (2011)	CH Centre Hospitalier	DSG filière infirmière en CH
C Directrice d'un établissement médico-social	60/ F					Animatrice socio- culturelle 1976	Maitrise économie sociale et familiale (1983) Troisième cycle de gestion à l'institut d'administration des entreprises (1987)	EHPAD Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes	Directrice en EPAHD
D Cadre Rééducation (CR)	35/F	1999 MK	2008				Master gestion des pôles hospitaliers (2011)	ESPIC Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif	CR ESPIC
E Cadre de santé (CS)	51/H	1986 MK	2004				M2 Sciences de l'éducation (2005)	ESPIC	CS ESPIC
F Médecin spécialité Médecine Physique et de Réadaptation (MPR)	62/H	1989 Médecin e				1995 spécialit és MPR	CESS de médecine du sport (1992)	ESPIC	Médecin MPR ESPIC
G Médecin MPR	46/ M	1998 Médecin e				2001 spécialit és MPR		ESPIC	Médecin MPR ESPIC
H Directeur d'institut	51/H	1986 MK	1993	2008	2009		DESS management des politiques sociales (1999) Doctorat STAPS (2004)	IFMK public Institut de Formation en Masso- Kinésithérapie	Directeur IFMK public
I Conseiller ordinal	66/ H	1965 MK	1970					CNOMK Conseil National de l'Ordre des Masseurs- Kinésithérapeutes	Conseiller CNOMK
J Conseiller pédagogique (CP) régional	60/ H	1979 Infirmier	1989		2007	CP en 2012	DESS protection sociale, vieillesse CESS en psychologie du vieillesse	ARS Agence Régionale de Santé	CP ARS

Technicien de physiothérapie					depuis 2010
A'	58/H	Personnel technique du service de physiothérapie des thermes d'Aix-les-Bains en 1972		SSR Soins de Suite et de Réadaptation	Technicien de physiothérapie
B'	55/H	Personnel technique du service de physiothérapie des thermes d'Aix-les-Bains en 1974		CRF Centre de Rééducation Fonctionnelle	Technicien de physiothérapie
C'	55/F	Personnel technique du service de physiothérapie des thermes d'Aix-les-Bains en 1975		CH	Technicien de physiothérapie
D'	54/H	Personnel technique du service de physiothérapie des thermes d'Aix-les-Bains en 1973		SSR	Technicien de physiothérapie

Annexe V

JORF n°0059 du 11 mars 2010

Texte n°18

DECRET

Décret n° 2010-245 du 9 mars 2010 relatif aux actes que sont autorisées à effectuer les personnes titulaires de l'examen de fin d'études ou du diplôme délivré par l'école des techniques thermales d'Aix-les-Bains et obtenu avant le 31 décembre 1982

NOR: SASH0927558D

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de la santé et des sports,

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 4321-6 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Article 1

L'article R. 4321-33 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art.R. 4321-33.-Les personnes mentionnées à l'article L. 4321-6 sont autorisées à effectuer les actes suivants :

« 1° Au sein des établissements thermaux, les actes de massage et de gymnastique médicale suivants :

« a) Mobilisation articulaire en bain d'eau thermale ;

« b) Massage manuel sous l'eau thermale ;

« c) Massage manuel avec pulvérisations ou vaporisations d'eau thermale ;

« d) Massage manuel avec application de boues thermales ;

« 2° Au sein des établissements mentionnés au 2° de l'article L. 4321-6, selon les indications du masseur-kinésithérapeute agissant sur prescription médicale et sous son contrôle, les actes suivants :

« a) Lever du patient et aide à la marche ;

« b) Techniques d'activation dans un objectif de prévention de la perte d'autonomie de la

personne ;

« c) Massage manuel ;

« d) Mobilisation articulaire en balnéothérapie et hydrothérapie ;

« e) Installation d'appareils de mobilisation articulaire passive ;

« f) Thermothérapie. »

Article 2

La ministre de la santé et des sports est chargée de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 9 mars 2010.

François Fillon

Par le Premier ministre :

La ministre de la santé et des sports,
Roselyne Bachelot-Narquin

DIRECTEUR DES SOINS

Promotion 2014

**Évolution des compétences des masseurs-kinésithérapeutes et besoins de santé :
quelle place pour des aides-kinés?****Résumé :**

Nous avons tenté dans ce travail d'analyser l'évolution récente de la profession de Masseur-Kinésithérapeute (MK). Notre constat global est une forte complexification du métier, avec un changement de paradigme, le MK passant progressivement de sa posture historique de technicien à celle, plus valorisante, de praticien. Dans ce cadre, on s'interroge ici sur la pertinence de la création éventuelle d'un nouveau corps de métier associé d'aides-kinés, ou mieux techniciens de physiothérapie, qui réaliseraient des actes délégués par les MK, soulageant ainsi les pénuries de MK dans les établissements de santé.

Une enquête de terrain auprès de professionnels montre des avis très divergents sur les points évoqués ci-dessus.

Le défi majeur actuel paraît être surtout de progresser encore dans le décroisement des diverses professions paramédicales, et de réussir pleinement la réingénierie en cours de la formation. La piste d'un corps collaboratif reste intéressante, mais ne peut aboutir que dans une étape ultérieure.

Mots clés :

Directeur des soins, Masseur-Kinésithérapeute, Aide-Kiné, Compétences, Ingénierie formation, Universitarisation, Pénurie, Cloisonnement, Mutualisation, Identité professionnelle.

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.