



Master 2
Pilotage des politiques et actions en
santé publique

Promotion : **2016-2017**

< La santé publique dans l'exercice
libéral des jeunes kinésithérapeutes :
définition, modalités et leviers >

GUILLAUME RALL

Juin 2017

Remerciements

Je tiens à remercier tous ceux qui m'ont accompagné dans l'élaboration de ce travail, mais également ceux qui me soutiennent depuis ma première année d'étude et mon premier engagement associatif.

Merci à Yvan, kinésithérapeute engagé auprès de qui j'apprends quotidiennement et avec qui je souhaite poursuivre encore longtemps notre collaboration. Je joins Stéphane à ces remerciements, pour la confiance qu'il m'a accordé, le temps qu'il m'a laissé pour rédiger ce travail. Merci pour votre énergie et votre volonté à me faire en permanence progresser.

Merci à François Xavier Schweyer, grâce à qui j'ai dû me remettre systématiquement en question et qui, malgré le peu de temps passé ensemble, a parfaitement cerné la manière dont j'avais besoin d'être cadré pour ce type de travail. C'est un bonheur d'apprendre à vos côtés.

Merci à Arnaud Campéon et l'ensemble des personnels de l'EHESP, toujours prêts à valoriser les initiatives des étudiants et soutenir nos projets professionnels.

Merci à Guigui, Guillaume Kamin, qui m'a fait découvrir le monde associatif il y a 7 ans, et sans qui je n'aurais pu découvrir ce milieu, sans qui je n'aurais probablement pas repris mes études.

Merci également à ma famille, mes amis, à Mylène, pour être en mesure de me supporter, de me suivre, mais aussi de me raisonner quand la passion pour le travail dépasse parfois la raison.

Sommaire

Introduction.....	3
Méthodologie	7
PARTIE 1 : SANTE PUBLIQUE ET KINESITHERAPIE : MÊMES OBJECTIFS ?	12
1.1 La santé publique en réponse à des évolutions sociétales.....	13
1.1.1 Les évolutions sociétales depuis 1945.....	13
1.1.2 La santé publique : définition et applications pour le kinésithérapeute	19
1.2 La kinésithérapie : une profession qui s'adapte aux évolutions sociétales	23
1.2.1 Origines de la kinésithérapie.....	23
1.2.2 Une profession en permanente évolution.....	24
PARTIE 2 : LA SANTE PUBLIQUE DANS L'EXERCICE LIBERAL DES JEUNES KINESITHERAPEUTES.....	29
2.1 Les modalités de la collaboration interprofessionnelle	29
2.1.1. Entre relations interprofessionnelles timides et collaborations ambitieuses	30
2.1.2. La volonté de développer des collaborations	34
2.1.3. Des freins à la collaboration qu'il est nécessaire de lever	36
2.2. Des actions de prévention et de promotion régulières mais limitées	40
2.2.1. Le kinésithérapeute : acteur de prévention et de promotion de la santé.....	42
2.2.2. Prévention essentiellement individuelle, tertiaire et ciblée, promotion peu appropriée	43
2.2.3. Des propositions pour diversifier les actions	45
2.3. Une formation initiale peu tournée vers les activités de santé publique.....	46
2.3.1. Un manque de formation en santé publique	47
2.3.2. La réforme des études comme période de transition	48
2.3.3. Deux défis pour la nouvelle formation initiale : l'équilibre théorie / pratique et la meilleure connaissance des autres professions de santé.....	50

PARTIE 3: L'URPS KINE COMME LEVIER D'ACTION POUR LES KINESITHEAPEUTES	54
3.1. Un nouvel acteur dans un système d'action complexe	55
3.2. L'URPS comme catalyseur de la collaboration interprofessionnelle	57
3.3. L'URPS comme acteur de la prévention et de la promotion de la santé	60
Conclusion	63
Bibliographie	65
Liste des annexes	69

Liste des sigles utilisés

ARS : Agence Régionale de Santé
BDK : Bilan Diagnostic Kinésithérapique
COS : Cadre d'Orientation Stratégique
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRSA : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CSBM : Consommation de Soins et de Biens Médicaux
DSC : Dépense Courante de Santé
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
ECTS : European Credit Transfer System
EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
ETP : Education Thérapeutique du Patient
FFMKR : Fédération Française des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs
HAS : Haute Autorité de Santé
HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoire
IDS : Institut des Données de Santé
MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire
ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
PCEM1 : Première année du Premier Cycle d'Etudes Médicales
SDK : Société De Kinésithérapie
SNMKR : Syndicat National des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs
SRS : Schéma Régional de Santé
TMS : Troubles Musculo Squelettiques
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux
URPS : Union Régional des Professionnels de Santé
URSSAF : Union de Recouvrement de la Sécurité Sociale et des Allocations Familiales
UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
UNSMKL : Union Nationale des Syndicats de Masseurs Kinésithérapeutes Libéraux

Introduction

« Monsieur, je viens vous voir parce que j'ai mal. Je ne suis plus en capacité de bouger comme avant. J'aimerais pouvoir retrouver la mobilité que j'avais auparavant ». Cette phrase résume schématiquement la demande d'un patient lorsqu'il consulte un kinésithérapeute. Il reste difficile de couvrir par ces mots toutes les situations possibles, tant la pratique de la kinésithérapie est variée. De la consultation pour une entorse de cheville, à la rééducation de la coordination chez le sujet âgé, en passant par la prise en charge d'un patient atteint de la maladie de Parkinson, exercer la kinésithérapie s'avère être un art aussi stimulant que complexe. La diversité de l'exercice a été l'une des motivations qui m'a conduit à choisir cette profession à la sortie de ma première année du Premier Cycle d'Etudes Médicales (PCEM1) et l'obtention de mon concours en juin 2010. Les deux années d'exercice que j'ai effectuées en milieu libéral et mes expériences du monde associatif m'ont poussé à remettre quotidiennement ma pratique en question, et m'ont interrogé sur la place du kinésithérapeute dans le système de santé.

L'exercice de la santé dans le milieu libéral est symbolisé par la rencontre singulière entre un patient à la recherche de réponses pour améliorer sa santé, et un professionnel ayant acquis des compétences techniques et relationnelles pour apporter ces réponses. Dans le cas de la kinésithérapie, le professionnel, dans le cadre thérapeutique, « pratique son art sur prescription médicale »¹. La rencontre entre un patient et le kinésithérapeute est donc conditionnée par l'obtention de cette prescription, réalisée par un professionnel médical.

Les enseignements suivis lors de ma formation initiale de kinésithérapie étaient fondés sur ce modèle de colloque singulier, qu'il s'agisse de la théorie comme de la pratique. L'objectif de cette formation est de rendre chaque professionnel capable de réaliser une évaluation clinique du patient, matérialisée par le Bilan Diagnostic Kinésithérapique (BDK), qui met en évidence les déficiences de structure anatomiques, les déficiences fonctionnelles, les limitations d'activités et les restrictions de participation. Ce BDK sert de base pour élaborer un plan de traitement adapté à chaque patient. Les termes « adaptation », « individuelle », « spécifique » reviennent d'ailleurs régulièrement dans le vocabulaire des formateurs.

¹ Article L4321-1 du code de la santé publique

Dans ce modèle, il est très peu question « d'approche populationnelle » ou bien de « réponses collectives ». L'exercice libéral se caractérise en général par une succession de patients qui consultent un professionnel, ce qui peut laisser parfois imaginer une standardisation de la pratique clinique. Néanmoins, les choix de pratique des kinésithérapeutes n'en demeurent pas moins hétérogènes et peuvent être classées en plusieurs catégories (ONDPS, 2009). Certains kinésithérapeutes restent seuls avec leurs patients durant toute la séance. D'autres accueillent plusieurs patients en même temps et jouent le rôle de superviseur d'une salle d'exercice. Une autre catégorie combine les deux fonctionnements, en prenant le temps d'accueillir un patient en séance individuelle avant de le laisser travailler en salle d'exercice sur divers appareils (vélo, rameur, tapis de marche, espaliers...). Mon exercice professionnel se rapprochait de la première catégorie, pour laquelle je percevais un avantage et un inconvénient. La rencontre singulière avec le patient, prendre le temps nécessaire pour réaliser un BDK complet et s'assurer du respect du secret professionnel me semblaient indispensables. De plus, le cabinet dans lequel j'exerçais ne possédait pas un plateau technique suffisamment conséquent pour envisager la prise en charge de plusieurs patients en même temps. Néanmoins, ce format individuel n'était pas propice à l'organisation de séances collectives, et ne favorisait pas la prise en charge de toutes les demandes que nous avions.

Bien que l'approche individuelle me paraisse essentielle, je ressentais régulièrement une frustration de ne pas pouvoir répondre en une fois, à un problème rencontré par plusieurs personnes, c'est-à-dire adopter une démarche de prise en charge collective. Cette volonté de mieux cerner la notion d'approche populationnelle a motivé mon souhait d'intégrer l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP). Lors de ma première année d'exercice, ma pratique professionnelle était généraliste. Je n'avais pas de spécificité particulière et recevais des patients pour des motifs très variés (traumatologie, rhumatologie, orthopédie, pneumologie pour le nourrisson) avec des modes d'exercices variés (consultations en cabinet, à domicile, en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes...).

Mon approche a évolué le jour où je me suis formé à la méthode McKenzie. La méthode McKenzie est une thérapie indiquée pour toutes les douleurs du rachis d'origine mécanique (ex : lombalgies, cervicalgies, sciatiques, dorsalgies). Elle nécessite une approche non pas centrée sur les symptômes du patient, mais sur les conditions dans lesquels les symptômes se manifestent.

Prenons l'exemple d'un patient qui ressent une douleur de sciatique dans la jambe gauche qui irradie jusque dans le genou. L'objectif n'est pas de trouver le lieu exact de la douleur, mais de savoir si la réalisation de mouvements modifie la localisation ou l'intensité de la douleur. Cette approche originale du patient impose une prise en compte du patient dans l'ensemble de sa sphère biopsychosociale et a fait naître plusieurs perspectives pour faire évoluer ma pratique professionnelle. D'une part, si l'environnement du patient peut être la cause des symptômes pour lesquels il consulte (ex : une lombalgie liée à une mauvaise posture sur le poste de travail), le kinésithérapeute pourrait agir non plus sur le corps mais d'abord sur le mode de vie. D'autre part, si nous sommes plusieurs à vivre dans un mauvais environnement, peut-être existe-t-il des solutions à mettre en œuvre de manière collective pour répondre à des problèmes individuels.

Après avoir été formé sur les lombalgies par la méthode McKenzie en février 2015, je me suis retrouvé face à des patients qui avaient des symptômes différents, mais les causes étaient identiques : de mauvais environnements de travail et de mauvaises postures dans les activités de la vie quotidienne. Le traitement réalisé ne se portait donc pas sur le symptôme ou la douleur mais sur la correction de l'environnement et l'apprentissage au patient d'une bonne conduite à tenir. Les résultats étaient impressionnants.

Face à une alternative qui m'apportait plus de résultats que toute autre méthode, ma pratique a fortement évolué. Je suis entré en contact avec les médecins traitants du territoire pour faciliter l'orientation de certains patients vers mon cabinet quand ils souffraient de pathologies du rachis. J'ai organisé des séances de séances vidéo en groupe pour expliquer le fonctionnement du rachis lombaire et des origines probables de la lombalgie. Enfin j'ai produit des documents synthétiques où étaient présentés les différents exercices que le patient pourrait réaliser seul chez lui.

Cette démarche a été individuelle. Je ne me suis pas particulièrement inspiré de mes collègues. Je n'ai pas eu de formation m'indiquant qu'il était possible d'exercer de cette manière. Mais ce mode de fonctionnement m'est devenu indispensable. J'ai arrêté mon exercice libéral à la fin du mois d'août 2015, une semaine avant mon entrée à l'EHESP.

L'entrée en formation m'a offert de nombreux apports théoriques et outils pour mieux comprendre la notion de santé publique. Ce rapport constitue le rapprochement entre mes expériences de professionnels de santé et ces apports acquis pendant la formation de master en santé publique pour répondre à la question suivante : comment décrire la santé publique dans l'exercice libéral des jeunes kinésithérapeutes ?

<Guillaume RALL> -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – <2016-2017>

Cette question trouve sa réponse à travers l'étude de concepts larges, qui ouvrent à plusieurs questions :

- Comment définir la santé publique dans l'exercice libéral de la kinésithérapie ?
- Les jeunes kinésithérapeutes intègrent-ils aujourd'hui des actions de santé publique dans leurs pratiques quotidiennes ? Comment sont-elles intégrées ? Quelles sont les limites qui freinent la mise en place de ces actions ?
- Quels sont les leviers à utiliser pour intégrer la santé publique dans l'exercice libéral des jeunes professionnels ? L'Union Régionale des Professionnels de Santé est-elle l'un de ces leviers ?

Le rapport tentera de répondre à la problématique sus citée à travers la présentation de trois grandes parties. La première partie permettra de définir la santé publique et la kinésithérapie pour en dégager les fondements et les objectifs. La seconde partie décrira les formes par lesquelles la santé publique s'intègre dans la pratique de la kinésithérapie libérale, et les difficultés qui peuvent se présenter pour les professionnels au quotidien. Enfin la dernière partie sera consacrée au rôle de l'URPS et ses leviers pour accompagner les kinésithérapeutes, notamment dans la réalisation d'activités de santé publique.

Méthodologie

Présentation du lieu de stage

Ce rapport a été réalisé dans le cadre d'un stage de 18 semaines réalisé entre février et juin 2017 à l'Union Régionale des Professionnels de Santé – Masseurs Kinésithérapeutes d'Île de France (URPS-MK-IDF). L'URPS est une association créée par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital, relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST). Elle a pour objectif principal de contribuer à l'organisation de l'offre de santé régionale, mais ses missions sont très larges :

- préparer et mettre en place le projet régional de santé
- analyser les besoins en santé et l'offre de soins
- organiser l'exercice professionnel concernant la permanence et la continuité des soins
- réaliser des actions dans le domaine de la prévention, la promotion de la santé, l'éducation thérapeutique, la veille sanitaire
- déployer des systèmes de communication et d'information partagés
- mettre en œuvre le développement professionnel continu.

Les membres de l'URPS sont des kinésithérapeutes libéraux élus par leurs pairs. En Île de France, 24 élus représentent les 9 500 kinésithérapeutes libéraux conventionnés exerçant dans la région. La dernière élection qui a eu lieu le 7 décembre 2015 a réparti les 24 sièges entre les 3 syndicats candidats comme suit : UNSMKL (10 élus)², FFMKR³ (9 élus) et Alizé (5 élus)⁴.

Mon stage a été effectué sous la responsabilité du président Yvan Tourjansky, élu sur la liste de l'UNSMKL. Lors de ce stage, trois missions principales m'ont été confiées :

- accompagner le président dans la représentation de l'URPS auprès des instances représentatives (Agence Régionale de Santé (ARS) d'Île de France, Conférence Régionale pour la Santé et l'Autonomie (CRSA), autres URPS, établissements de santé, instituts de formation...)

² L'Union Nationale des Syndicats de Masseurs Kinésithérapeutes Libéraux (UNSMKL) est un syndicat qui réunit deux syndicats : le Syndicat National des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs (SNMKR) et Objectif Kiné. Le SNMKR est un syndicat créé en 1977 suite à certaines tensions existantes au sein du seul syndicat présent à l'époque, la FFMKR. Objectif est un syndicat créé en 2001.

³ La Fédération Française des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs (FFMKR) est le syndicat le plus ancien représentant les kinésithérapeutes. Créé en 1963, il est le fruit de la fusion entre la Fédération française des kinésithérapeutes de France et de la communauté, et la Fédération des indépendants.

⁴ Alizé est un syndicat créé en mars 2008, notamment en opposition à la création de l'Ordre des kinésithérapeutes.

- proposer des évolutions de l'organisation interne de l'URPS pour en améliorer son fonctionnement, sur le plan de la communication et de la gestion de projets
- mettre en œuvre le programme de travail fixé par l'Assemblée Générale pour l'année 2017.

Organisation des projets de l'URPS

Lors de l'Assemblée Générale du 31 janvier 2017, un programme de travail pour l'année 2017 a été présenté et voté sous la forme de 5 axes stratégiques (Annexe 6) :

- Axe stratégique n°1 : Être présent de manière stratégique dans les groupes de travail ou commissions institutionnelles.
- Axe stratégique n°2 : Réaliser des actions concrètes "exemplaires" pour valoriser la kinésithérapie libérale
- Axe stratégique n°3 : Fournir aux kinésithérapeutes les informations et services qui leur sont utiles.
- Axe stratégique n°4 : Optimiser le travail collaboratif avec les autres organisations.
- Axe stratégique n°5 : Améliorer la gouvernance de l'URPS pour assurer son efficacité.

L'axe n°2 répond à la mission de prévention et de promotion de la santé confiée aux URPS. Cette mission intègre d'ailleurs l'un des fondements de la santé publique décrits au début du XXème siècle : la mise en avant de la prévention et de la promotion de la santé. Cet aspect est d'autant plus important car il est intégré dans la définition de la kinésithérapie depuis 2016⁵.

Les axes n°3 et n°4 répondent à la mission d'organisation de l'exercice professionnel à l'échelle de la région. Cet aspect d'approche globale de la santé constitue le deuxième fondement de la définition de la santé.

En répondant aux objectifs de la santé publique, l'URPS peut être considéré comme l'un de ces acteurs à l'échelle régionale. Il sera question dans la troisième partie du rôle que peut jouer l'URPS dans l'intégration d'activités de santé publique dans l'exercice libéral de la kinésithérapie.

⁵ Article L4321-1 du code de la santé publique modifié par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Choix du lieu de stage

Le lieu de stage n'a pas été choisi par rapport au choix du sujet. Le traitement de cette thématique a d'abord été une volonté personnelle de répondre à mes interrogations de professionnel de santé. Le choix du stage, qui s'est avéré pertinent par rapport au périmètre du projet, relevait plutôt d'une stratégie professionnelle.

Embauché comme conseiller politique au Syndicat National des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs (SNMKR) depuis juillet 2016, mon rôle est de soutenir le syndicat dans la bonne réalisation de ces missions, notamment la représentation et la défense des intérêts des kinésithérapeutes auprès des pouvoirs publics. Le SNMKR négocie actuellement la convention nationale des kinésithérapeutes auprès de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) et a participé aux réunions interministérielles sur la réforme des études de kinésithérapie au début des années 2010.

L'URPS est une nouvelle entité, apparue en 2010 dans le paysage sanitaire, pour assurer la représentation des professionnels de santé libéraux conventionnés à l'échelle régionale. Les organisations syndicales et les URPS sont complémentaires, dans le sens où la stratégie nationale de santé, gérée par le gouvernement et les agences sanitaires nationales, déterminent la mise en œuvre des politiques de santé régionales. L'URPS offre un appui important dans les territoires pour accompagner les organisations syndicales dans la définition d'une politique nationale centralisée, mais pouvant s'adapter aux situations locales. La bonne connaissance du fonctionnement et des missions de l'URPS sera un atout indispensable pour le poste que j'occuperai à l'avenir, car il m'apportera une vision plus précise de l'organisation des soins au niveau régional ou territorial.

Méthode de travail et collecte des données

La note de cadrage sur la rédaction du rapport laisse le choix entre deux formes de production écrite : la production professionnelle, s'apparentant à un mémoire « mission », et la production recherche qui doit préparer l'accès aux études doctorales. Le travail est présenté sous la forme d'une production professionnelle, sans constituer un véritable mémoire « mission ». La réalisation des entretiens et les recherches bibliographiques ont guidé mes choix de rédaction, et ce n'est que par la suite que j'ai intégré l'URPS comme l'un des acteurs sur ce sujet.

<Guillaume RALL> -

Pour décrire l'activité libérale des jeunes kinésithérapeutes, 10 entretiens semi directifs ont été réalisés. Afin de préserver l'anonymat de chaque kinésithérapeute, un code entretien a été créé et permet de les nommer en fonction de l'ordre de réalisation des entretiens (Annexe 1). Le premier professionnel rencontré s'appellera K1, le deuxième K2 et le dernier K10.

Ces 10 entretiens ont été complétés par la réalisation de 3 entretiens auprès de spécialistes de santé publique : Didier Tabuteau⁶, Laurent Chambaud⁷ et Dominique Polton⁸.

Les entretiens ont été réalisés à l'aide de deux grilles entretiens distinctes : une pour les jeunes kinésithérapeutes (Annexe 2), l'autre pour les spécialistes de santé publique (Annexe 3). La grille d'entretien des spécialistes a été largement simplifiée, dans le but d'obtenir de longues réponses à des questions plus ouvertes que celles posées aux professionnels. En fonction des disponibilités et des lieux de travail de chacun, certains entretiens ont été réalisés en physique, d'autres l'ont été par téléphone. Dans ce dernier cas, la retranscription s'est faite directement pendant l'entretien. Il a parfois été aux professionnels de répéter leurs phrases lorsqu'elles semblaient pertinentes pour la réalisation de ce travail. Une synthèse de chaque entretien a été réalisée (Annexes 4 et 5).

Les kinésithérapeutes interrogés sont des professionnels diplômés depuis moins de 10 ans. Un des professionnels est espagnol et a été diplômé dans son pays natal. Etant venu exercer dès l'obtention de son diplôme il y a 9 ans, il a été estimé ayant le recul nécessaire pour parler de l'exercice de la kinésithérapie en France.

La principale caractéristique de cet échantillon est la mobilité des professionnels. Aucun d'entre eux n'est définitivement installé dans un cabinet libéral. Ceux qui sont installés ne le sont pas depuis longtemps, et ceux qui ne sont pas encore installés ne recherchent pas cette stabilité pour l'instant. Cet aspect est important dans le sens où les questions portaient notamment sur la coordination et la coopération avec les autres professionnels. Si leur intérêt ou leur absence d'intérêt pour ces pratiques peut être facilement mis en évidence, il a été parfois plus difficile pour eux de décrire ces collaborations par manque de stabilité de leur exercice professionnel.

⁶ Ancien directeur de cabinet ministériel, conseiller d'état et responsable de la chair santé à l'Institut d'Etudes Politiques (IEP) Paris

⁷ Ancien conseiller ministériel et directeur de santé publique en ARS, directeur de l'EHESP

⁸ Ancienne vice-présidente du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) et directrice de l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES), nouvellement élue présidente de l'Institut des Données de Santé (IDS)

Limites du projet

Le rapport a été rédigé durant les 16 semaines qui séparaient le début du stage avec la date de rendu. Le format de travail ne permettait pas d'approfondir tous les sujets et de répondre de manière intégrale aux questions posées. Le nombre d'entretiens « professionnels » réalisé est inférieur à l'objectif initial de 20 entretiens fixé, ce qui a conduit à recentrer la population cible sur les jeunes kinésithérapeutes libéraux. Le panel interrogé offre une image globale qu'ont les jeunes kinésithérapeutes sur leur exercice libéral, mais le faible nombre d'entretiens rend l'interprétation des données délicate. Néanmoins, ce choix de recentrer le sujet sur l'exercice des jeunes kinésithérapeutes libéraux semble pertinent car il permet à ce travail d'offrir une vision prospective de ce que représentera la kinésithérapie dans quelques années, aujourd'hui vue par un panel de professionnels « novices ».

Sur un format de travail plus long, il aurait été intéressant d'obtenir un échantillon plus large et plus diversifié des jeunes kinésithérapeutes. La diversification aurait pu s'illustrer par le nombre d'années d'expérience, les modes d'exercices des kinésithérapeutes ou bien le lieu d'obtention du diplôme d'Etat. Nous verrons dans la prochaine partie que le programme de formation relève d'aspects réglementaires assez stricts. Néanmoins, les conditions de formation sont probablement dépendantes de l'environnement global de chaque Institut de Formation en Masso Kinésithérapie (IFMK), à savoir la proximité d'une université, le profil des enseignants ou le dynamisme des acteurs locaux. La réalisation d'entretiens auprès d'enseignants en kinésithérapie et de directeurs d'IFMK aurait certainement apporté des éléments complémentaires pour répondre à la problématique posée.

Au sens du code de la santé publique, le nom de la profession évoquée dans ce rapport s'intitule « masso-kinésithérapie ». Afin d'apporter plus de lisibilité au document, et d'être en adéquation avec la politique de communication de l'Ordre des kinésithérapeutes, le rapport utilisera les termes « kinésithérapeutes » et « kinésithérapie » tout au long du développement.

PARTIE 1 : SANTE PUBLIQUE ET KINESITHERAPIE : MÊMES OBJECTIFS ?

La place de la santé publique et l'évolution de notre système de santé sont des questions au cœur même des politiques publiques, en raison de leur intérêt pour la population. Face à une société qui évolue en permanence, le modèle social français construit au milieu du XXème siècle, doit être quotidiennement repensé pour l'adapter aux nouveaux besoins de la population. La France est sortie très affaiblie de la Seconde Guerre Mondiale et s'est constituée un modèle social afin d'assurer sa reconstruction, dans la même période où a été créé la profession de kinésithérapeute. Si le premier peut être considéré comme une mesure de reconstruction sociale, l'avènement de la kinésithérapie s'apparente, elle, à la nécessité de distinguer un corps de professionnels chargés d'assurer la « reconstruction physique » du pays par la réalisation de soins de rééducation auprès des blessés de guerre.

Depuis 1945, la société française a profondément évolué, ce qui pose la question de l'efficacité de ce système de santé fondé sur un modèle d'après-guerre. La place du patient dans le processus de soins, la transition épidémiologique, la fragilisation économique, le rapport au soin et la démographie des professions de santé sont autant de facteurs qui impliquent aujourd'hui une réflexion globale sur l'organisation des soins.

Si la santé publique est un domaine investi par les chercheurs et les pouvoirs publics depuis plusieurs siècles, son usage est massivement intégré dans les débats depuis seulement quelques décennies comme une solution pour répondre aux défis de notre société contemporaine. On parle régulièrement « d'enjeux de santé publique » ou de « problèmes de santé publique ». Cette expression est d'ailleurs intégrée dans les discours sur la kinésithérapie, où les enjeux de santé publique mentionnés sont la lombalgie, les troubles musculo squelettiques (TMS), la rééducation de l'épaule après chirurgie suite à un cancer du sein, la rééducation de l'équilibre et de la coordination chez le sujet âgé.

Cette première partie nous permettra de développer ces deux aspects : d'une part énumérer les évolutions sociétales qui nous amènent à intégrer la notion de santé publique dans nos réflexions, d'autre part définir ce qu'est la santé publique et les applications que les kinésithérapeutes peuvent en faire quotidiennement ?

1.1 La santé publique en réponse à des évolutions sociétales

1.1.1 Les évolutions sociétales depuis 1945

A) La redéfinition du soin suite à la transition épidémiologique

L'espérance de vie a considérablement augmenté ces deux derniers siècles en France. En 1750, elle était de l'ordre de 25 à 27 ans. En 1946, cette espérance de vie avait déjà plus que doublé pour atteindre près de 60 ans, et en 2015 cette valeur dépassait 85 ans pour les femmes et 80 ans pour les hommes (Martial, 2016). L'augmentation de la durée de vie s'explique par deux grands facteurs. D'un côté les progrès de la médecine, avec le développement de la vaccination, la progression des traitements des maladies bactériennes, l'amélioration des diagnostics par les technologies de pointe. D'un autre côté l'amélioration de la qualité de vie avec une attention portée à la qualité des habitations, la qualité de vie au travail ou bien l'alimentation.

Ces améliorations ont provoqué une augmentation massive de la population par la forte diminution du taux de mortalité et le maintien transitoire d'un taux de natalité élevé. Ce phénomène s'appelle la transition démographique. Cette transition démographique s'est accompagnée d'une transition épidémiologique qui constitue « *une transformation des causes de décès, les maladies infectieuses disparaissant progressivement au profit des maladies chroniques et dégénératives et des accidents* »⁹. Condensées en une expression générique, les « maladies chroniques » recouvrent un ensemble de maladies de longue durée, évolutives qui peuvent s'exprimer de manière très différente en fonction de l'atteinte. La prise en charge d'un patient atteint d'une maladie d'Alzheimer, d'un cancer du poumon ou d'un diabète ne font pas l'objet des mêmes traitements ni des mêmes suivis. Ces maladies chroniques ont pris une place plus qu'importante dans le paysage sanitaire, et représentaient 86 % des décès dans l'Union Européenne en 2015 (Borg, 2014).

Cette transition épidémiologique implique nécessaire un changement du paradigme des soins avec en premier lieu l'évolution du colloque singulier (Borgès Da Silva, 2015). Le colloque singulier, qui constitue la rencontre d'un professionnel de santé avec un patient est basé sur un ensemble d'asymétries.

⁹ Définition de l'Institut National d'Etudes Démographiques

<Guillaume RALL> -

Par son étymologie latine « patiens » qui signifie endurent, le mot patient donne le sentiment d'un être passif qui est en attente de l'action d'un agent extérieur (Geadah, 2012). Cette situation impose au patient le respect d'une asymétrie des rôles, associée à une asymétrie de l'information. Lorsqu'un patient consulte un professionnel de santé, il est dans la position du demandant, soucieux d'obtenir la réponse d'un professionnel de santé qualifié qui saura améliorer ou faire évoluer son état de santé. A l'inverse, le professionnel qui se trouve dans la position du sachant, impose, de fait, une relation de subordination avec son patient.

Cette relation a profondément évolué au cours des dernières décennies. L'évolution des enjeux de santé et l'apparition des maladies chroniques sont des facteurs explicatifs. Le développement des maladies chroniques a fait évoluer la relation de soins. Le suivi occasionnel d'un patient pour le traitement d'une affection aiguë présente de nombreuses différences par rapport au suivi d'un patient conscient du caractère évolutif de la maladie. Le colloque singulier ne constitue plus nécessairement le modèle de base, notamment parce que les patients atteints de maladies chroniques consultent plusieurs professionnels. Ils sont donc confrontés à plusieurs points de vue, à plusieurs visions de la santé, et s'enrichissent des informations non pas seulement d'un professionnel tout puissant.

Cette situation est par exemple retrouvée dans la prise en charge d'un patient atteint d'hémiplégie suite à un accident vasculaire cérébral. Le colloque devient pluriel avec l'intervention de nombreux professionnels : le médecin traitant organise les soins, l'infirmier s'occupe des soins, le kinésithérapeute s'occupe de la rééducation, l'orthophoniste travaille sur la déglutition et la parole, l'ergothérapeute travaille sur la réadaptation du patient par la mise en situation à domicile. La multiplicité des interventions augmente les sources d'informations pour le patient, sans compter sur le développement d'internet et de toutes les autres sources de communications (mails, réseaux sociaux...).

L'asymétrie de l'information précédemment évoquée s'accompagne d'une asymétrie de connaissance, aujourd'hui bouleversé par l'avènement des nouveaux modes de communication. Le modèle de connaissance unilatérale laisse place à un modèle de connaissance partagé qui laisse de plus en plus la parole à des patients devenus experts (Boudier, 2012).

Cette reconnaissance récente du « *savoir expérimentiel du patient* » permet une optimisation de la relation entre le patient et le professionnel de santé. On peut y associer un terme abondamment utilisé depuis des années 1970 dans de nombreux champs, l'empowerment dont la traduction littérale est « renforcer ou acquérir du pouvoir ».

B) Evolution du rapport au soin

La notion de soin est aujourd'hui connue comme les actes par lesquels on veille au bien être de quelqu'un. Sa mise en œuvre par les professionnels de santé dans l'Histoire n'a pas toujours été identique, en raison de l'évolution des professions, l'évolution des catégories de personnes auxquelles s'adressent les soins, ainsi que les lieux où se donnaient ceux-ci. Cependant, l'étude des pratiques antérieures permet de mieux comprendre les usages contemporains de la santé. Dès l'Antiquité, il était possible d'observer des médecins en compagnie « d'apprentis, ou futurs remplaçants, d'autres praticiens » pour les seconder sur leurs pratiques et au Moyen Âge, mais aussi des soins ambulatoires prodigués par des professionnels, en plus de ceux déjà réalisés par l'entourage proche (Geadah, 2012). Ces deux exemples font écho au fonctionnement actuel de notre système de santé, marqué par une complémentarité entre les professionnels médicaux et paramédicaux, mais aussi par la dualité entre l'accueil en établissement de santé et les soins ambulatoires.

Le rapport au soin est une dimension qui a évolué avec les transformations de la société, et les recherches sur la sociologie du corps. Ce domaine de la sociologie a d'ailleurs été critiqué pour son incapacité à traiter le corps dans sa dimension sociale, mais d'abord comme objet macro-économique ou objet anatomique (Boltanski, 1971). Nous verrons justement à travers l'évolution de l'offre de soins et surtout l'évolution socio-économique que le soin est de plus en plus considéré comme un objet macro-économique qui nécessite un ensemble de régulations, d'autant plus dans une société où les besoins de soin ne cessent de se modifier.

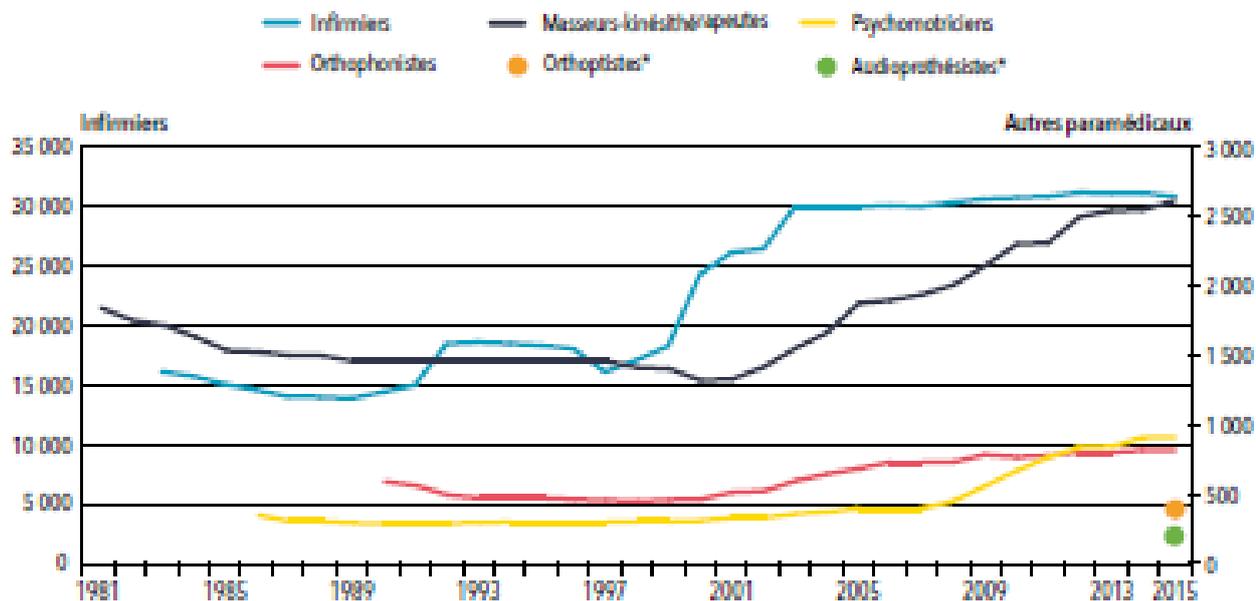
C) Evolution de l'offre de soins

La transition épidémiologique fait aujourd'hui apparaître un constat paradoxal : il n'y a jamais eu autant de professionnels de santé en France pour prendre en charge la population, tout comme il semble ne jamais y avoir eu autant de difficultés à assurer la bonne santé de la population.

Malgré une nette inflexion du *numerus clausus* des professions médicales (médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et sage femmes) (Graphique 1) et des quotas d'entrées dans les formations paramédicales (Graphique 2) dans les années 90, le nombre de professionnels de santé recrutés chaque année est reparti depuis à la hausse depuis.

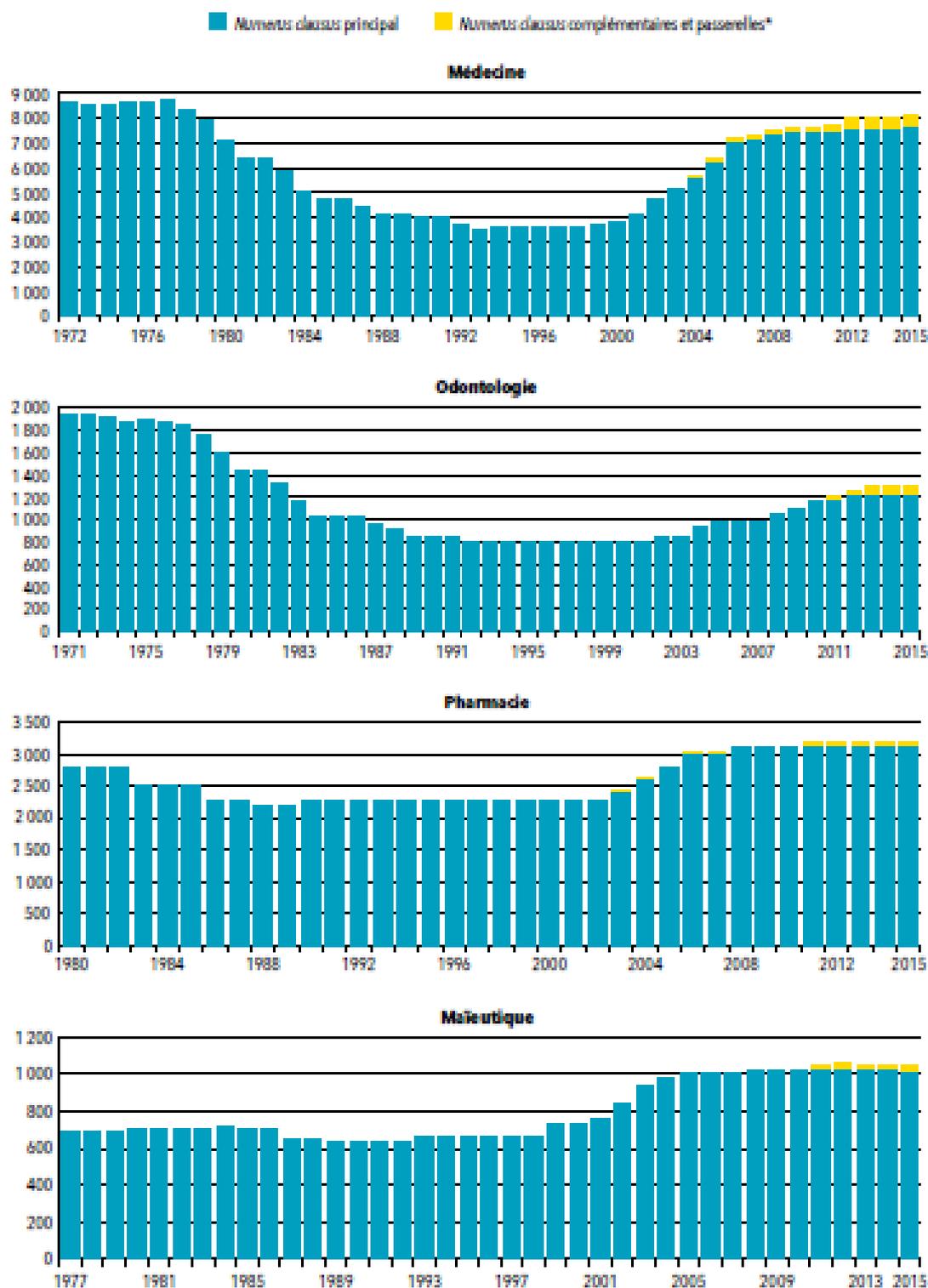
Cette progression renforce les projections faites au début des années 2000 qui prévoyaient une augmentation en continue des effectifs des professions de santé réglementées (ONDPS, 2004). Pour autant, cette satisfaction sur le plan mathématique est à contraster avec des inégalités d'augmentation des effectifs entre les professions, des inégalités de répartition des professions sur le territoire, et le manque de maîtrise des flux de professionnels diplômés de l'étranger. Ces derniers, qui ne sont pas inclus de fait dans les projections du numerus clausus, interrogent sur la pertinence de cet outil dont le nouveau Président de la République a annoncé envisager sa suppression.

Pour répondre au défi de l'offre de soins, plusieurs solutions sont envisagées comme le regroupement entre professionnels de santé, l'évolution de la formation initiale, la redéfinition des compétences des professions paramédicales (Berland, 2003 ; Hénart, 2011). Nous verrons dans la seconde partie du rapport en quoi ces différentes perspectives font écho à la notion de santé publique. Il semble logique que les professions de santé soient amenées dans les années à venir, à modifier leurs champs de compétences pour répondre aux évolutions sociétales ici citées, et notamment répondre au défi socioéconomique qui sera présenté dans le prochain paragraphe.



* Quotas en vigueur pour ces deux professions depuis la rentrée 2015 seulement.
Champ > France entière.
Sources > DGOS.

Graphique 1 : Evolution des quotas d'infirmiers, de masseurs kinésithérapeutes, d'orthophonistes, de psychomotriciens, d'orthoptistes et d'audioprothésistes



* Estimation provisoire concernant les numerus clausus complémentaires pour la rentrée 2015.

Champ > France entière.

Sources > ONDPS (rapport 2013-2014). Actualisation DGOS.

Graphique 1 : Evolutions du numerus clausus pour les quatre professions médicales et pharmaceutiques depuis son instauration (DREES, 2016)

<Guillaume RALL> -

D) Evolutions socioéconomiques

Le modèle social s'est fondé dans un contexte très différent de celui que nous connaissons actuellement, avec une croissance qui oscillait entre 4 et 7 % par an, et un taux de chômage qui ne dépassait pas 5 % (Banque Mondiale, 2015). Le système de protection sociale, fondé sur le système assurantiel Bismarckien faisait sens dans une société de plein emploi, car les droits étaient rattachés à l'activité professionnelle par le biais des cotisations sociales.

Depuis le choc pétrolier de 1973, la croissance économique a diminué pour osciller entre 1 et 4 %, ce qui a engendré une augmentation du chômage. Ce bouleversement économique a dès lors remis en cause la pérennité de notre système d'assurance maladie dont les dépenses n'ont cessé d'augmenter pour répondre aux besoins en santé de la population.

Face à la fragilisation des économies dans la majeure partie des pays développés, l'Union Européenne a instauré par le traité de Maastricht, signé en février 1992 et entré en vigueur le 1^{er} novembre 1993, plusieurs critères de convergence que les pays devaient s'engager à respecter pour pouvoir participer à l'Union Economique et Monétaire.

Parmi ces critères figurent la nécessité de ne pas dépasser 60 % du Produit Intérieur Brut (PIB) pour la dette publique et de ne pas dépasser 3 % du PIB pour le déficit de l'ensemble des administrations publiques, parmi lesquelles se trouvent l'Etat, mais aussi la Sécurité sociale et les collectivités territoriales.

L'instauration de ces normes budgétaires avait pour but de favoriser la mise en œuvre de nouveaux modes d'organisation des services pour diminuer les dépenses, dans un contexte démographique où les besoins augmentent mécaniquement. Les récents chiffres ont démontré que l'instauration de ces limites n'a pas empêché l'augmentation constante des dépenses de santé depuis 1950. La Consommation de Soins et de Biens Médicaux (CSBM) a progressé à un rythme annuel moyen plus élevé que celui du PIB entre 1950 et 2015 : + 10 % pour la CSBM contre + 7,9 % pour le PIB (DREES, 2016). Même si la progression a fortement diminué ces dernières années, la progression annuelle de la CSBM se poursuit et s'élève pour l'année 2015 à 194,6 milliards d'euros (DREES, 2016).

La pérennité du système d'assurance maladie réside dans sa capacité à diminuer le déficit récurrent, soit par une augmentation des recettes, soit par une diminution des dépenses, soit par la combinaison des deux.

Concernant les recettes, l'augmentation du chômage dans un système Bismarckien induit une diminution des ressources par une diminution des cotisations sociales prélevées, elle-même due à une diminution du nombre de travailleurs.

La diversification du financement de la protection sociale a été en grande partie introduite par Michel Rocard au début des années 1990 avec la création de la Contribution Sociale Généralisée (CSG) qui ne se base pas uniquement sur les revenus des travailleurs mais également sur le patrimoine et le jeu.

Concernant les dépenses, un certain nombre de tentatives de régulations financières ont été entreprises : la création d'un Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM), la création de franchises de remboursement, le développement des médicaments génériques, le développement de la coordination des parcours de soins, notamment pour les sujets complexes (Elbaum, 2010). La question de l'intégration de la prévention comme outil de régulation se pose régulièrement, surtout dans notre système qui n'accorde que peu de part à la prévention. La prévention dite institutionnelle représente 5,8 milliards d'euros, soit 2,2 % de la Dépense Courante de Santé (DCS), et les dépenses de prévention globales s'élèveraient en 2014 à 15,1 milliards d'euros, soit 5,8 % de la DCS (DREES, 2016). Bien que la prévention ne semble pas forcément plus coûteuse qu'une mesure sanitaire (Loubière, 2004), la discussion de son intégration plus formelle dans les pratiques courantes des acteurs de santé reste permanente.

Les évolutions sociétales depuis 1945 ont progressivement intégré la notion de santé publique dans les politiques publiques de santé. Aujourd'hui massivement utilisée par les pouvoirs publics et les représentants de la société civile, cette notion doit être précisément définie. L'objectif de ce paragraphe est de prendre comme point de départ les définitions « historiques » de la santé publique, et de l'adapter à la pratique de la kinésithérapie.

1.1.2 La santé publique : définition et applications pour le kinésithérapeute

Développer un rapport dont le titre commence par « la santé publique » peut se révéler périlleux tant cette expression ouvre à de larges domaines. Aujourd'hui, les notions de « santé publique », « enjeux de santé publique » ou « problèmes majeurs de santé publique » sont abondamment utilisés par les pouvoirs publics¹⁰ ou la presse^{11,12,13,14,15}, ce qui laisse penser que tout sujet relatif à

¹⁰ <http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/vih-sida/le-vih-sida-un-enjeu-majeur-de-sante-publique/>

¹¹ http://www.lemonde.fr/emploi/article/2016/05/13/le-chomage-est-aussi-un-probleme-de-sante-publique_4919294_1698637.html

la santé collective est un enjeu de santé publique : la cigarette électronique, la tuberculose, le chômage, le sommeil, le virus Zika... Cette pléthore de sujets hétérogènes ne doit pas remettre en question l'utilisation de l'expression « enjeu de santé publique », mais montre la vigilance dont il faut faire preuve pour traiter ce sujet.

D'une notion unanimement connue et grandement utilisée par les pouvoirs publics, la santé publique peut être déclinée en de nombreux sous domaines : l'épidémiologie, l'hygiène publique, la sécurité sanitaire, la santé environnement, la santé au travail... mais comment définir en quelques lignes « LA santé publique » ?

La santé publique a été définie au début du XX^{ème} siècle comme « *l'art et la science d'améliorer l'état de santé de la population, de prévenir la maladie et de promouvoir la santé et l'efficacité des services de santé par la coordination des efforts de la société* » (Winslow, 1920). Cette définition a été reprise puis développée dans les années 1980 (Acheson, 1988). En 2002, l'Organisation Mondiale de la Santé a défini la santé publique, de manière relativement similaire, comme « *l'ensemble des efforts par des institutions publiques dans une société pour améliorer, promouvoir, protéger et restaurer la santé de la population grâce à une action collective* ».

Ces deux définitions rédigées à 82 ans d'intervalle mettent en évidence deux aspects essentiels de santé publique : l'approche collective de la santé publique, organisée autour d'actions de santé, et la mise en avance d'actions de prévention et de promotion de la santé.

Face à la diversité des domaines liés à la santé publique, de quoi parle-t-on si l'on parle de la santé publique dans l'exercice libérale des kinésithérapeutes ?

Il est possible de trouver des éléments de réponse en étudiant les référentiels des activités, des compétences et de la formation de kinésithérapeute¹⁶. L'analyse successive de ces référentiels permettra de caractériser les activités du kinésithérapeute que l'on peut qualifier de santé publique.

Le référentiel des activités comprend 10 activités, parmi lesquelles 2 d'entre elles font directement référence aux concepts développés dans la définition de la santé publique : les activités 5 et 6.

¹² <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2012/10/12/19280-sommeil-enjeu-majeur-sante-publique>

¹³ <http://www.ladepeche.fr/article/2016/02/13/2276101-cancer-colorectal-un-enjeu-de-sante-publique.html>

¹⁴ https://www.lesechos.fr/08/08/2016/LesEchos/22250-029-ECH_la-cigarette-electronique--un-enjeu-de-sante-publique.htm

¹⁵ <http://www.lejdd.fr/Societe/Sante/Pourquoi-le-virus-Zika-est-un-enjeu-de-sante-publique-770365>

¹⁶ Annexes de l'arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute

L'activité 5 intitulée « Prévention et dépistage, conseil, éducation thérapeutique et santé publique ». Elle se décompose en sous activités :

- la réalisation d'actions de prévention primaire et secondaire dans un cadre individuel ou collectif ;
- la réalisation d'actions de prévention tertiaire dans le contexte du soin, la mise en place d'actions de suivi thérapeutique ;
- la conduite d'actions de promotion de l'intégration de personnes présentant un handicap ou une incapacité ;
- l'éducation thérapeutique du patient ;
- le conseil et l'expertise dans le domaine de la kinésithérapie.

L'activité 6 intitulée « Organisation et coordination des activités de santé ». Elle se décompose également en sous activités :

- organisation des activités de soins de kinésithérapie ;
- coopération avec les différents acteurs contribuant à la prise en charge de la personne soignée

Le référentiel de compétences est composé de 11 compétences, parmi lesquelles deux ont pour objectif de mettre en application les activités 5 et 6 : ce sont les compétences 3 et 10.

La compétence 3 « Concevoir et conduire une démarche de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage ». Elle se décline en 13 sous compétences, notamment la réalisation de protocoles pluri professionnels et l'organisation d'actions de prévention et de promotion de la santé.

La compétence 10 « Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs ». Elle se décline en 9 sous compétences, notamment la coordination avec les autres professionnels de santé, l'établissement de relations professionnelles et l'identification des missions des différents acteurs.

Enfin le référentiel de la formation, qui vise l'acquisition des compétences nécessaires à la bonne réalisation des activités, est composé de 30 unités d'enseignements (UE) obligatoires et 2 dites optionnelles.

L'acquisition de la compétence 3 nécessite la validation de deux UE :

- l'UE 1 « Santé publique »
- l'UE24 « Interventions du kinésithérapeute en santé publique »

L'acquisition de la compétence 10 nécessite la validation de deux UE :

- l'UE 1 « Santé publique »,

<Guillaume RALL> -

- l'UE 2 « Sciences humaines et sciences sociales »
- l'UE 22 « Théories, modèles, méthodes et outils en réadaptation »

La lecture des référentiels en prenant comme prisme la définition générale de la santé publique, met en évidence deux activités de santé publique : d'un côté la réalisation d'actions de prévention (intégrant le dépistage dans la prévention dite secondaire) et de promotion de la santé, d'autre part la collaboration avec les autres professionnels de santé. Ces deux activités font partie des cinq activités de santé publique définies pour les médecins généralistes (Bourdillon, 2008). Parmi les trois activités restantes :

- les fonctions générales de service public telles que la veille sanitaire ou la gestion des risques concernent beaucoup moins le kinésithérapeute ;
- la recherche spécifique en médecine générale et santé publique ne concerne pas du tout le kinésithérapeute ;
- l'évaluation des pratiques professionnelles est intégrée dans la pratique des professionnels de santé, en relation avec les Conseils Régionaux de l'Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes (CROMK) et la Haute Autorité de Santé (HAS). Même si son intérêt n'est pas remis en cause dans la pratique, son application reste éloignée de la définition générale de la santé publique. Cette activité n'a donc pas été retenue.

A travers l'analyse de la définition de la santé publique, des référentiels de la profession de kinésithérapeute, et des lectures faites sur le sujet, il est possible de définir la santé publique dans l'exercice libéral des jeunes kinésithérapeutes comme « l'intégration dans la pratique de la kinésithérapie, d'actions de prévention et de promotion de la santé, ou bien d'une organisation favorisant la collaboration interprofessionnelle, dans le but d'améliorer la prise en charge de la population ». Cette définition de la santé publique centrée sur la kinésithérapie permettra de rendre plus lisible la lecture des prochaines parties.

La santé publique est une expression qui s'est progressivement intégrée dans les discours comme l'une des approches pour faire évoluer le modèle social construit après 1945. La prochaine partie sera consacrée à la présentation du métier de kinésithérapeute, afin de comprendre de quelle manière cette profession s'est adaptée aux évolutions sociétales du XX^{ème} siècle.

1.2 La kinésithérapie : une profession qui s'adapte aux évolutions sociétales

1.2.1 Origines de la kinésithérapie

On assiste au cours du XIX^{ème} siècle à une évolution de la pratique de la médecine dite traditionnelle, avec le développement de pratiques telles que le massage, la balnéothérapie, la mécano-thérapie ou la gymnastique. L'appropriation du massage et de la mobilisation par les médecins dans les années 1860-1880 rend cette pratique de plus en plus légitime, à travers notamment la création de la Société De Kinésithérapie (SDK) en 1900 (Remondière, 1994).

La Première Guerre Mondiale a vu l'essor important de techniques manuelles, sous la tutelle médicale, pour répondre à la demande face aux millions de soldats blessés au front. Au-delà de l'intérêt thérapeutique accordé à ce qu'on appelle globalement la rééducation, l'impact économique est rapidement mis en avance car la guérison et le renvoi des soldats au front permettaient d'éviter le paiement d'une pension militaire à vie (Lachaud, 1915).

La profession de kinésithérapeute a été instituée en 1946, au même moment que la profession de pédicure¹⁷. La profession médicale, soucieuse de conserver le contrôle de ces pratiques corporelles, demanda la création d'un diplôme de gymnaste médical qui sera créé le 13 août 1942¹⁸. La profession de kinésithérapeute est issue de la fusion des syndicats représentant les masseurs et les gymnastes médicaux dans le but d'éclaircir une situation ambiguë entre plusieurs corps de professionnels possédant des compétences communes. La création de cette profession est issue de la rencontre de plusieurs domaines de la médecine qui se sont unis pour répondre à un besoin croissant de la population aux sorties de la Seconde Guerre Mondiale.

Dès sa création, la volonté du milieu médical était de pouvoir maintenir une relation de subordination entre un groupe de professionnels autonome, responsable et des para-médecins voués à une application technique de la médecine. Cette relation s'est poursuivie à travers la place prise par les médecins dans la formation initiale des kinésithérapeutes : *« Les connaissances techniques acquises par les paramédicaux lors de leur formation l'ont été pour la plupart auprès de médecins qui les ont découvertes ou rendues applicables ou pour le moins approuvées, le travail paramédical consiste plutôt à assister le médecin qu'à le remplacer dans sa tâche et les emplois sont subordonnés au médecin ou s'exercent en général sur l'ordre de celui-ci »* (Friedson, 1973).

¹⁷ Loi n°46-857 du 30 avril 1946 tendant à réglementer l'exercice des professions de masseur gymnaste médical et de pédicure J.O., 1er mai 1946, p. 3653-4.

¹⁸ Décret n° 2483, du 13 août 1942, instituant un diplôme d'État de moniteur de gymnastique médicale, J.O., 21 août 1942, p. 2872.

Leur position de premier recours est rappelé dans la loi de 1946 : « [...] nul ne peut exercer la profession de masseur-kinésithérapeute [...] s'il n'est muni du diplôme d'Etat de masseur kinésithérapeute [...] les masseurs-kinésithérapeutes ne peuvent pratiquer leur art que sur ordonnance médicale ».

Pierre Laroque, considéré par tous comme le père fondateur de la Sécurité Sociale avait déclaré « [...] la France est sortie de la guerre particulièrement meurtrie. Les vieux cadres sont brisés. Il faut reconstruire. Il faut faire du neuf sous l'angle social, comme sous l'angle économique [...] » (Laroque, 1946). La lecture de l'exposé des motifs de cette loi exprime assez simplement l'intention des pouvoirs publics derrière la création de nouvelles professions. Il s'agissait « d'organiser l'ARMEMENT SANITAIRE du pays », « d'établir une réglementation et un statut », mais également de « réserver l'exercice de ces professions à de véritables professionnels qui collaborent avec le corps médical ». Ces expressions confirment l'objectif commun entre la création de la Sécurité Sociale et celle de la kinésithérapie : la restructuration du pays, pour l'un sur le versant social, pour l'autre sur le versant locomoteur.

1.2.2 Une profession en permanente évolution

A) 1946-2015 : une formation initiale renouvelée à trois reprises

Depuis sa création il y a 71 ans, la profession de kinésithérapeute a connu de profonds changements au sein de la formation initiale, pour l'adapter en permanence la formation à l'évolution des pratiques sur le terrain et des besoins en santé de la population. La période entre 1946 et 2015 a fait l'objet de plusieurs grandes réformes, qui permettent de la découper en trois parties (Macron, 2016).

La première période s'étend de 1946 à 1968. La durée de l'enseignement était fixée à deux années de formation, alternant un enseignement théorique et des stages pratiques¹⁹. Les conditions de l'examen d'entrée étaient fixées par l'arrêté du 10 juillet 1947²⁰, confiant cette tâche aux directions départementales de la santé.

¹⁹ Décret du 27 novembre 1946 portant approbation du programme des études préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 8 décembre 1946

²⁰ Arrêté du 10 juillet 1947 fixant les conditions de l'examen d'entrée aux écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 18 juin 1947

L'examen se faisait sous la forme d'une épreuve écrite, comprenant une épreuve de culture générale, un contrôle de la maîtrise de l'orthographe et une composition d'histoire naturelle.

La seconde période s'étend de 1968 à 1989. Cette période débute par une grande réforme de la formation initiale aboutissant à l'ajout d'une nouvelle année étude, fixant la durée d'enseignement à 3 ans²¹. D'autres dispositions réglementaires viendront compléter ce décret, comme le remaniement des conditions d'examens pendant les années d'étude.²² Il faudra attendre 1987²³ pour voir une évolution des conditions d'entrée en Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie (IFMK). Après cette date, les épreuves d'admission deviennent plus scientifiques et se composent d'une épreuve de physique, une épreuve de chimie et une épreuve de biologie.

La troisième période s'étend de 1989 à 2015. L'arrêté du 5 septembre 1989²⁴ réorganise la formation sous la forme de deux cycles d'études composés de douze modules répartis sur les trois d'années d'enseignement. Ce sont ces modules qui serviront de base à la constitution des unités d'enseignement lors de la réforme de 2015.

Depuis 2015, la formation est régie par les arrêtés et décret du 2 septembre 2015 relatifs au diplômé d'Etat de kinésithérapeute. Cette formation dure cinq ans : quatre années de formation précédées d'une année universitaire validée conformément aux dispositions réglementaires. Le diplôme d'Etat est sanctionné par 240 European Credit Transfert System (ECTS). Les quatre années de formation sont réparties en deux cycles de deux ans, durant lesquelles les étudiants doivent valider l'ensemble des UE du cursus et remplir les objectifs fixés pour leurs stages cliniques.

L'évolution de la formation initiale est une illustration de l'évolution des besoins auxquels doivent répondre les kinésithérapeutes. Cette évolution est également perceptible lorsque l'on étudie l'évolution de la définition de la kinésithérapie.

²¹ Décret du 28 mars 1969 relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 30 mars 1969

²² Arrêté du 25 février 1970 relatif aux études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 5 mars 1970

²³ Arrêté du 23 décembre 1987 relatif à l'admission dans les écoles préparant aux diplômes d'Etat d'ergothérapeute, de laborantin d'analyses médicales, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue et de psychomotricien

²⁴ Arrêté du 5 septembre 1989 relatif aux études préparatoires et au diplômé d'Etat de masseur kinésithérapeute, JORF du 8 septembre 1989

B) Une définition rénovée : vers l'autonomisation de la profession

A l'origine, la kinésithérapie était définie comme la constitution de deux pratiques : le massage et la gymnastique médicale, dont les définitions étaient précisées par un décret en Conseil d'Etat après avis de l'Académie Nationale de Médecine²⁵. Les termes utilisés témoignent de l'héritage laissé par les deux professions fusionnées, et de la volonté des professionnels médicaux de contrôler l'activité des kinésithérapeutes. La profession consistait alors en la réalisation simple de deux types d'activités, dans un cadre strictement défini par la prescription médicale.

La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a profondément fait évoluer cette définition, et par la même, modifié le rapport entre le médecin et ce paramédecin. Désormais, la pratique de la kinésithérapie comporte « *la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne ; des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles* ».

A ces termes s'ajoutent plusieurs caractéristiques, demandées de longue date par la profession :

- le kinésithérapeute peut « *également concourir à la formation initiale et continue, ainsi qu'à la recherche* »
- le kinésithérapeute exerce son activité en toute indépendance et en pleine responsabilité, ce qui renforce les dispositions de l'arrêté du 22 février 2000 supprimant les notions de prescription médicale qualitative et quantitative. En théorie, les prescriptions de kinésithérapie délivrées par les médecins ne doivent pas indiquer le nombre de séances ou le choix des actes à effectuer, laissant le kinésithérapeute pleinement autonome dans le choix de traitement.

Même si la nécessité de pratiquer l'exercice à partir d'une prescription médicale, une disposition d'urgence a été créée et permet au kinésithérapeute d'accomplir les premiers actes de soins nécessaires en kinésithérapie en l'absence d'un médecin. Cette nouvelle disposition n'est pas anodine. Elle constitue même une évolution majeure dans l'exercice des kinésithérapeutes, car il s'agit pour un professionnel paramédical, de prendre une décision sans consentement préalable du médecin sur la mise en place d'un traitement pour le patient, dans le but de répondre à un enjeu de santé publique qui est, dans ce cas, l'engorgement des services d'urgence.

²⁵ Article L4321-1 du code de la santé publique

C) Des évolutions démographiques notables

La profession de kinésithérapeute connaît, au même titre que la profession médicale, des évolutions démographiques non négligeables. Ces évolutions concernent le nombre de professionnels en exercice, les modes d'exercice, le vieillissement et la féminisation des professionnels, et ce depuis plusieurs années (ONDPS, 2009 ; DREES, 2016). On observe :

- une augmentation régulière du nombre de professionnels (entre +2500 et +3000 chaque année), amenant à 86 459 le nombre de kinésithérapeutes exerçant en France en 2016.
- une augmentation de la densité de kinésithérapeutes, du fait d'une augmentation plus lente de la population française :
 - La densité des kinésithérapeutes est passée en 2008 et 2016 de 105 à 130 pour 100 000 habitants.
 - La densité moyenne des 10 départements les moins bien dotés est passée de 59,1 en 2008 à 68,6 en 2016 (+ 9,5)
 - La densité moyenne des 10 départements les mieux dotés est passée de 169,4 en 2008 à 215,2 en 2016 (+ 45,8)
- un accroissement des inégalités démographiques entre les départements : la différence entre le département le mieux doté et le moins bien doté est passé entre 2008 et 2016 de 164 kinésithérapeutes pour 100 000 habitants (223 – 59) à 205,6 en 2016 (266,5 – 60,9)
- une stagnation de la proportion de professionnels libéraux : entre 79 et 80 % depuis 10 ans, ce qui fait de la kinésithérapie la profession de santé la plus tournée vers l'exercice libérale
- une stagnation de l'âge moyen des kinésithérapeutes, qui s'explique par la compensation du vieillissement des professionnels due à l'augmentation des quotas d'entrée en institut de formation en kinésithérapie.
- une féminisation progressive : le pourcentage de femmes exerçant est passé de 45,8 % en 2008 à 50,4 % en 2016

	2005	2008	2014	2015	2016
Nombre de professionnels	61 705	65 927	80 706	83 619	86 459
<i>Libéraux / mixtes</i>	48 751	52 410	63 979	66 498	69 006
<i>Salariés</i>	12 954	13 517	16 727	17 121	17 453
<i>% libéraux</i>	79,01	79,50	79,27	79,52	79,81
Quota d'entrée en institut	1 867	1 999	2 564	2 631	2 693
Densité globale (pour 100 000 hab)	100	105	122,6	126,3	129,9
<i>Densité zone + surdotée</i>	196	223	249,6	258,6	266,5
<i>Densité zone - surdotée</i>	45	59	62,9	65,9	60,9
Différence zone +/- dotée	151	164	186,7	192,7	205,6
Âge	42,9		42,2	42,1	42,1
% Femmes	43,94	45,78	49,50	48,33	50,38

Tableau I : caractéristiques socio démographique de la profession de kinésithérapeute entre 2005 et 2016

Cette première partie a permis de poser le cadre du sujet. La kinésithérapie est une profession qui a évolué au rythme de l'évolution de la société, dans laquelle la notion de santé publique prend une part de plus en plus importante. La formation en kinésithérapie intègre certaines dimensions de la santé publique, ce qui a permis de modéliser ce que peut être la santé publique dans l'exercice libéral des kinésithérapeutes. L'objectif de la prochaine partie est de décrire la manière dont les jeunes kinésithérapeutes libéraux intègrent ces activités dans leurs pratiques et de voir les limites qui peuvent freiner ces initiatives.

PARTIE 2 : LA SANTE PUBLIQUE DANS L'EXERCICE LIBERAL DES JEUNES KINESITHERAPEUTES

Les activités de santé publique réalisées par les jeunes kinésithérapeutes libéraux, à travers des projets de collaboration interprofessionnelle ou de prévention et promotion de la santé, offrent des résultats très différents entre les professionnels. D'une volonté commune de développer ces activités ressortent des disparités, des difficultés de mise en œuvre mais également un rôle essentiel joué par la formation initiale. Nous traiterons d'ailleurs cette partie à travers 3 paragraphes : les modalités de la collaboration interprofessionnelle, les actions de prévention et de promotion de la santé réalisées, et le rôle de la formation initiale en kinésithérapie.

2.1 Les modalités de la collaboration interprofessionnelle

Lorsque l'on décrit les relations entre les professionnels de santé, il est usuel de parler de collaboration ou de coopération, sans forcément être mesure de faire la différence entre les deux. De manière générale, la collaboration et la coopération consistent à travailler ensemble sur un but commun ou partagé, mais c'est dans la manière de partager le travail que la différence est la plus visible. Dans la coopération, le groupe est divisé en équipes spécialisées qui réalisent une partie de tâche et l'ensemble est réalisé seulement quand tous les membres ont fait part de leur travail. Dans la collaboration, chaque membre du groupe travaille individuellement et cherche à atteindre l'objectif commun fixé, ce qui permet à chacun de réaliser une production individuelle et une production collective (Henri, 1997).

Dans la présente situation, l'échange d'informations, de protocoles et d'expériences ressemblent plutôt à de la collaboration où chaque membre du groupe, en tant que professionnel de santé, effectue sa mission en coordination avec les autres pour aboutir à l'objectif commun qui est le mieux-être du patient. C'est pourquoi le développement traitera de la collaboration interprofessionnelle.

Cette notion de collaboration interprofessionnelle dans le secteur ambulatoire a déjà été étudiée, notamment au Québec dans les Centres Locaux de Services Communautaires (CLSC) (D'amour, 1999). Dans cet article, la structuration et le mode de fonctionnement de ces centres, qui peut faire penser en France aux Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) ou aux centres de santé, a été abordée en adoptant les quatre dimensions de l'approche organisationnelle (Friedberg, 1993) permettant de décrire la collaboration interprofessionnelle.

<Guillaume RALL> -

- la formalisation : elle vise à définir des règles afin de stabiliser la structure. Elle ne doit pas se fonder sur des règles trop rigides qui inhiberaient la volonté de collaboration des professionnels.
- la finalisation : elle vise à formuler des objectifs communs. Cet objectif est d'autant plus complexe que les professionnels de santé peuvent posséder des conceptions très variées de la collaboration inter professionnelle. Les intérêts individuels peuvent être multiples et divergents
- l'intériorisation : elle vise à montrer la conscience des interdépendances et la nécessité de les réguler. Le processus d'interconnaissance favorise la collaboration car elle permet d'améliorer sa connaissance de l'autre, tout comme elle permet ensuite une relation de confiance entre les partenaires. Ensuite les professionnels doivent être en mesure d'établir des « zones communes de responsabilité », ce qui à travers l'étude semble parfois compliquée.
- la délégation : elle vise à déterminer la forme de délégation des responsabilités qui permettent de réguler l'action. Cette délégation peut à la fois s'effectuer de manière interne à la structure, comme de manière externe.

Il sera intéressant de voir dans cette partie si ces principes se retrouvent dans les témoignages des jeunes kinésithérapeutes libéraux.

2.1.1. Entre relations interprofessionnelles timides et collaborations ambitieuses

Les entretiens réalisés mettent en évidence des situations très disparates en termes de collaboration. L'une des premières raisons pour expliquer cela est la diversité des profils rencontrés : certains ne travaillent qu'avec des kinésithérapeutes, d'autres sont accompagnés de professionnels médicaux et/ou paramédicaux, un des professionnels est intégré dans un pôle de santé, un autre au sein d'une MSP. Cette multitude de situations permet de comprendre la difficulté à définir ce qu'est un exercice libéral et donc le défi ambitieux que constitue la coordination de tous ces professionnels.

La volonté d'indépendance dans la gestion de sa propre activité était il y a quelques années l'un des critères, avec la diversité de la patientèle et l'attractivité financière, qui amenaient les kinésithérapeutes à privilégier l'exercice libéral par rapport à l'exercice salarié. (ONDPS, 2009). Cette volonté d'indépendance semble aujourd'hui de moins en moins compatible avec la volonté des jeunes professionnels de vouloir exercer en équipe, ou du moins auprès d'autres professionnels.

L'exercice libéral est d'abord perçu comme un exercice individuel, mais la perspective de pouvoir échanger avec d'autres professionnels de santé n'est pas aussi présente qu'en exercice salarié. Néanmoins, cela n'empêche pas la naissance d'initiatives qui vont dans le sens d'une meilleure coordination des professionnels de santé libéraux.

Les collaborations retrouvées dans les entretiens sont variées. Certaines semblent assez minimalistes, alors que d'autres offrent des projets organisés et ambitieux. Après l'analyse de chacune des situations, il est possible de décrire plusieurs niveaux de collaboration.

D'abord l'absence de collaboration ou l'existence quelques échanges informels. La simple présence géographique de professionnels n'implique pas automatiquement de relations entre ces professionnels. Ils peuvent ne rien partager au quotidien ou simplement quelques discussions informelles.

« *C'est chacun son patient et chacun son traitement* » (Entretien avec K1, en formation complémentaire d'ostéopathie).

« *Les contacts avec les autres kinés et infirmiers sont très peu présents, chacun semble faire son travail de son côté* » (Entretien avec K3, kinésithérapeute remplaçante).

« *On a 2 patients en commun (avec l'autre kinésithérapeute du cabinet nldr) mais on ne discute pas trop de ça. De temps en temps quand on remarque des techniques que l'autre fait, c'est pas souvent mais ça arrive de temps en temps* » (Entretien avec K10, kinésithérapeute généraliste)

Cette situation n'a pas beaucoup été retrouvée dans les entretiens, mais elle représente un type d'exercice libéral d'abord basé sur la rencontre entre un professionnel de santé et son patient.

Il n'est pas surprenant de retrouver ce type de fonctionnement car l'exercice libéral est historiquement fait ainsi. « *Cet isolement a été délibérément construit au XIXème siècle. Il y a eu près d'un siècle de conflits au parlement pour éviter un système qui inclurait une coordination des soins par le médecin* » (Entretien avec Didier Tabuteau, conseiller d'Etat).

Pour rappel, les conflits présents au XIXème siècle portaient notamment sur la réticence des médecins face à l'émergence de l'hygiénisme, des premières mesures de santé publique, ou bien pour la suppression des officiers de santé (Tabuteau, 2010). Cette individualisation du soin par certains kinésithérapeutes n'est pas surprenante, quand on sait l'origine médicale de la kinésithérapie et sa constitution comme profession paramédicale. Le patient s'adresse aujourd'hui à un kinésithérapeute libéral en adressant la prescription médicale rédigée par le médecin traitant ou par un médecin spécialiste. Cette prescription constitue le moyen de liaison entre les deux professionnels. Ce schéma linéaire ne fait donc que reprendre la principale modalité de relation entre un patient et le professionnel qu'est le colloque singulier.

<Guillaume RALL> -

La collaboration entre professionnels de santé est parfois présente de manière plus ancrée dans les pratiques, avec des échanges réguliers entre professionnels, mais qui restent informels et ne sont pas matérialisés par l'organisation de réunions interprofessionnels ou bien la mise en place de protocoles. Dans cette situation, les pratiques sont très dépendantes de la volonté de chaque professionnel et des ressources présentes. C'est pourquoi la description de plusieurs situations rencontrées pendant les entretiens me semble pertinente.

Un des kinésithérapeutes possède une relation étroite avec le podologue, auprès de qui il s'adresse lorsqu'il distingue des anomalies au niveau des pieds, il échange avec quelques cas médecins en cas de problème avec un patient, auprès de ses collègues kinés pour échanger mais « *l'interaction s'arrête ici* » (Entretien avec K5, kinésithérapeute qui exerce en zone sous dotée).

La situation est similaire pour d'autres kinésithérapeutes, où les échanges sont réguliers auprès de collègues au cabinet ou bien d'autres professionnels.

« *On échange face à des difficultés, on s'interroge pour savoir qu'est-ce qu'on peut mettre en place. J'ai mes collègues qui font d'autres formations donc on essaie d'échanger par rapport à ça [...] On échange pas mal avec un ostéo, on doit avoir 8 médecins dans les alentours et on échange mais pas beaucoup* ». (Entretien avec K8, installé depuis 4 ans en cabinet libéral)

« *Je n'hésite pas à les appeler (les médecins nldr) quand il y a un souci ou une question [...] je soumetts l'idée aux patients d'aller voir d'autres professionnels de santé* » (Entretien avec K9, kinésithérapeute qui exerce à domicile)

Ces échanges réguliers prennent parfois la forme de réunions mensuelles avec les collègues kinésithérapeutes pour échanger sur leurs pratiques.

« *On ne parle pas forcément d'un type de pathologie en particulier, mais plutôt sur les différentes données de la science, on fait beaucoup de lecture* » (Entretien avec K2, kinésithérapeute qui souhaite développer la prévention en entreprise). Ce kinésithérapeute est également en lien avec d'autres professionnels, notamment des chirurgiens pour les prises en charge post opératoires mais n'organise pas de protocoles avec eux.

L'amélioration de la collaboration peut être facilitée par le regroupement au sein de structures pluri professionnelles comme les MSP ou les centres de santé. C'est au sein de ce type de projet en construction que s'est intégré l'un des kinésithérapeutes interrogés. Actuellement, les locaux de la MSP sont encore en construction mais il existe déjà des échanges entre professionnels notamment par mail, sur une messagerie non sécurisée. Pour l'instant, il n'y a pas encore eu de réunions pluri professionnels, ni de protocoles, mais « *les réflexions sont en cours* » (Entretien avec K4, kinésithérapeute diplômé en Espagne).

Enfin, il existe des collaborations entre professionnels de santé qui se matérialisent par la réalisation de réunions pluri professionnelles et la mise en place de protocoles pour améliorer la coordination des soins.

Le regroupement des professionnels est une perspective intéressante pour développer des collaborations trop peu présentes dans les cabinets individuels.

« *Les professions travaillent encore en silos et souvent en cabinets solo pour les médecins et pas suffisamment avec d'autres professionnels* » (Entretien avec Dominique Polton, présidente de l'IDS).

Cependant, la présence géographique de professionnels ne signifie pas nécessairement qu'ils travailleront ensemble. Il arrive même parfois qu'une MSP ne soit que la « *simple juxtaposition de professionnels dans un même lieu* » (Marchand, 2015). L'étude de Marchand réalisée dans la région Rhône Alpes met en évidence cette pluralité de situations retrouvées dans les MSP, sur la diversité des organisations, la diversité des professionnels de santé mais également sur l'hétérogénéité des pratiques réalisées en termes de coordination des soins. Ces éléments font écho à l'étude de D'amour, notamment sur le principe de la formalisation, qui consiste à définir des règles communes, et le principe de la formalisation, qui s'attache à définir des objectifs communs. La définition d'objectifs communs sera d'autant plus difficile que les pratiques sont hétérogènes.

La coordination des professionnels de santé ne s'effectue pas seulement au sein des MSP, mais elle peut également se réaliser au sein de pôles de santé²⁶, qui peuvent eux-mêmes intégrer des MSP. C'est au sein d'un pôle de santé qu'exerce l'un des kinésithérapeutes interrogés. Il exerce dans un cabinet de kinésithérapie avec 3 autres kinésithérapeutes, mais est intégré au sein du pôle qui regroupe 23 professionnels issus de 10 professions différentes²⁷. La collaboration entre les professionnels s'organise à 3 niveaux : une réunion toutes les deux semaines pour évoquer des cas complexes auxquels ils intègrent des structures comme les Services de Soins Infirmiers et d'Aide à Domicile (SSIAD) ou les Centre Locaux d'Information et de Coordination (CLIC). Une réunion plénière est organisée une fois par mois pour que les professionnels échangent sur des sujets plus globaux (par exemple la présentation d'une profession ou la réflexion sur la mise en place d'un système d'information partagé). Enfin des groupes de travail sont organisés pour créer des protocoles de prise en charge pluridisciplinaire en fonction des besoins locaux.

²⁶ Définition du pôle de santé – Article L6323-4 du code de la santé publique

²⁷ Les 10 professions exerçant dans le pôle de santé sont les médecins, les kinésithérapeutes, les infirmiers, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les orthophonistes, les ostéopathes, les diététiciens, les pharmaciens, les psychologues

A la rentrée en septembre 2017, un protocole sur le surpoids chez l'enfant sera mis en œuvre. Il a pour objectif de sensibiliser les familles au risque de surpoids et aux conséquences, en ciblant sur le surpoids précoce. Ce protocole intègre des professionnels du pôle de santé, mais également les services de Protection Maternelle Infantile (PMI), les écoles et la médecine scolaire. Ce protocole est l'illustration d'une collaboration qui dépasse les consultations médicales et paramédicales pour développer un projet de prévention primaire et sélectif.

On observe à travers l'activité de plusieurs professionnels les nombreuses situations que l'on peut retrouver, entre des professionnels qui n'échangent que ponctuellement et ceux qui sont organisés autour d'un projet commun et pluri professionnel. La situation qui a été la plus retrouvée est la situation intermédiaire, où les échanges sont réguliers entre professionnels, mais ne sont que peu formalisés autour d'objectifs communs.

Malgré ces différences, deux éléments font l'objet d'un consensus de la part des kinésithérapeutes interrogés : une volonté de développer ces collaborations, quel que soit le niveau de collaboration actuel, mais également une difficulté pour les professionnels dont il faudra tenter d'en dégager les causes.

2.1.2. La volonté de développer des collaborations

Le précédent paragraphe a mis en évidence de grandes variations entre les jeunes kinésithérapeutes dans leurs collaborations interprofessionnelles. La configuration de l'exercice professionnel, la présence d'autres professionnels, la constitution d'une maison de santé ou d'un pôle de santé, jouent nécessairement un rôle. Si le niveau de collaboration n'est pas homogène en fonction des situations présentes, la quasi-unanimité des kinésithérapeutes rencontrés s'accordent sur la nécessité de développer des collaborations avec d'autres professionnels. Certains évoquent même une frustration à l'idée de ne pas pouvoir bénéficier d'autres compétences dans leur pratique quotidienne.

« Oui ça m'emmerde énormément. Quand je suis bloqué dans des prises en charge, que je pense qu'il y a besoin d'un autre professionnel, c'est pas facile du tout [...] Je n'ai pas la connaissance de ce que font les autres, si on avait plus d'infos sur ce que font les autres, on saurait mieux le moment où les orienter » (Entretien avec K9, kinésithérapeute exerçant à domicile).

Dans l'étude de Marchand, lorsqu'on demande aux professionnels les points positifs liés à l'exercice en MSP, c'est la coordination avec les autres professionnels qui revient le plus souvent. L'un des kinésithérapeutes interrogés corrobore ce résultat.

« La volonté d'agir de façon interdisciplinaire. C'est d'ailleurs une des raisons pour laquelle j'y vais, ça me soule de bosser seul. Avoir d'autres professionnels de santé dans les parages, c'est génial, c'est ce que j'avais à Monaco (Centre Hospitalier Princesse Grâce de Monaco ndlr) » (Entretien avec K7, kinésithérapeute exerçant bientôt dans un pôle de santé).

Cette expérience de l'exercice salarié et du travail en équipe incite les kinésithérapeutes à poursuivre de cette collaboration en exercice libéral.

« J'insiste pour échanger, pour protéger mes patients parce que j'ai envie que ça bouge [...] En salarié, j'ai été obligé à ça » (Entretien avec K4, kinésithérapeute espagnol)

L'exercice salarié présente effectivement des atouts que l'exercice libéral n'offre pas forcément, comme le travail en équipe soignante, et les échanges réguliers avec les professionnels médicaux et paramédicaux. *« Le masseur kinésithérapeute est tenu informé du travail préalable des médecins ainsi que des actions des autres soignants. Son travail s'insère dans une chaîne d'actions professionnelles qui viennent nourrir sa propre pratique »* (ONDPS, 2009).

Les jeunes kinésithérapeutes libéraux sont intéressés à l'idée de travailler les autres professionnels afin de mieux connaître leur environnement professionnel, et pouvoir améliorer la qualité de prise en charge du patient.

« Cela importe pour le patient. Des professionnels qui se connaissent bien optimisent leur soin [...] Le patient voit que l'on communique ensemble et que l'on se sent moins seul » (Entretien avec K6, kinésithérapeute exerçant dans un pôle de santé)

« Ca me semble évident d'être en lien avec les autres professionnels pour ne pas faire n'importe quoi [...] J'insiste pour échanger, pour protéger mes patients ». (Entretien avec K7, kinésithérapeute exerçant bientôt dans un pôle de santé)

Ces temps d'échange, qui doivent être trouvés en dehors des horaires de travail habituels, peuvent finalement permettre de gagner du temps par l'optimisation du parcours de soins des patients. Ils seraient *« très intéressants pour éviter le nomadisme médical, les erreurs de diagnostic »* (Entretien avec K5, kinésithérapeute exerçant en zone sous dotée). La notion de nomadisme médical désigne la pratique de consultations successives de plusieurs praticiens, sans nécessairement d'intérêt médical.

Cette situation peut d'ailleurs mettre en évidence une situation qui n'est pas favorable à l'optimisation du parcours de soins, lorsque le patient devient transmetteur de l'information *« Parfois le transmetteur est le patient, ce qui peut engendrer des approximations ».* (Entretien avec K5, kinésithérapeute exerçant en zone sous dotée)

L'intérêt de la collaboration doit être centré sur l'amélioration des relations entre des professionnels qui ne se connaissent pas bien. A ce titre, l'organisation de réunions pluri professionnelles serait intéressante.

« Pour une question de relationnel notamment. Les médecins ne savent pas ce que l'on fait. Ils essaient d'abord des thérapies médicamenteuses et après ils t'envoient chez le kiné pour voir s'il ne peut pas aider [...] Cela améliorerait la prise en charge globale du patient. Aujourd'hui, ce n'est pas le cas, il faudrait être en lien avec les ergothérapeutes, les orthophonistes » (Entretien avec K1, kinésithérapeute en formation d'ostéopathie).

Les deux premiers paragraphes peuvent donner le sentiment d'une question inachevée. Les jeunes kinésithérapeutes libéraux s'accordent pour dire que la collaboration interprofessionnelle est une nécessité dans leur pratique. La perspective d'améliorer la prise en charge globale du patient et de mieux connaître l'activité des autres professionnels de santé leur semble indispensable. Pour autant, leur niveau d'implication dans ces démarches collaboratives apparaît comme très hétérogène. L'objectif du paragraphe suivant sera de comprendre cette hétérogénéité, notamment à travers les freins que peuvent rencontrer les professionnels pour mettre en application ces collaborations dans leurs cabinets.

2.1.3. Des freins à la collaboration qu'il est nécessaire de lever

Plusieurs obstacles ont été énumérés par les kinésithérapeutes lors des entretiens pour justifier de leur manque d'implication dans des échanges entre professionnels de santé. La littérature nous apprend notamment à travers les travaux de D'Amour et d'Asmar qu'il existe plusieurs facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle. Nous traiterons successivement les éléments mis en évidence par les kinésithérapeutes interrogés puis nous nous appuyerons sur quelques études pour avoir un panel plus exhaustif de ce qui peut limiter la collaboration interprofessionnelle.

La diversité des pratiques relevées et les expériences diverses ont fait émerger plusieurs éléments qui freinent aujourd'hui le partage et l'échange entre les professionnels de santé. L'un de ces potentiels blocages est le mode de rémunération des professionnels.

« En libéral, tout est rapporté sur le tarif. On est payé à l'acte. En dehors des séances, il ne nous reste pas beaucoup de temps pour prendre le temps de s'occuper du patient. Si tous les jours on s'occupait à arranger le problème du patient sans être rémunéré, on n'aurait rien. On ne cherche pas que la gratification mais il faudrait être rémunéré pour tout ça » (Entretien avec K4, kinésithérapeute espagnol)

Le paiement à l'acte des professionnels de santé libéraux constitue le mode de tarification très majoritaire en France. La charte de la médecine libérale de 1927 édictait 7 grands principes dont le paiement direct par l'assuré en prenant pour base minimum les tarifs syndicaux (Hassenteufel, 2008). Ce mode de rémunération est critiqué notamment pour effet inflationniste, induit par la nécessité de multiplier son nombre d'actes pour augmenter ses revenus (Samson, 2009). Il est également reproché à ce système de favoriser une pratique individualisée de la médecine et donc de ne pas favoriser la collaboration entre les professionnels de santé ou la mise en place d'actions de prévention (Askenazy, 2013 ; Albouy, 2009). Le mode de rémunération est d'ailleurs le gros problème aujourd'hui dans notre système de santé, selon Laurent Chambaud. *« Je pense que ce qui était tout à fait logique jusque dans les années 60-70 jusqu'à la transition épidémiologique dans des modalités de lien entre le patient et le professionnel de santé, on voyait de façon épisodique, au moment où se mettaient en place les formes de solidarités, le mode de paiement était logique »*.

La mise en place d'actions plus collectives comme la collaboration interprofessionnelle, ou moins curatives comme la mise en place d'actions de prévention auprès des patients, n'est donc pas favorisé par ce système.

« Le paiement à l'acte n'est pas du tout adapté au travail en équipe. Cet attachement fort n'est plus la réalité des besoins de santé de la population. Pour moi c'est un élément fort mais y a pas que ça. La grande confusion est que l'exercice libéral ne doit pas forcément signifier le paiement à l'acte » (Entretien avec Laurent Chambaud, directeur de l'EHESP).

« Il est très difficile de mettre en place des expérimentations [...] La rémunération doit être adaptée aux besoins. Il faut sans doute revoir cette tarification » (Entretien avec Didier Tabuteau, conseiller d'Etat).

« Le premier frein est la rémunération à l'acte. Le fait d'avoir une liste d'actes, ça ne favorise pas des activités en dehors de cette liste » (Entretien avec Dominique Polton, présidente de l'IDS).

Pour répondre à cette nécessité de diversification des modes de rémunération, la loi de financement de la sécurité sociale de 2008 a ouvert la possibilité d'expérimenter de nouveaux modes de rémunération pour les médecins pour une durée 5 ans. Sa création n'implique pas une automatique adhésion de tous les professionnels à une évolution de leurs sources de revenus.

<Guillaume RALL> -

Il est nécessaire d'impliquer les praticiens eux-mêmes dans l'assimilation de ces nouveaux modes. Albouy expose la bonne influence de ces schémas de rémunération sur les pratiques médicales et l'intérêt de les utiliser pour les améliorer et va dans le sens des entretiens réalisés auprès des jeunes kinésithérapeutes, dans le sens où elle explique que la diversification des modes de rémunération est *« acceptée par les médecins généralistes, voire même souhaitée parmi les jeunes générations »*.

Cependant, il peut exister un décalage entre les intentions des pouvoirs publics et les intentions des professionnels au niveau local, notamment sur les critères imposés par l'ARS pour toucher les NMR (Nouveaux Modes de Rémunération).

« Le problème que l'on a mais qui s'améliore est qu'il y a souvent un décalage entre les critères imposés par l'ARS, et les besoins du terrain. Au départ, l'ARS avait mis un pourcentage de patients complexe à traiter par médecins pour pouvoir toucher la rémunération. Mais ce pourcentage était complètement fou. C'est en train de changer, mais c'est ce qui montre la différence entre le terrain et les pouvoirs publics. Il faudrait que cela parte plus du terrain » (Entretien avec K6, kinésithérapeute exerçant dans un pôle de santé).

La rémunération à l'acte n'est pas le seul frein à la collaboration interprofessionnelle. Parfois, le manque d'initiatives collectives s'explique seulement par le manque de disponibilité des professionnels. L'organisation de l'exercice libérale est à la base antinomique de la volonté de travailler ensemble. Une journée d'activité libérale est constituée d'une succession de consultations, patient par patient, ou bien avec 2-3 en fonction des pratiques des kinésithérapeutes. Cette routine professionnelle de chaque personne constitue l'une des barrières (Asmar, 2007).

« J'ai du mal à voir comment l'intégrer à l'activité, comment faire pour que tout le monde soit présent, comment dégager du temps » (Entretien avec K5, kinésithérapeute qui exerce en zone sous dotée)

« On est vite débordés. Il faudrait des infrastructures et après c'est la communication qui est très difficile » (Entretien avec K8, installé depuis 4 ans en cabinet libéral)

« C'est vraiment le temps parce qu'un kiné a de gros amplitudes horaires. Rien que faire des courriers, ça prend du temps. Peut-être aussi de motivation parce que t'as pas le temps de te motiver » (Entretien avec K10, kinésithérapeute généraliste).

A ce manque de disponibilité peut s'ajouter parfois un manque de volonté de la part de certains professionnels, notamment plus âgés. La volonté de collaborer est considéré par certains comme le facteur le plus important dans la mise en place d'une pratique collaborative et dépend de l'éducation professionnelle, des expériences antécédentes similaires et de la maturité de l'individu (Henneman, 1995).

« *Le problème est que chacun fait ce qu'il veut, les vieux restent dans leur idée de la formation de l'époque. Un manque de temps, mais pas toujours. Parfois un manque de volonté* » (Entretien avec K5, kinésithérapeute qui exerce en zone sous dotée).

Nous verrons ci-dessous que si l'éducation à l'interprofessionalité peut jouer un rôle sur la volonté à collaborer, celle-ci n'a pas été particulièrement développée dans la formation initiale des kinésithérapeutes interrogés.

Le dernier frein relaté par les jeunes kinésithérapeutes libéraux est le manque de connaissance entre les professionnels de santé. Ce problème semble être à la fois une cause et une conséquence : il est difficile de collaborer lorsque l'on ne se connaît pas, tout comme il est difficile de se connaître si l'on ne collabore pas.

On retrouve dans cette difficulté dans la relation entre le kinésithérapeute et les professions habilitées à prescrire la kinésithérapie, comme les rhumatologues et les médecins généralistes.

Une enquête réalisée auprès de kinésithérapeutes en Pays de Loire déplore le peu de considération que les kinésithérapeutes ressentent à l'égard de leurs prescripteurs. Seulement 36 % d'entre eux que les médecins prêtent attention à ce qu'ils disent, et pour seulement 25 % d'entre eux que les médecins aident les kinésithérapeutes à mener leur tâche à bien. Il s'agissait d'une étude comparative avec les infirmiers libéraux où les valeurs retrouvées étaient respectivement de 72 % et de 51 %. L'enquête met en avant la « *relative méconnaissance des médecins généralistes des pratiques kinésithérapiques, rendant plus complexes leurs échanges avec les masseurs kinésithérapeutes* » (ORS, 2016).

Une autre étude met en évidence la méconnaissance de la kinésithérapie par les médecins généralistes et les rhumatologues libéraux qui déplorent notamment « *leur manque de formation et le peu de références disponibles pour mieux réfléchir le recours à la kinésithérapie* » (Bonnal, 2009).

Ce type d'exemple montre que, malgré le lien fort qui existe entre les kinésithérapeutes et les professionnels médicaux par la prescription médicale, les périmètres d'activités des professions ne sont pas bien connus des autres professionnels.

La collaboration interprofessionnelle est perçue comme une perspective indispensable pour améliorer la coordination des parcours de soins, améliorer la prise en charge des patients et favoriser la sécurité sanitaire. Les différentes situations relevées par les entretiens témoignent de la pluralité des situations, alors que tous estiment que la collaboration avec d'autres professionnels de santé leur apporterait une plus-value au quotidien.

La rémunération à l'acte, le manque de disponibilité des professionnels, le manque de volonté ou les lacunes sur la connaissance des autres professionnels constituent des freins à cette collaboration. La dernière grande partie de ce rapport sera consacrée aux leviers que les kinésithérapeutes peuvent utiliser pour lever ces freins.

L'intégration de la santé publique dans l'exercice des kinésithérapeutes libéraux peut également se traduire par la réalisation d'actions ou d'actes de prévention et de promotion de la santé. La prochaine partie permettra de mettre en évidence de nombreuses initiatives au sein des cabinets libéraux, mais une limitation des possibilités des kinésithérapeutes.

2.2. Des actions de prévention et de promotion régulières mais limitées

L'intégration d'actions de prévention et de promotion de la santé dans la pratique de la kinésithérapie constitue un deuxième mode d'exercice de la santé publique. La Haute Autorité de Santé (HAS) définit comme objectifs de la prévention, éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) distingue 3 types de prévention en fonction du stade de la maladie :

- la prévention primaire, qui agit en amont de la maladie (ex : vaccination et action sur les facteurs de risque) ;
- la prévention secondaire, qui agit à un stade précoce de son évolution (ex : dépistage) ;
- la prévention tertiaire, qui agit sur les complications et risques de récurrence

Une autre classification se base sur la population cible des actions de prévention mises en œuvre (Gordon, 1983) :

- la prévention universelle, destinée à l'ensemble de la population, quel que soit l'état de santé de la personne
- la prévention sélective, destinée à des sujets exposés mais qui sont en bonne santé
- la prévention ciblée, destinée à des sujets exposés présentant des facteurs de risque

La promotion de la santé a été définie dans la charte d'Ottawa lors de la première Conférence pour la promotion de la santé par son but : « *donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage moyens de l'améliorer* ».

On observe, avec ces définitions, la multitude d'approches possibles sur ce sujet. Les actions de prévention et de promotion de la santé peuvent être réfléchies par le prisme d'une maladie, d'un facteur de risque, d'une population cible...

Le début de ce rapport a mis en évidence une historique individualisation du soin en France. Cette individualisation s'explique par plusieurs éléments : une tarification à l'activité, une formation initiale tubulaire des professions de santé, un poids fort des professions de santé.

« *On observe le poids fort des professions de santé en France [...] On les repère facilement et cette force de pression est non négligeable* » (Entretien avec Laurent Chambaud, directeur de l'EHESP)

Cette dichotomie entre l'approche individuelle et collective de la santé se retrouve dans la prévention, qui peut être abordée à l'échelle d'un patient autant qu'à l'échelle d'une population, ce qui n'est pas toujours facile à dissocier.

« *Il y a aussi une ambiguïté dans ce qu'on attend d'un professionnel. C'est-à-dire c'est quoi faire de la prévention ? On n'est pas vraiment clair. Je pense qu'il faut différencier l'implication du professionnel du soin dans ce qui est promotion de la santé, c'est-à-dire des grandes actions collectives [...] des actions de prévention individuelles, là il est le mieux placé (dépistage, bilans de santé, vaccination), mais c'est toutes les actions dans lesquelles cela ne rompt pas avec le colloque individuel qui est l'axe majeur d'un professionnel du soin. Ce n'est pas assez explicite dans leur activité, donc elle est finalement diluée* » (Entretien avec Laurent Chambaud, directeur de l'EHESP)

« *Il n'y a pas beaucoup de pro activité sur ce sujet. On reste dans du colloque singulier, alors que ça pourrait se faire plus en lien avec d'autres professionnels. Intervention collective autour d'un public* » (Entretien avec Dominique Polton, présidente de l'IDS)

L'objectif d'un traitement, qu'il soit de kinésithérapie ou non, est la guérison lorsqu'elle est possible, et peut intégrer des dimensions de prévention individuelle comme de prévention collective. Prenons l'exemple d'un patient atteint de lombalgie qui présente des facteurs de risque comme la sédentarité et le port régulier de charges lourdes. Des actions de prévention peuvent être menées au niveau individuel, par l'apprentissage de bonnes postures ou de techniques correctrices ; mais elle peut également s'effectuer au niveau collectif par l'intervention d'un kinésithérapeute en entreprise pour sensibiliser sur les facteurs de risque d'apparition de la lombalgie.

<Guillaume RALL> -

Les entretiens ont permis d'interroger les jeunes kinésithérapeutes sur leur manière d'intégrer des actions de prévention et de promotion de la santé. Nous verrons dans cette partie le rôle essentiel que joue le kinésithérapeute dans ce domaine. Ensuite, nous décrirons plus précisément ces actions et nous réfléchirons aux propositions qui peuvent être faites pour faire évoluer l'exercice de la kinésithérapie.

2.2.1. Le kinésithérapeute : acteur de prévention et de promotion de la santé

La nouvelle définition de la kinésithérapie intègre la prévention et la promotion de la santé, ce qui est logique du point de vue des jeunes kinésithérapeutes interrogés, même si certains ignoraient l'existence de cette nouvelle définition. Néanmoins, cela ne signifie pas que ces pratiques étaient précédemment inexistantes, ou bien qu'elles vont devenir automatiques du jour au lendemain.

« C'est plus juste par rapport à ce qu'on fait. L'aspect préventif se faisait déjà par tout le monde » (Entretien avec K2, kinésithérapeute souhaitant développer la prévention en entreprise)

« C'est d'ailleurs même bizarre que ces activités n'aient pas été reconnues avant » (Entretien avec K5, kinésithérapeute qui exerce en zone sous dotée).

« Tout cela est l'avenir de la santé, à apprendre dès le plus jeune âge. On en est loin de la » (Entretien avec K9, kinésithérapeute exerçant à domicile)

Même si elles ne sont pas intégrées de la même manière dans leurs exercices, les jeunes kinésithérapeutes affirment le rôle essentiel du kinésithérapeute sur le champ de la prévention et de la promotion de la santé et sa nécessité de le développer

« Sur les TMS (Troubles Musculo Squelettiques ndlr), la pédiatrie, le respiratoire [...] Le kiné a un rôle indispensable pour prendre au plus tôt des débuts de pathologies ou problèmes physiques [...] On est tous des acteurs de santé » (Entretien avec K6, kinésithérapeute exerçant dans un pôle de santé).

L'un des kinésithérapeutes interrogés a fait son mémoire de fin d'études sur la faible portée des messages de prévention et le manque d'appropriation de la santé des individus, et défend ce rôle aujourd'hui trop peu mis en évidence ; *« Tout cela est l'avenir de la santé, à apprendre dès le plus jeune âge. On en est loin de là »* (Entretien avec K9, kinésithérapeute exerçant uniquement à domicile). Nous verrons dans la partie sur les propositions les initiatives sur ce sujet ne sont pas pour autant inexistantes.

Les professionnels interrogés soulignent l'importance de développer la collaboration interprofessionnelle, trop peu présente dans leur pratique. Ce discours est repris sur le sujet de la prévention et de la promotion de la santé, en mettant en avant la nécessité de prendre en charge la population de manière précoce, voire avant même l'apparition de la maladie.

« C'est mieux d'éviter de tomber malade que de soigner alors que tu es déjà malade [...] Le kiné a un rôle majeur car beaucoup de troubles sont liés à de mauvais comportements : la sédentarité, l'alimentation, les mauvaises postures... On est en première ligne pour donner les informations » (Entretien avec K7, kinésithérapeute exerçant bientôt dans un pôle de santé).

La prévention sur une population saine relève de la prévention primaire ou de la prévention universelle. Nous verrons dans la prochaine partie que leurs actions de prévention ne relèvent pas spécifiquement de la prévention primaire et universelle, mais plutôt de la prévention tertiaire et ciblée.

Les activités de prévention peuvent être utilisées pour favoriser l'auto prise en charge.

« Il faut arriver à ce que le patient soit acteur sinon il ne prend pas part à rééducation, plus il sera passif, plus il deviendra chronique » (Entretien avec K8, installé depuis 4 ans en cabinet libéral).

Un autre kinésithérapeute voit la prévention comme l'outil qui crée une continuité entre les séances de kinésithérapie, afin de ne pas stagner dans la prise en charge du patient.

« C'est important car si on essaie de réparer quelqu'un en une demi-heure mais qu'il fait des conneries pendant les 23h30 restantes de la journée, tu peux pisser dans un violon » (Entretien avec K1, en formation complémentaire d'ostéopathie).

2.2.2. Prévention essentiellement individuelle, tertiaire et ciblée, promotion peu appropriée

Les actions quotidiennes réalisées par les professionnels sont majoritairement centrées autour de la notion de conseils *« pour éviter les récurrences »* (Entretien avec K8, installé depuis 4 ans en cabinet libéral) ; *« apprendre les gestes à faire et ne pas faire »* (Entretien avec K1, en formation complémentaire d'ostéopathie). A travers cette notion de prévention des récurrences, les actions proposées sont essentiellement tournées vers les patients qui consultent sous prescription médicale, avec une pathologie ciblée. Il s'agit donc là d'une prévention tertiaire. Les actions de prévention primaire et secondaire ne sont pas intégrées dans leur pratique, même si des jeunes kinésithérapeutes ont pour projets des activités de prévention sur sujets sains ou sur des sous-groupes de la population, qui ne sont pas forcément en mauvaise santé. Nous verrons ces actions dans la partie suivante.

Elles peuvent avoir pour but de faire adopter aux patients des comportements favorables à la santé

« *Pour modifier leurs mauvaises habitudes, de la façon la plus simple possible sans modifier leur vie de manière globale* » (Entretien avec K7, kinésithérapeute exerçant bientôt dans un pôle de santé).

Parmi les comportements favorables à la santé promus, l'activité physique a été évoquée « *On sait maintenant que l'activité physique présente énormément de vertus, il faut promouvoir un mouvement adapté à chacun* » (Entretien avec K2, kinésithérapeute souhaitant développer la prévention en entreprise).

A travers ces exemples, on est dans le champ de la promotion de la santé. La notion de promotion de la santé est connue des kinésithérapeutes, mais elle n'est pas aussi bien appropriée que la prévention. Certains kinésithérapeutes n'ont pas hésité à dire qu'ils ne voyaient pas du tout à quoi cela correspondait. Si l'on reprend la définition de la charte d'Ottawa, l'un des fondements de la promotion de la santé est l'acquisition d'aptitudes individuelles, que l'on également dénommer l'éducation à la santé. L'éducation à la santé a été mentionnée par certains kinésithérapeutes, et se retrouve intégrée à leur pratique « *Je suis beaucoup sur l'explication à la personne, le pourquoi de la maladie, l'apprentissage et la connaissance de son corps, et les choses à faire si le problème revient* » (Entretien avec K5, kinésithérapeute qui exerce en zone sous dotée).

D'autres réalisent des brochures et des dessins à destination de leurs patients pour leur expliquer précisément le problème (Entretien avec K2, kinésithérapeute souhaitant développer la prévention en entreprise).

L'ensemble des actions proposées par les jeunes kinésithérapeutes est concentré à l'intérieur du cabinet de kinésithérapie, dans le cadre de la séance de kinésithérapie. L'intervention est donc circonscrite à un patient qui consulte son kinésithérapeute par la rédaction d'une prescription médicale, c'est-à-dire un patient « malade ». Nous sommes donc dans le cadre d'une prévention individuelle et tertiaire. Ces actions peuvent être également considérées comme des actions de prévention ciblée, car elles ne sont pas que centrées sur un sous-groupe de la population, mais elles sont souvent dirigées sur un facteur de risque particulier : lutte contre le mauvais positionnement du dos au travail, promotion de l'activité physique pour lutter contre la sédentarité.

Malgré les initiatives individuelles de chaque kinésithérapeute, certains d'entre eux regrettent de ne pas développer plus d'actions de prévention et de promotion de la santé. Certains jeunes kinésithérapeutes estiment que l'exercice de la kinésithérapie n'est pas assez tourné vers l'axe préventif qui, selon elle, devrait s'effectuer au-delà du cabinet de kinésithérapie sur le terrain. « *Ce que je fais aujourd'hui, ce sont des balbutiements d'actions de prévention* » (Entretien avec K6, kinésithérapeute exerçant dans un pôle de santé).

2.2.3. Des propositions pour diversifier les actions

Les actions des kinésithérapeutes interrogés sont très peu tournées vers le dépistage, ou la sensibilisation auprès de populations saines. Ces perspectives ont été évoquées par certains kinésithérapeutes qui ont des projets en ce sens.

L'un d'entre eux souhaiterait intervenir directement dans les entreprises pour « *prévenir les TMS, les troubles posturaux, éduquer les patients pour prévenir les éventuels troubles* » » (Entretien avec K2, kinésithérapeute souhaitant développer la prévention en entreprise).

Il s'agit donc là d'une action de prévention sélective, car elle est destinée à un groupe de personnes exposés mais qui sont encore en bonne santé. La difficulté qu'il met en évidence pour ce projet est le mode de financement, qui n'est pas aujourd'hui existant dans la convention nationale des kinésithérapeutes.

Il affirme pourtant que s'il lui était trouvé un moyen d'assurer la viabilité financière de son exercice, il n'hésiterait pas à réduire son activité dans son cabinet libéral pour réaliser ces actions dans les entreprises.

Ce projet n'est pas une initiative isolée dans le monde de la kinésithérapie. Le Comité National de Prévention en Kinésithérapie (CNPK) est une organisation créée en 1993, qui a pour buts notamment de promouvoir le rôle du kinésithérapeute en matière de prévention et de coordonner des actions nationales de prévention. Ce comité met en évidence la diversité des modes d'intervention (conférences, ateliers, formations, dépistage...), la diversité des thématiques pouvant être abordées (TMS, santé au travail, accidents du sport...) et la diversité des publics cibles (patients, enfants, salariés, personnes âgées...). Ce professionnel ne connaissait pas l'existence du CNPK.

Le deuxième kinésithérapeute souhaite développer un projet plutôt tournée vers la prévention secondaire qui consiste à favoriser la prescription de kinésithérapie par les chirurgiens en pré opératoire. L'objectif est d'anticiper les complications post opératoires et d'expliquer au patient comment se déroulera la rééducation. La difficulté qu'il rencontre dans ce projet est l'impossibilité de réaliser cette initiative avec la nomenclature actuelle, qui ne reconnaît pas les actes de prévention pré opératoire « On dépend des actes et des prescriptions ».

Il est intéressant d'observer que les freins qui limitent les actions de prévention et de promotion peuvent être similaires à ceux qui limitent la collaboration interprofessionnelle : le manque de disponibilité, le mode de rémunération ou le manque de connaissance de dispositifs déjà existants.

2.3. Une formation initiale peu tournée vers les activités de santé publique

La formation initiale prend une part essentielle dans le parcours professionnel d'un individu, car elle conditionne notre attitude et notre posture face à une situation. Cet aspect est d'autant plus présent lorsque la formation initiale laisse une large place aux enseignements pratiques et aux stages, ce qui est le cas de la formation en kinésithérapie.

Les activités de santé publique telles que la collaboration interprofessionnelle et la prévention / promotion de la santé ne représentent pas ce qu'on appelle « le cœur de métier » du kinésithérapeute. La définition originelle de la profession décrivait justement la profession par ses activités « cœur de métier » : le massage et la gymnastique médicale.

Il faut rappeler que la formation initiale en kinésithérapie a été modifiée en 2015. Même si le panel de professionnels interrogé appartient donc à la génération formée par la réforme précédente, le choix de concentrer les témoignages auprès de jeunes kinésithérapeutes a permis de s'adresser à des professionnels qui gardaient un souvenir important de leurs études. Cette partie ne portera pas de jugement critique sur la formation initiale nouvellement installée. La première promotion « post réforme » ne sera diplômée qu'en juin 2019. Il est donc aujourd'hui impossible de porter un regard sur l'impact de nouveaux enseignements en santé publique sur l'attitude des professionnels de santé. Cependant, porter un regard sur ce qu'a apporté le précédent programme permettra d'éclairer les enjeux qui sous-tendent l'enseignement de la

santé publique, sur le plan de la collaboration interprofessionnelle et des actions de prévention / promotion de la santé.

Nous verrons à travers ces entretiens que la formation initiale leur a globalement laissé un goût d'inachevé sur le thème de la santé publique. Ce sentiment de ne pas avoir acquis suffisamment d'apports en santé publique a été conforté par l'expérience acquise pendant les années qui ont suivi l'obtention de leur diplôme. Face à ce constat, plusieurs pistes d'amélioration ont été abordées par les professionnels et seront décrites ci-dessous.

2.3.1. Un manque de formation en santé publique

La majorité des kinésithérapeutes interrogés se rappellent de leurs cours de santé publique, mais seul l'un d'entre eux considère le contenu de ses cours comme satisfaisant.

« Beaucoup d'enseignements faisaient la promotion de cette façon de travailler. J'étais très réceptif à cela car c'est important de pouvoir penser à la dimension psychosociale » (Entretien avec K2, kinésithérapeute souhaitant développer la prévention en entreprise).

Pour les autres, les souvenirs se concentrent plus sur des brides d'enseignement de santé publique, notamment en prévention avec des formations sur l'école du dos²⁸ ou sur l'éducation thérapeutique.

« Je crois qu'il y avait écrit 2-3 fois ETP (Education Thérapeutique du Patient nldr), mais ils n'ont pas insisté à fond » (Entretien avec K7, kinésithérapeute exerçant bientôt dans un pôle de santé).

Le manque de vision globale de la santé publique a été reproché par l'un des professionnels

« On en a parlé, mais je ne me souviens pas d'avoir eu des cours. On n'a pas eu de cours sur comment mettre tout ça en place » (Entretien avec K10, kinésithérapeute avec une activité généraliste).

La nécessité de développer ces enseignements a été proposée par tous les professionnels, car ils estimaient qu'ils n'avaient pas été suffisamment formés, qu'il s'agisse de la collaboration interprofessionnelle comme des actions de prévention et de promotion de la santé

« Oui j'aurais aimé qu'on me l'enseigne plus » (Entretien avec K8, installé depuis 4 ans en cabinet libéral)

« Ça pourrait être intéressant d'en avoir plus dans les études, et encore plus adapté » (Entretien avec K7, kinésithérapeute exerçant bientôt dans un pôle de santé)

²⁸ Selon le docteur Henrotin, président de la société belge des écoles du dos, l'école du dos est « une structure éducative à visée préventive des rachialgies, basée sur un enseignement pratique et théorique des principes d'hygiène vertébrale »

« La formation n'était pas suffisante, la preuve je ne sais pas comment le mettre en place »
(Entretien avec K10, kinésithérapeute avec une activité généraliste).

Le sentiment d'avoir eu des manquements dans sa formation constitue un indicateur intéressant, mais n'offrent pas de vision prospectives sur ce que devrait être une formation en santé publique pour les kinésithérapeutes. Face à cet enjeu, les jeunes kinésithérapeutes libéraux ont mis en évidence deux grands défis à relever : être capable d'intégrer une formation de santé publique qui sache équilibrer l'acquisition de concepts théoriques avec une mise en application pratique, et la nécessité de mieux découvrir les activités et compétences des autres professionnels de santé.

2.3.2. La réforme des études comme période de transition

La formation des kinésithérapeutes se base sur le programme qui date de 1989. Leurs commentaires ne sont pas tournés vers la nouvelle réforme. A l'époque, les enseignements étaient répartis sous forme de modules répartis sur trois ans :

- 4 modules dans le premier cycle que constitue la première année
- 12 modules dans le deuxième cycle que constituent les deuxièmes et troisièmes années

Le programme de formation et le détail de ces modules est compris dans l'annexe du décret du 5 septembre 1989 susvisé. Il est intéressant de noter au préalable que l'expression « santé publique » n'est pas citée une seule fois dans cette annexe.

Les enseignements de prévention et de promotion de la santé étaient intégrés :

- dans le premier cycle au module 3 « Pathologie, psycho sociologie » à travers l'expression « Actions spécifiques de prévention : santé et professions »
- dans le deuxième cycle au module 10 au module 10 « Prévention, promotion de la santé, ergonomie » du 2^{ème} cycle de formation, qui contenait 30 heures d'enseignements (20 heures de cours magistraux et 10 heures de travaux dirigés et pratique).

Il est difficile de voir la place qui était accordée à l'apprentissage de la collaboration interprofessionnelle dans le programme de formation. Le terme « collaboration » est mentionné une fois pour désigner la collaboration avec les entraîneurs de sport dans le module 11 « Kinésithérapie et sports ». Le terme « coopération » n'est pas mentionné.

On trouve certaines réponses dans le module 12 du deuxième cycle « Législation – Déontologie – Gestion », composé de 30 heures de cours magistraux. Ce module est organisé en quatre sous-parties : législation professionnelle, législation sociale, déontologie, gestion professionnelle et informatique. On distingue deux expressions qui décrivent d'une certaine manière la collaboration interprofessionnelle :

- dans la partie « législation professionnelle » : « l'exercice des autres professions de santé »
- dans la partie « déontologie » : « la complémentarité des professions de santé »

La nouvelle formation initiale en kinésithérapie est régie par les arrêtés et décrets du 2 septembre 2015 relatifs au diplôme d'Etat de masseur kinésithérapeute. Depuis son entrée en vigueur, la formation conduisant au diplôme de kinésithérapeute dure quatre années, soit une année de plus que la précédente formation. Les quatre années sont divisées en deux cycles de deux ans chacun. L'annexe IV de l'arrêté se compose du référentiel de formation et du contenu du programme par unités d'enseignements. S'il est encore impossible de déterminer la qualité des enseignements de santé publique qui seront dispensés et de juger l'impact de la réforme, la refonte des programmes sous forme d'unités d'enseignements a le mérite d'avoir défini précisément un contenu de formation en santé publique. Ce contenu est réparti en deux séquences :

- l'Unité d'Enseignement (UE) 1 « Santé Publique » appartenant au premier cycle comporte 50 heures de formation (30 heures de cours magistraux et 20 heures de travaux dirigés)
- l'Unité d'Enseignement (UE) 24 « Intervention du kinésithérapeute en Santé Publique » appartenant au deuxième cycle comporte 50 heures de formation (25 heures de cours magistraux et 25 heures de travaux dirigés)

Les fiches UE décrivent des éléments de contenu dans lesquelles on retrouve notamment les rôles des kinésithérapeutes et autres professionnels de santé dans l'UE 1 ; la promotion de la santé, la prévention, le dépistage, l'éducation thérapeutique du patient pour l'UE 24.

Les premiers kinésithérapeutes diplômés avec le nouveau programme commenceront à exercer à l'été 2019. Ils pourront dès ce moment porter un regard sur leur formation en santé publique. La rencontre de professionnels formés sur le programme de 1989 ont tout de même permis de mettre en évidence deux grands défis qui se posent devant la nouvelle formation initiale pour la santé publique : le nécessaire équilibre entre les enseignements théoriques et pratiques, ainsi que l'amélioration des connaissances des autres professionnels de santé

2.3.3. Deux défis pour la nouvelle formation initiale : l'équilibre théorie / pratique et la meilleure connaissance des autres professions de santé

A) L'équilibre théorie / pratique

La formation des kinésithérapeutes à la santé publique doit permettre aux futurs professionnels de développer des compétences qui exigent deux conditions : des apports, à la fois théoriques et pratiques, mais aussi la faculté par la suite de mobiliser ces apports pour résoudre des problèmes (Perrenoud, 2000). L'acquisition de ces facultés doit faire réfléchir à la forme que doivent prendre les enseignements. « *Il faut trouver une méthode pour motiver les étudiants. On a manqué cruellement de TP de raisonnement clinique avec d'autres étudiants en santé* » (Entretien avec K6, kinésithérapeute exerçant dans un pôle de santé).

La place de la théorie a été abordée, sachant que la collaboration interprofessionnelle ne s'observe que sur le plan pratique. Certains ont une vision très critique de la théorie, et n'envisagent pas l'enseignement de la santé publique de cette manière.

« *Si c'est des cours pratiques oui, si c'est du blabla ça n'a pas d'intérêt. Il faut que tout soit ramené à notre exercice. Ils ne font pas le lien entre la théorie et la pratique* » (Entretien avec K1, en formation complémentaire d'ostéopathie).

De manière générale, les professionnels s'accordent sur le caractère indispensable de l'apport théorique, avec certaines divergences sur la place qu'elle doit prendre.

« *Je suis assez partisan de la base théorique sur un cours magistral* » (Entretien avec K9, kinésithérapeute exerçant uniquement à domicile).

« *Il en faut un peu de théorie, basée sur la réflexion. Mais faire du par cœur sur les définitions n'a pas d'intérêt* » (Entretien avec K10, kinésithérapeute avec une activité généraliste)

« *La théorie parle plus que la pratique pour certains et inversement, mais si on ne fait que montrer un truc, ça me parlera encore plus si on me parle du pourquoi* » (Entretien avec K7, kinésithérapeute exerçant bientôt dans un pôle de santé).

Le lien entre la théorie et la pratique est un défi essentiel car il peut laisser penser à une simple juxtaposition de deux bagages, comme l'exprime Perrenoud, qui ne partagerait pas le même objectif final. Cela n'implique pas pour autant que ce lien est systématiquement perceptible et assuré par les formateurs, comme l'explique un des kinésithérapeutes.

« Les enseignements théoriques peuvent être très barbant, pas sexy, et on n'en voit pas forcément l'application pratique. Peut-être des interventions théoriques avec plus d'exemples concrets seraient intéressants pour vraiment voir l'impact de ce qu'on peut avoir, et plutôt en fin de cursus pour que les étudiants aient du recul avec un peu d'expérience » (Entretien avec K2, kinésithérapeute souhaitant développer la prévention en entreprise).

B) La meilleure connaissance des autres professions de santé

Le manque de connaissances sur les activités des autres professionnels a été mentionné comme un facteur bloquant cette collaboration « *Je ne connais pas assez les autres professionnels. Par exemple, une assistante sociale, je ne savais pas à quoi ça servait à avant. Et aujourd'hui, je me demande, quelles sont les capacités et limites d'un rhumatologue ? D'un chirurgien orthopédique ? Je ne suis pas assez au courant* » (Entretien avec K4, kinésithérapeute espagnol)

Face à ce constat, le concept d'éducation interprofessionnelle a été évoqué comme un moyen de préparer les futurs professionnels à ces pratiques collaboratives. De plus en plus développée dans le monde, elle répond à une exigence de qualité des soins, qui s'améliore lorsque les professionnels échangent de manière plus organisée entre eux²⁹, comme à l'enjeu de la démographie des professions de santé, en favorisant le recrutement et la « rétention » des professionnels³⁰.

« *La formation interprofessionnelle est la clé pour mieux se connaître dans un territoire, moi je trouve que c'est majeur, surtout dans un système où l'on a beaucoup de professionnels libéraux et indépendants* » (Entretien avec Dominique Polton, présidente de l'IDS).

L'éducation interprofessionnelle a été spontanément proposée par les kinésithérapeutes qui imaginent la collaboration d'abord par une connaissance des compétences de chacun. Ils imaginent l'organisation de rencontres plutôt sous formes de conférences, de colloques plutôt qu'un cours magistral strictement théorique.

« *Genre un cours où on réunit un médecin libéral, un kiné libéral, un podologue, une infirmière pour montrer ce que chacun peut faire pour avoir la connaissance des autres* » (Entretien avec K8, installé depuis 4 ans en cabinet libéral).

²⁹ Gittel, J.H., Fairfield, K.M., Bierbaum, B., Head, W., Jackson, R., Kelly, M., (2000). Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and length of stay : a nine-hospital study of surgical patients. *Medical Care*. 38 : 807–819.

³⁰ Serge Gallant *et al.*, « Apprendre ensemble pour travailler ensemble : l'éducation interprofessionnelle, un mythe ou une réalité ? », *Recherche en soins infirmiers* 2011/3 (N° 106), p. 40-46.

« Il ne faudrait pas forcément d'apport théorique mais plutôt l'organisation de colloques pluridisciplinaire, que chacun puisse parler de sa profession pour apprendre sur les autres et proposer des retours d'expérience » (Entretien avec K5, kinésithérapeute qui exerce en zone sous dotée).

Les formations et les rencontres interprofessionnelles sont des initiatives appréciées des jeunes professionnels de santé (Fiquet, 2015). A titre d'exemple, de jeunes kinésithérapeutes orléanais ont créé en 2015 l'Association des Séminaires en Santé d'Orléans (ASSO), dans le but d'organiser des séminaires interprofessionnels, notamment pour mettre en lien les différents acteurs de soins et favoriser la collaboration entre les professionnels de santé.

Les jeunes kinésithérapeutes libéraux ont démontré leur volonté d'améliorer la collaboration interprofessionnelle, et de pouvoir intervenir de manière plus importante dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé. L'acquisition de compétences en santé publique doit s'envisager dès la formation initiale, sur un format qui permette la découverte des autres professions de santé, comme le conclut l'un des professionnels *« Il ne faudrait pas forcément d'apport théorique mais plutôt l'organisation de colloques pluridisciplinaire, que chacun puisse parler de sa profession pour apprendre sur les autres et proposer des retours d'expérience »*

Le défi pour les Instituts de Formation en Masso Kinésithérapie (IFMK) est celui de tenir compte des « pratiques exemplaires » mises en évidence par l'OMS sur l'éducation interprofessionnelle (OMS, 2010), à savoir son intégration systématique dans les programmes de formation initiale en santé, la définition d'objectifs d'apprentissages explicites et clairs, l'évaluation de la formation en lien avec les objectifs d'apprentissage, et sa réalisation par des professionnels formés dans ce domaine d'enseignement. Cet enjeu de la formation a été largement cité par les représentants institutionnels interrogés, au-delà même de l'éducation interprofessionnelle.

« On ne peut pas envisager une formation dans laquelle on ne se prépare l'environnement dans lequel on va exercer. Il faut connaître la technique, mais l'environnement, la sécu, l'économie, le droit, la réglementation pour que le professionnel exerce pleinement ses compétences » (Entretien avec Didier Tabuteau, conseiller d'Etat).

« Il faut que ça parle aux gens, il faut le contextualiser sur ce pourquoi les gens viennent. Pour l'aspect spécifique du métier, il faut vraiment que cela soit attaché à l'exercice des professions » (Entretien avec Laurent Chambaud, directeur de l'EHESP).

La rencontre de jeunes kinésithérapeutes libéraux et l'appropriation de leurs fonctionnements font ressortir des enseignements intéressants sur la place que peut prendre la santé publique dans leur exercice quotidien. La collaboration interprofessionnelle intéresse ces jeunes kinésithérapeutes, mais elle s'effectue de manière très hétérogène et se trouve limitée par certains freins. La notion de prévention est bien connue des kinésithérapeutes et s'intègre régulièrement dans la pratique des kinésithérapeutes, principalement sous la forme d'initiatives individuelles avec des actions de prévention tertiaires, ciblées. Sur ce point également, les jeunes kinésithérapeutes semblent avoir besoin de soutien pour arriver à mettre en œuvre leurs initiatives, comme la prévention contre les troubles musculo squelettiques en entreprise.

Ce constat laisse un goût d'inachevé autant qu'il ouvre de perspectives pour la diversification des activités des kinésithérapeutes libéraux. Face à l'ensemble des freins mis en évidence, la question est de savoir si une organisation comme l'URPS peut être un acteur facilitateur. Peut-elle soutenir ce type d'actions ? Peut-elle soutenir les professionnels ? Quelle est la place de l'URPS dans le paysage de la santé publique ?

<Guillaume RALL> -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – <2016-2017>

PARTIE 3 : L'URPS KINE COMME LEVIER D'ACTION POUR LES KINESITHERAPEUTES

Les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) ont été créées dans le cadre de la loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST)³¹ en 2009. Les URPS constituent la prolongation pour les professionnels de santé libéraux conventionnés de ce qui existait pour les médecins depuis 1993, à savoir les Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML)³². La loi de 2009 est aujourd'hui connue, notamment pour la réorganisation territoriale au niveau régional par la création des Agences Régionales de Santé (ARS). C'est dans le cadre de cette réorganisation que la législation a estimé nécessaire de renforcer le lien entre les professionnels libéraux et cette nouvelle agence chargée de l'organisation et la planification des soins à l'échelle régionale.

Le fonctionnement des URPS offrent des perspectives intéressantes pour les professionnels libéraux, grâce à un mode de financement pérenne et des missions très diversifiées. Même s'il est possible de combiner plusieurs missions à travers un même projet, deux de ces missions rentrent dans le périmètre du sujet abordé :

- l'organisation de l'exercice professionnel concernant la permanence et la continuité des soins
- la réalisation d'actions dans le domaine de la prévention, la promotion de la santé, l'éducation thérapeutique, la veille sanitaire

Cette dernière partie sera plus centrée sur l'activité quotidienne de l'URPS Kiné Île de France. L'objectif est de comprendre comment l'URPS utilise ses ressources humaines, matérielles et financières pour répondre à ses missions et soutenir les jeunes kinésithérapeutes avides de nouvelles formes d'exercice. La limite de cette partie réside dans son imparfaite cohérence avec l'analyse de terrain réalisée pour le début du rapport. En effet, seuls 2 des jeunes kinésithérapeutes interrogés exercent en Île de France et peuvent, de fait, bénéficier des projets réalisés par l'URPS Kiné Île de France. Nous commencerons par décrire le positionnement politique de l'URPS qui s'inscrit dans un système d'action déjà complexe. Nous expliquerons ensuite en quoi l'URPS répond à ses missions d'organisation de l'exercice professionnel, et de mise en place d'actions de prévention et de promotion de la santé.

³¹ Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital, relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (dite loi HPST ou loi Bachelot)

³² Loi du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie

3.1. Un nouvel acteur dans un système d'action complexe

La création des URPS par la loi HPST en 2009 a été l'opportunité pour les professions de santé exerçant à titre libéral d'améliorer leur représentation au niveau régional, notamment auprès des nouvelles Agences Régionales de Santé. Son intégration dans le paysage de la santé peut être vu à la fois comme une simplification du système, mais aussi comme un énième acteur supplémentaire. La simplicité, dans le sens où il s'agit d'un acteur doit favoriser la coordination entre les institutions politiques régionales, chargées de mettre en œuvre la stratégie nationale de santé, et les professionnels libéraux, acteurs au plus près des citoyens mais parfois isolés par leur mode d'exercice. La complexité car il s'agit d'un nouvel acteur qui doit trouver sa place auprès de nombreuses organisations existantes. Cette complexité peut se décliner au travers de plusieurs exemples.

Les URPS sont des associations de type loi 1901 créées par une loi. A l'origine, une association a plutôt tendance à naître à l'initiative d'acteurs, qui se regroupent autour de mêmes valeurs afin de répondre à des objectifs communément fixés. Dans le cas présent, les fondements de cette organisation ont été posés au niveau législatif, à savoir les missions, l'organisation des élections, le mode de financement ou le nombre d'élus. Ce mode de fonctionnement ne semble pas propice à une appropriation rapide de l'organisation par les acteurs.

L'implication locale de l'URPS s'effectue au travers d'un partenariat fort avec l'ARS, d'autant plus important aujourd'hui avec l'obligation pour les ARS de présenter leurs projets régionaux de santé avant la fin de l'année 2017. A ce titre, l'URPS participe aux groupes de travaux sur la rédaction du Cadre d'Orientation Stratégique (COS)³³, du Schéma Régional de Santé (SRS)³⁴ et aux commissions de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA).

³³ Article R1434-3 du code de la santé publique : « Le cadre d'orientation stratégique détermine les objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans pour améliorer l'état de santé de la population, lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé, en particulier celles relatives à l'accès à la prévention, aux soins et à l'accompagnement médico-social »

³⁴ Article L1434-2 du code de la santé publique : « Le schéma régional de santé est établi pour cinq ans sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux et qui détermine, pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social, des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels »

L'ancrage local ne se réduit au lien avec l'ARS, mais également d'autres partenaires qui agissent dans le secteur de la santé : les établissements de santé (publics, privés, à domicile), les autres URPS, les ordres professionnels, les représentants d'utilisateur, les prestataires extérieurs (partenaires privés, entreprises de communication...), les sociétés savantes, le conseil régional, les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM)...

Néanmoins, l'environnement écologique de l'URPS ne se réduit pas à l'échelle locale mais s'étend jusqu'au niveau national. Il y a trois raisons qui expliquent cette situation particulière. Premièrement, les URPS constituent un partenaire privilégié des ARS dont l'une des orientations est le renforcement de l'ancrage territorial des politiques de santé, dans le cadre des orientations fixées au niveau national, dans le but d'obtenir une régulation unifiée de la santé (Courrèges, 2012). Ceci signifie que la connaissance de la stratégie nationale de santé et des orientations fixées par le Ministère de la Santé est nécessaire pour appréhender la mise en place des politiques de santé au niveau local.

Deuxièmement, l'URPS possède comme missions l'analyse des besoins de santé, de l'offre de soins, l'organisation de l'exercice professionnel, ainsi que la mise en place d'actions et de promotions de la santé. Cette dernière mission est conjointe avec les CPAM chargés de cette mission à l'échelle départementale. Les autres impliquent une bonne connaissance des conditions d'exercice des kinésithérapeutes libéraux, définies dans la convention nationale des kinésithérapeutes avec l'Assurance Maladie.

Dernièrement, l'organisation de l'URPS qui fait intervenir les syndicats professionnels nationaux et conditionnent leur représentativité « *Les membres des URPS sont élus par les professionnels de santé en activité exerçant à titre libéral dans le régime conventionnel au scrutin de liste [...]. Les listes de candidats sont présentées par des organisations syndicales des professions de santé...* »³⁵. Si les candidats présents sur les listes ne doivent pas obligatoirement être adhérents à un syndicat, les listes sont présentées par les syndicats nationaux. Pour les kinésithérapeutes, les trois syndicats libéraux qui ont déposés des listes lors de la précédente élection en 2015 étaient : l'UNSMKL, la FFMKR et Alizé. Ce principe offre aux syndicats nationaux une place non négligeable dans les orientations politiques pouvant être prises par les URPS.

³⁵ Article L. 4031-2 du code de la santé publique

La réalisation des missions de l'URPS Kiné Île de France s'inscrit donc dans cet environnement complexe, constitué de nombreux acteurs locaux et nationaux, sur lesquels il est possible de s'appuyer pour mettre en œuvre des projets. Les prochains paragraphes de cette troisième partie seront consacrés à la présentation de projets, menés par l'URPS, qui tentent de répondre au défi de l'intégration de la santé publique dans l'exercice libéral des kinésithérapeutes.

Concernant la méthodologie de travail utilisée par le bureau de l'URPS, les élus de l'URPS Kiné Île de France ont été invités dans le cadre d'une réunion organisée le 6 mars 2017 à définir, cadrer et présenter les projets qu'ils souhaiteraient réaliser pour l'année 2017. Chaque projet doit être porté par un chef de projet et rentrer dans l'un des 5 axes stratégiques présenté lors de l'Assemblée Générale du 31 janvier 2017. Un arbitrage financier a été par le bureau à posteriori pour valider ou invalider les propositions des élus. Les projets qui seront présentés dans la partie suivante ont donc tous été proposés par les élus, validés par le bureau et fait l'objet d'un arbitrage financier.

3.2. L'URPS comme catalyseur de la collaboration interprofessionnelle

L'organisation de l'exercice professionnel, à travers la permanence, la continuité des soins et les nouveaux modes d'exercice impliquent implicitement la nécessaire collaboration entre les professionnels de santé. Les trois dispositifs prévus par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé poursuivent d'ailleurs la logique de regroupement des professionnels. Nous les verrons plus en détail dans la suite de cette partie.

La difficulté pour un professionnel libéral qui exerce une dizaine d'heures par jour est de prendre le temps, d'une part de s'informer sur les récentes données de la science par la recherche et la lecture d'articles scientifiques, et d'autre part de connaître les dispositifs créés par loi pour se les approprier par la suite.

Nous avons vu par les entretiens que l'appropriation de l'exercice en collaboration interprofessionnelle n'était que peu ancrée dans les habitudes des jeunes professionnels, qui privilégient principalement les relations régulières mais informelles. Néanmoins leur volonté de favoriser ces collaborations incombe aux URPS de soutenir les initiatives existantes. Dans ce cas, l'URPS peut jouer un rôle d'intermédiaire entre des professionnels de santé motivés et des pouvoirs publics soucieux de mettre en œuvre les dispositifs qu'ils ont eux-mêmes créés.

<Guillaume RALL> -

C'est ce que l'URPS Kiné Île de France a réalisé en organisant une soirée de présentation de ses missions auprès des étudiants franciliens. L'URPS est une organisation jeune, qui n'est pas forcément connue de tous les professionnels et encore moins des étudiants. La présentation de son fonctionnement et de ses missions auprès de jeunes professionnels constitue déjà une première approche de l'exercice professionnel pour les étudiants.

Le format de cette troisième partie n'a pas pour but de faire une liste détaillée de l'intégralité des projets de l'URPS. Néanmoins, il sera intéressant de développer des projets qui tentent de répondre à la question initiale. Je donnerai comme illustration deux projets en cours de réalisation par l'URPS Kiné Île de France. Le premier met en évidence ce rôle d'interface que peut jouer l'URPS. Le second invite au renforcement des collaborations interprofessionnelles par une rencontre directement entre les professionnels de santé sur un sujet donné.

Le premier projet a été nommé « Nouveaux modes d'exercice ». Ce projet consiste d'abord en la réalisation d'une plaquette d'information sous format numérique, qui présente succinctement les nouveaux modes d'exercice prévus par la loi du 26 janvier 2016.

Les Equipes de Soins Primaires (ESP)³⁶ sont des ensembles de professionnels de santé constitués autour de médecins généralistes de premier recours, sous la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé. Elles contribuent à structurer les parcours de santé autour du médecin traitant en assurant une meilleure coordination des intervenants

Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)³⁷ sont des professionnels regroupés sous la forme d'une ou plusieurs ESP, avec des acteurs de second recours et du secteur social et médico-social. Chaque CPTS doit formuler un projet de santé à destination de l'ARS, et à défaut d'initiative des professionnels, l'ARS peut décider de développer ces initiatives, en concertation avec les URPS. Cette situation n'a pas été rencontrée durant mes 4 mois de stage.

Les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA)³⁸ sont des dispositifs créés à l'initiative des acteurs du système de santé qui s'activent par un des professionnels participants pour obtenir un soutien dans la prise en charge des situations complexes à travers des services d'information, d'orientation et de soutien.

³⁶ Article L. 1411-11-1 du code de la santé publique

³⁷ Article L. 1434-1 du code de la santé publique

³⁸ Article L. 6327 du code de la santé publique

Cette plaquette est d'abord à destination des kinésithérapeutes de l'Essonne, mais a pour objectif d'informer tous les kinésithérapeutes d'Île de France. La seconde partie du projet qui, pour l'instant, n'est pas encore planifiée, est la réalisation de conférences dans les territoires pour développer ces nouveaux modes d'exercice, avec la présentation de projets qui se sont réalisés et dans lesquelles les professionnels s'engagent. L'exemple le plus explicite est l'association Espace Vie. Cette association a été créée en 2013, à l'initiative des professionnels de santé pour améliorer la réponse des acteurs de santé face aux besoins constatés sur le territoire francilien. Aujourd'hui, elle est composée de plusieurs centaines de professionnels, fait l'objet de louanges de la part de l'ARS pour sa pertinence et son dynamisme. Son prochain défi est la réflexion sur le format qu'elle doit prendre : doit-elle prendre la forme d'une PTA ou plutôt d'une CPTS ?

Le deuxième projet s'appelle « Colloque sur la prescription ». Ce projet est réalisé en partenariat avec l'URPS Pharmaciens d'Île de France. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a ouvert aux kinésithérapeutes la possibilité de prescrire des dispositifs médicaux nécessaires à l'exercice de leur profession. Cette liste a été définie dans l'arrêté du 9 janvier 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire. Le dernier dispositif pour lequel le droit de prescription a été ouvert pour les kinésithérapeutes est le substitut nicotinique, depuis la loi de modernisation de notre système de santé 2016. Il s'agit d'une thématique relativement peu évoquée dans les congrès, les conférences ou les débats organisées par la profession, même si cette impression s'est modifiée depuis la possibilité de prescrire des substituts nicotiques. Les productions sur le recours des kinésithérapeutes à ce droit de prescription sont très rares. Une étudiante en dernière année de kinésithérapie avait réalisé un mémoire de fin d'études sur ce sujet (Vaccaro, 2008). Sur un échantillon de 80 kinésithérapeutes libéraux, l'enquête révèle que 96,3 % des kinésithérapeutes savent qu'ils ont un droit de prescription, mais seulement 43,8 % l'utilisent. Le chiffre le plus frappant est que, parmi les kinésithérapeutes qui ne prescrivent pas, plus de 75 % d'entre eux pensent qu'ils ne sont pas suffisamment informés pour l'utiliser correctement. Du côté des pharmaciens, aucune étude ne témoigne de la connaissance ou non du droit de prescription des kinésithérapeutes, mais il est probable que si les kinésithérapeutes ne s'emparent pas tous de cette possibilité, les pharmaciens en soient moins informés que possible. L'objectif du colloque est donc d'améliorer la connaissance de chacune des professions. Les pharmaciens doivent connaître les dispositifs médicaux prescriptibles par les kinésithérapeutes, et les kinésithérapeutes doivent réaliser des prescriptions permettant aux pharmaciens d'être plus efficaces. Il se déroulera en novembre prochain, près de 300 professionnels sont attendus pour cette soirée.

<Guillaume RALL> -

Les deux projets ici présentées sont des illustrations des propositions qu'offre l'URPS Kiné Île de France pour répondre à sa mission d'organisateur de l'exercice professionnel mais il en existe d'autres. On peut rapidement citer :

- l'intégration des kinésithérapeutes dans le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) qui doit permettre d'améliorer la réponse par une meilleure coordination entre le médecin prescripteur et les kinésithérapeutes ;
- la coordination des projets retrouvés au sein des nouvelles Conférences Territoriales de Santé (CTS)³⁹

Le programme de travail pour l'année 2017 regroupe également des projets qui répondent à la mission de prévention et de promotion de la santé des URPS.

3.3. L'URPS comme acteur de la prévention et de la promotion de la santé

De la même manière que pour la collaboration interprofessionnelle, l'URPS Kiné Île de France agit de plusieurs manières pour favoriser l'intégration d'actions de prévention et de promotion de la santé. L'enquête auprès des jeunes kinésithérapeutes libéraux a mis en évidence des modes d'exercice qui intégraient des actions de prévention, mais celles-ci étaient principalement tertiaires et ciblées. Nous présenterons dans cette partie 3 projets de l'URPS concernant sa mission de prévention.

Le projet « Prévention diabète » est particulier car il constitue un projet de prévention autant qu'il promeut la collaboration interprofessionnelle. L'objectif du projet est de renforcer le dépistage des populations à risque de diabète, en sensibilisant les professionnels de santé aux facteurs de risque d'apparition du diabète. Ce projet, à l'initiative de l'URPS pharmaciens intègre également les sage femmes, les pédicures podologues, les dentistes et les infirmiers, en partenariat avec la Fédération Française des Diabétiques (FFD) qui organise chaque année la semaine nationale de prévention du diabète.

³⁹ Les Conseils Territoriaux de Santé (anciennement Conférences de Territoire) regroupent les pouvoirs publics et les professionnels de santé à l'échelle territoriale. Ils sont chargés de décliner le Projet Régional de Santé (PRS) dans les territoires. Chaque CTS a pour but de mettre en cohérence les projets du territoire avec le PRS

Le projet « Prévention mal de dos » est un projet qui intègre des principes de prévention primaire, mais aussi secondaire auprès d'une population cible : les enfants âgés de 6 à 12 ans. Cet évènement est réalisé en partenariat avec l'association Grandir en France. Le port d'un cartable lourd, l'immobilisation prolongée en classe et les mauvaises postures représentent des facteurs de risque d'apparition de maux de dos chez l'enfant. Le projet consiste en la réalisation de demi-journées où des kinésithérapeutes (parfois accompagnés d'étudiants), accueillent des enfants et leur présentent une série de 3 ateliers de 20 minutes chacun :

- un atelier « ballons » qui correspond à une séance de proprioception, où l'animateur tentera de faire ressentir à l'enfant les positions de son bassin et de sa colonne vertébrale en étant assis sur un ballon de Klein
- un atelier « poster » qui correspond à un petit cours sur l'anatomie du rachis, les postures à adopter pour s'asseoir ou porter une charge lourde
- un atelier « mesure » où les kinésithérapeutes réalisent des mesures d'amplitude du rachis, des membres inférieurs et répondent à un questionnaire sur leurs éventuels douleurs articulaires

Si les deux premiers ateliers relèvent d'une initiative de prévention primaire, l'atelier « mesure » ressemble plus à une action de prévention secondaire, par le dépistage d'éventuels troubles de la statique rachidienne. Il ne s'agit pas ici d'une prévention ciblée, mais plutôt sélective car elle s'adresse à des sujets sains, mais exposés à des problèmes rachidiens en raison de leur posture dans les établissements scolaires.

Le troisième projet consiste en l'organisation de séances d'éducation thérapeutique (ETP) auprès de proches aidants⁴⁰, qui s'occupent de patients atteints de sclérose en plaques (SEP). De par leur soutien mais également physique auprès des patients qu'ils aident, les proches aidants sont des personnes qui répètent régulièrement les mêmes gestes pour assurer les activités de la vie quotidienne : les levers du lit, les transferts entre le lit et le fauteuil roulant, les tâches ménagères, l'habillage. Ces répétitions peuvent amener ces personnes à souffrir de Troubles Musculo Squelettiques (TMS). Les TMS sont définies par l'Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS) comme des troubles de l'appareil locomoteur pour lesquels l'activité professionnelle peut jouer un rôle dans la genèse, le maintien ou l'aggravation.

⁴⁰ Le proche aidant est défini dans la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 comme un conjoint, un partenaire, un parent, un allié ou une personne résidant avec une personne atteinte d'une maladie chronique qui lui apporte son aide pour une partie ou la totalité des actes de la vie quotidienne de manière régulière et à titre non professionnel.

Même si le proche aidant n'apporte pas son aide de manière professionnelle, l'utilisation du terme TMS semble tout de même adaptée à leur situation. L'objectif de ces séances d'ETP est de sensibiliser les proches aidants aux risques associés à la répétition de postures, qui peuvent, si elles sont mal effectuées faire l'objet de douleurs de l'appareil locomoteur. Ce projet est réalisé en partenariat avec le réseau sclérose en plaques et maladies inflammatoires du système nerveux Île de France (SINDEFI-SEP).

Par la mise en œuvre des projets favorisant la collaboration interprofessionnelle, la prévention et la promotion de la santé, l'URPS Kiné Île de France se positionne en tant qu'acteur de proximité pour les kinésithérapeutes franciliens et répond de manière efficace aux missions qui lui ont été confiées lors de sa création.

Le fonctionnement de l'URPS peut cependant être améliorée et fait l'objet de réflexions au sein de l'organisation pour améliorer son efficacité. La refonte des outils de communication, la description de processus managériaux et les projets de recrutement sont autant de projets qui doivent permettre de rendre l'URPS encore plus efficace.

Ceci ne doit pas pour autant effacer les difficultés qui réside dans l'organisation, à savoir la difficulté à coordonner les actions de tous les élus, à dégager du temps pour les élus qui possèdent une activité de kinésithérapie libérale en plus de leur engagement, mais également à faire adhérer l'ensemble des élus à un projet lorsque celui-ci est défendu en priorité par l'un des syndicats présents.

Conclusion

Ce rapport avait pour objectif de mettre en perspective la santé publique, comme expression au sens très large, à travers l'exercice d'une profession, la kinésithérapie. La santé publique dans l'exercice libérale des jeunes kinésithérapeutes peut être décrite à travers deux grandes activités : la collaboration entre professionnels de santé et la réalisation d'actions de prévention et de promotion de la santé.

La collaboration interprofessionnelle s'exerce de manière hétérogène avec plusieurs niveaux d'implication. Celle-ci se révèle principalement informelle, sous la forme de successions d'initiatives individuelles, et ne fait généralement pas l'objet de productions écrites ou de rencontres officielles entre les professionnels de santé. Il existe néanmoins des collaborations plus fortes, que l'on retrouve plus facilement dans le cadre d'exercices coordonnés comme les maisons de santé pluri disciplinaires ou les pôles de santé. L'exercice coordonné n'en demeure pas moins une condition sine qua none de la collaboration.

Les actions de prévention et de promotion de la santé sont régulièrement intégrées dans les pratiques quotidiennes des jeunes kinésithérapeutes libéraux. Elles s'organisent le plus souvent sous une forme individuelle, dans le cadre du colloque singulier avec le patient. Les initiatives de prévention primaire ou secondaire sont moins développées.

Le caractère parfois embryonnaire des projets menés par les kinésithérapeutes trouve des motifs d'explication dans de multiples difficultés rencontrées au quotidien. La rémunération à l'acte, le manque de connaissance des professionnels entre eux et le rythme soutenu de l'exercice sont des facteurs limitant la portée des initiatives.

Face à ces constats, la formation initiale des kinésithérapeutes doit jouer un rôle essentiel, avec l'acquisition de connaissances théoriques au profit d'une mise en application pratique. La meilleure connaissance des autres professionnels doit être mise au service d'une appropriation plus collective des enjeux de santé publique.

Pour arriver à ces objectifs, l'URPS Kiné est un acteur qui a pris sa place depuis quelques années dans le paysage territorial. L'existence d'une association reconnue les pouvoirs publics, dotée d'un financement pérenne et d'une gestion par les kinésithérapeutes, doit servir de levier pour encourager et développer les initiatives des professionnels libéraux, qui peuvent parfois se sentir isolés dans leurs cabinets.

Bibliographie

Articles

Albouy V., Déprez M. (2009), « Mode de rémunération des médecins », *Economie & prévision*, n°2, p. 131-139.

Askenazy P., Dormont B, Geoffard P-Y, Paris V. (2013), « Pour un système de santé plus efficace », *Notes du conseil d'analyse économique*, n°8, p. 1-12.

Borgès Da Silva G. (2015), « Maladies chroniques : vers un changement du paradigme des soins », *Santé Publique*, HS1, p. 9-11.

Boudier F., Bensebaa F., Jablanczy A. (2012), « L'émergence du patient-expert : une perturbation innovante », *Innovations*, vol. 39, n° 3, p. 13-25.

Bourdillon F., Mosnier A., Godard J. (2008), « Des missions de santé publique pour les médecins généralistes », *Santé Publique*, n°20, p. 489-500.

D'Amour D., Sicotte C., Lévy R. (1999), « L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé », *Sciences sociales et santé*, n°3, p. 67-94.

Elbaum M. (2010), « L'évolution des dépenses de santé depuis vingt ans : quelques éléments d'analyse », *Les Tribunes de la santé* 2010/5 (n° HS 1), p. 15-29.

Fiquet L., Hugué S., Annezo F., Chapron A., Allory E., Renaut P. (2015), « Une formation inter professionnelle pour apprendre à travailler ensemble. La perception des étudiants en santé », *Pédagogie Médicale*, vol. 16, n° 2, p. 105–117.

Geadah R-R. (2010), « Regards sur l'évolution des soins. Aspects historique et éthique des relations entre professionnels de santé et patients », *Recherche en soins infirmiers*, n°109, p. 16-32.

Gordon R-S (1983), « An operational classification of disease prevention », *Public Health Report*, vol.98, n°2, p.107-109.

Hassenteufel P. (2008), « Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire », *Les Tribunes de la santé*, vol. 18, n°1, 2008, p. 21-28.

Henneman EA, Lee JL., Cohen JI. (1995), « Collaboration: a concept analysis », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 21, n°1, p. 103-109.

Lachaud. (1915), « Rapport sur la mécano-thérapie », *Archives de médecine et de pharmacie militaire*, p. 652.

Laroque P. (1946), « Le plan français de Sécurité sociale », *Revue française du travail*, n° 1, p. 9-11

Loubière S., Parent A., Tallon J-M. (2004), « L'économie de la prévention. Enjeux et problématiques », *Revue économique*, n°55, p. 831-847.

Marchand O., Seigneurin A., Chermand D., Boussat B., François P. (2015), « Développement et fonctionnement des maisons de santé pluri-professionnelles dans la région Rhône-Alpes », *Santé Publique*, n°27, p. 539-546.

Perrenoud P. (2000), « Mobiliser ses acquis : où et quand cela s'apprend-il en formation initiale ? De qui est-ce l'affaire ? », *Recherche & Formation*, n°35, p. 9-23

Remondière R. (1994), « L'institution de la kinésithérapie en France (1840-1946) », *Les Cahiers du Centre de Recherches Historiques*, n°12

Samson A-L. (2009), « Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins ? », *Regards croisés sur l'économie*, n°1, p. 144-158.

Tabuteau D. (2010), « Pouvoirs publics et professions de santé », *Les Tribunes de la santé* n° 26, p. 103-121.

Winslow C. (1920), « The untilled fields of public health », *Science*, n°51, p. 23-33.

Rapports

Acheson D. (1988). Public health in England. The report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function. London, HMSO, p. 1

Berland, Y. (2003). Mission coopération des professionnels de santé : le transfert de tâches et de compétences. 58 p.

Bonnal C., Matharan J., Micheau J. (2009). La prescription de masso kinésithérapie par les médecins généralistes et rhumatologues libéraux, Rapport d'étude. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Paris. 27 p.

DREES (2016), La consommation de soins et biens médicaux, Les dépenses de santé en 2015, Edition 2016, p. 30-31

DREES (2016), L'évolution de la CSBM depuis 1950, Les dépenses de santé en 2015, Edition 2016, p. 32-33

DREES (2016), Les évolutions du numerus clausus et des quotas pour les professionnels de santé, Portrait des professionnels de santé, Edition 2016, p. 84-88

Hénart, L. Berland, Y. Cadet, D. (2011). Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer. 57 p.

Martial F., Naudy Fesquet I., Roosz P., Tronyo J. (2016). Tableaux de l'économie française, Insee Références, édition 2016, p.34

Matharan J., Micheau J., Rigal E. (2009). Le métier de masseur-kinésithérapeute, Rapport d'étude. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Paris. 139 p.

ORS Pays de la Loire, URPS masseurs-kinésithérapeutes libéraux des Pays de la Loire. (2016). Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice des masseurs kinésithérapeutes libéraux des Pays de la Loire. 88 p.

Organisation mondiale de la santé (1986), Charte d'Ottawa, p.1

Organisation mondiale de la santé (2010). Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Health Professions Networks Nursing & Midwifery Human Resources for Health. Genève. 64 p.

Vaccaro L. (2008) Le droit de prescription de dispositifs médicaux des kinésithérapeutes libéraux : une évolution ? Rapport de travail en vue de l'obtention du diplôme d'état de masseur kinésithérapeute, Nancy, 50 p.

Ouvrages

Freidson E. (1973), *La profession médicale*, Paris, Payot, 369 p.

Friedberg E. (1993), *Le pouvoir et la règle : dynamiques de l'action organisée*, Paris, Le Seuil, 405 p.

Sites internet

Association Espace vie. Disponible sur internet <<http://www.espacevie.fr/>> (consultée le 31 mai 2017)

Banque mondiale. Croissance du PIB annuel. Disponible sur internet <<http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?locations=FR>> (consulté le 14 mai 2017)

Borg T (2014). L'UE s'engage à agir pour lutter contre les maladies chroniques. Bruxelles : Commission européenne, DG Santé et consommateurs, Santé publique, n°127. Disponible sur internet <http://ec.europa.eu/health/newsletter/127/focusnewsletter_fr.htm> (consulté le 04 mai 2017)

DREES. Data.drees. Disponible sur internet <<http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx>> (consulté le 14 avril 2017)

Haute Autorité de Santé. Définition de la prévention. Disponible sur internet : <http://www.has.sante.fr/portail/jcms/c_410178/fr/prevention> (consulté le 15 mai 2017)

Henri F., Lundgren-Cayrol K. (1997). Apprentissage collaboratif à distance, téléconférence et télédiscussion. Montréal : LICEF. Disponible sur internet <<http://www.licef.telug.quebec.ca/Bac/fiches/f48.htm>> (consulté le 13 mai 2017)

La Dépêche (2016). Cancer colorectal : un enjeu de santé publique. Disponible sur internet <<http://www.ladepeche.fr/article/2016/02/13/2276101-cancer-colorectal-un-enjeu-de-sante-publique.html>> (consulté le 19 mai 2017)

Les Echos (2016). La cigarette électronique, un enjeu de santé publique. Disponible sur internet <https://www.lesechos.fr/08/08/2016/LesEchos/22250-029-ECH_la-cigarette-electronique--un-enjeu-de-sante-publique.htm> (consulté le 19 mai 2017)

Le Figaro (2012). Le sommeil, un enjeu majeur de santé publique. Disponible sur internet <<http://sante.lefigaro.fr/actualite/2012/10/12/19280-sommeil-enjeu-majeur-sante-publique>> (consulté le 19 mai 2017)

Le JDD (2016). Pourquoi le virus Zika est un « enjeu de santé publique ». Disponible sur internet <<http://www.lejdd.fr/Societe/Sante/Pourquoi-le-virus-Zika-est-un-enjeu-de-sante-publique-770365>> (consulté le 19 mai 2017)

Le Monde (2016). Le chômage est aussi un problème de santé publique. Disponible sur internet <http://www.lemonde.fr/emploi/article/2016/05/13/le-chomage-est-aussi-un-probleme-de-sante-publique_4919294_1698637.html> (consulté le 19 mai 2017)

Ministère des Affaires Sociales et de la Santé (2015). Le VIH-Sida : un enjeu majeur de santé publique. Disponible sur internet <<http://social.sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/vih-sida/le-vih-sida-un-enjeu-majeur-de-sante-publique/>> (consulté le 19 mai 2017)

Conférence

Kosremelli Asmar M., Wacheux F. (2007), « Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire », Université Saint-Joseph. Conférence Internationale en Management, Beyrouth, Liban. p. 57-75.

Liste des annexes

Annexe 1 : Tableau récapitulatif des entretiens

Annexe 2 : Grille d'entretien « Professionnels »

Annexe 3 : Grille d'entretien « Institutionnels »

Annexe 4 : Synthèse des entretiens professionnels

Annexe 5 : Synthèse des entretiens institutionnels

Annexe 6 : Programme de travail de l'URPS pour l'année 2017

Annexe 1 : Tableau récapitulatif des entretiens

PROFESSIONNELS							
Initiales des kinés	Date	Genre	Code entretien	Année de diplôme	Durée entretien (en min)	Mode d'entretien	Spécificité du professionnel
MGB	14-mars	H	K1	2013	35	Rencontre	En formation continue d'ostéopathie
GR	21-mars	H	K2	2014	49	Téléphone	Souhaite développer la prévention en entreprise
AP	22-mars	F	K3	2016	36	Téléphone	Exerce uniquement en remplacements
JG	03-avr	H	K4	2009	31	Rencontre	Espagnol, diplômé en Espagne, exerce dans une MSP
MC	20-avr	H	K5	2014	35	Rencontre	Exerce dans une zone très sous dotée
MN	01-mai	H	K6	2014	45	Téléphone	Exerce dans un pôle de santé
ED	01-mai	H	K7	2012	40	Téléphone	Ancien salarié qui exercera prochainement dans un pôle de santé
JRC	03-mai	H	K8	2012	32	Téléphone	Installé depuis 4 ans dans le même cabinet
AF	10-mai	H	K9	2013	32	Téléphone	Exerce uniquement à domicile
MXB	15-mai	H	K10	2015	36	Téléphone	Se considère comme kinésithérapeute généraliste
INSTITUTIONNELS							
Nom	Date	Fonction			Durée entretien (en min)	Mode d'entretien	
Laurent Chambaud	17-mars	Directeur de l'EHESP			31	Rencontre	
Didier Tabuteau	20-mars	Conseiller d'Etat			16	Téléphone	
Dominique Polton	15-mai	Présidente de l'IDS			34	Téléphone	

Annexe 2 : Grille d'entretien « Professionnels »

Bonjour,

Je suis Guillaume RALL, kinésithérapeute diplômé depuis 2013 et étudiant en master à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

Je réalise actuellement un travail qui porte la santé publique dans l'exercice libéral des jeunes kinésithérapeutes.

La nouvelle définition de la profession met en évidence le rôle du kinésithérapeute dans la prévention et la promotion de la santé.

L'objectif de mon travail est de mettre en lien les pratiques des kinésithérapeutes et les évolutions de notre système de santé.

1) Identification du kinésithérapeute interrogé

Pour les besoins de l'entretien, est ce que vous pouvez vous présenter ?

- âge
- situation professionnelle ?
- comment se sont passées vos études ?
- Depuis quand êtes-vous diplômés ?

Choix du métier de kinésithérapeute

- Pourquoi avez-vous souhaité devenir kinésithérapeute ?
- Est-ce un choix fait pendant votre enfance ou plutôt à l'âge adulte ?
- Qu'est-ce que vous recherchez dans ce métier ?
 - o Le contact manuel ?
 - o La relation avec un patient ?
 - o La coopération avec d'autres professionnels ?

2) Mode d'exercice du kinésithérapeute interrogé

Pouvez-vous m'expliquer de manière plus précise votre activité de kinésithérapeute

- Est-ce que vous travaillez seul ou en groupe ?
- Quel est votre statut au cabinet ?
 - o Remplaçant ?
 - o Assistant ?
 - o Collaborateur ?
- Exercez-vous des spécialités particulières en kinésithérapie ?
- Avez-vous effectué des formations continues depuis votre diplôme ?
- Quel type de population recevez-vous dans votre cabinet ?

Collaboration interprofessionnelle

Travaillez-vous dans un cabinet avec kinésithérapeutes ou d'autres professionnels de santé ?

Avez-vous l'occasion de participer à des staffs pluri professionnels ?

- Si oui : quelle importance y accordez-vous ?
- Si non : est-ce que cela vous manque dans votre pratique ? souhaiteriez-vous en avoir ?

Organisez-vous des protocoles pluri professionnels avec d'autres professionnels ?

- Si oui : avec qui ? comment cela se passe ? sur quelles situations
- Si non : est-ce que cela vous manque dans votre pratique ? Souhaiteriez-vous en avoir ? Sur quelles situations ?

Prévention et promotion de la santé

La loi santé a donné une nouvelle définition de notre profession. La pratique de la masso kinésithérapie comporte désormais la promotion de la santé et la prévention.

- Etiez-vous au courant de l'évolution de la définition de la profession ?
- Selon vous, que peut changer cette définition dans l'exercice du professionnel ?
- Qu'est-ce que vous inspire ces notions de promotion de la santé et prévention ?

Considérez-vous aujourd'hui que vous effectuiez des actions de prévention et de promotion de la santé ?

- Si oui, quelles sont-elles ? comment cela se passe ?
- Si non, pourquoi n'en faites-vous pas ? trouvez-vous cela inutile ? ne savez-vous pas comment faire ?

3) Formation initiale

Est-ce que ces notions vous-ont été enseignées lors de votre formation initiale en kinésithérapie ?

- Si oui : cette formation était-elle suffisante et satisfaisante ?
- Si non :
 - Est-ce que vous considérez que ces notions ont manqué dans votre formation ?
 - Qu'est-ce que ça pourrait apporter aux professionnels ou pourquoi ce n'est pas utile ?
 - Que faudrait-il ajouter dans la formation initiale ?

4) Colloque singulier

Le modèle biomédical français est basé sur un fondement : le colloque singulier entre le professionnel de santé et son patient, ce qui provoque un modèle très curatif.

Que pensez-vous de cela ?

- Est-ce exact selon vous ? Inexact ? Incomplet ? Imprécis ?

Nous arrivons à la fin de cet entretien, avez-vous des choses à ajouter ?

Merci pour votre disponibilité

Annexe 3 : Grille d'entretien « Institutionnels »

Bonjour,

Je suis Guillaume RALL, kinésithérapeute diplômé depuis 2013 et étudiant en master à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

Je réalise actuellement un travail qui porte la santé publique dans l'exercice libéral des jeunes kinésithérapeutes.

La nouvelle définition de la profession met en évidence le rôle du kinésithérapeute dans la prévention et la promotion de la santé.

L'objectif de mon travail est de mettre en lien les pratiques des kinésithérapeutes et les évolutions de notre système de santé.

1) Identification de la personne interrogée

J'ai eu l'occasion de regarder votre parcours professionnel, notamment les dernières années, mais pouvez-vous m'en dire plus sur le début de votre parcours professionnel, et ce qui vous a amené à travailler dans le monde de la santé et notamment auprès des pouvoirs publics ?

2) L'évaluation du système de santé français

Le système de santé français est souvent considéré comme l'un des meilleurs du monde ? Vous avez déclaré en 2015, « notre système de santé est bon, mais inégalitaire » ?

On a tendance à dire du système de santé français qu'il n'est pas assez axé sur la prévention, que pouvez-vous me dire là-dessus ?

3) La santé publique dans l'exercice des professionnels de santé

De quelle manière un professionnel de santé peut s'engager dans une démarche de santé publique ? Exercice coordonné ? Prévention ? Education ? Promotion ? Autres ?

4) La formation des professionnels de santé

Faut-il adapter la formation des professionnels de santé pour la centrer sur les enjeux de santé publique ?

Nous arrivons à la fin de cet entretien, avez-vous des choses à ajouter ?

Annexe 4 : Synthèse des entretiens « Professionnels »

Synthèse entretien avec K1

MGB est un kinésithérapeute de 27 ans, diplômé depuis 2013 de l'IFMK d'Orléans. Il est actuellement en 4^{ème} année d'ostéopathie qu'il effectue en parallèle de son activité libérale. A la base, il préférerait devenir médecin, depuis son enfance. Il ne regrette pas d'être devenu kiné car il a eu l'occasion de faire ostéopathe derrière, sinon il aurait regretté.

Ce qu'il aime dans son métier, c'est l'énigme du patient, voir les gens aller mieux. Il trouve un intérêt personnel dans l'énigme. Il aime le contact des gens et le fait de pouvoir travailler avec d'autres professionnels.

Mode d'exercice

MGB exerce en tant qu'assistant dans un cabinet libéral avec 6 autres kinés. Il se forme à l'ostéopathie et s'est également formé au tutorat pour accueillir des stagiaires. Son but est « d'ouvrir l'esprit des étudiants car la formation est sclérosée et a 20 ans de retard ».

Il souhaite apporter ce qu'il n'a pas reçu pendant sa formation et porte un regard très critique sur la kinésithérapie. *« Le kiné ne sait pas soigner car il n'a pas les bonnes connaissances, ni les bonnes techniques. Il manque d'expertise. En kiné, on fait un bilan mais ce n'est pas un diagnostic. C'est un problème entre le médecin et le kiné. Au final, quand le médecin écrit lombalgie, ce n'est pas un diagnostic. Il faut prendre le patient dans sa globalité du corps »*

Il reçoit surtout des patients avec des maladies chroniques, qu'il s'agisse de problèmes comme la lombalgie jusqu'à de graves problèmes neurologiques comme la tétraplégie.

Collaboration interprofessionnelle

Il travaille géographiquement avec d'autres kinés, mais il ne partage rien avec eux au quotidien « *c'est chacun son patient et chacun son traitement* ». Il est également très peu en lien avec les autres professionnels.

Il n'y a pas de réunions pluri professionnels organisés, mais il pense que cela pourrait être intéressant « *pour une question de relationnel notamment. Les médecins ne savent pas ce qu'on fait, ils essaient d'abord avec des thérapies médicamenteuses et après ils t'envoient chez le kiné pour voir s'il ne peut pas aider. L'ostéopathie est intéressante car le patient vient en première intention. Mais ça pourrait être intéressant dans le suivi de patients neuro par exemple pour moduler l'intensité des efforts de bien connaître le traitement médicamenteux* »

Il n'y a pas non plus de protocoles pluri professionnels organisés, mais cela pourrait également être intéressant par exemple « *pour un patient avec un problème neurologique qui suit un traitement, régulier qui doit être accompagné au quotidien, pour savoir comment ça évolue et prioriser le traitement, ça serait intéressant. Ça améliorerait la prise en charge globale du patient. Aujourd'hui ce n'est pas le cas, il faudrait être en lien avec les ergothérapeutes, les orthophonistes...* »

Au niveau interprofessionnel, les maisons de santé sont intéressantes selon lui, « *à condition qu'il n'y ait pas que des médecins et des dentistes mais un vrai panel de professionnels* ».

Prévention / promotion

MGB ne connaissait pas la nouvelle définition de la kiné. Il considère la prévention comme « *un mot fort. Avant on était des papouilleurs, maintenant on rentre vraiment dans le système de soins* ».

Les activités qu'il effectue en termes de prévention et promotion de la santé sont :
« *apprendre les gestes à faire et pas faire, l'éducation à une hygiène de vie. Il faut casser des barrières, car ils se confient, on ne fait pas de la psychologie mais on peut conseiller sur les activités sportives, l'alimentation, rediriger vers d'autres professionnels de santé* »
« *C'est important car si on essaie de réparer quelqu'un en une demi-heure mais qu'il fait des conneries pendant les 23h30 restantes de la journée, tu peux pisser dans un violon* »

Formation initiale

MGB a été formé à « l'école du dos », mais c'est tout ce qu'il a vu en prévention et il estime que ce n'est pas suffisant. Il ne faut pas l'enseigner n'importe comment par contre
« *Si c'est des cours pratiques oui, si c'est du blabla ça n'a pas d'intérêt. Il faut que tout soit ramené à notre exercice. Ils ne font pas le lien entre la théorie et la pratique* »

Il fait également du conseil auprès de ses patients pour éviter les problèmes de lombalgies « *chez le manutentionneur* », ou les problèmes de cervicalgies pour « *le gars devant son ordinateur* ».

Le colloque singulier lui semble adapté car le patient peut se confier à une seule personne, mais le problème est « *qu'on parle quasi exclusivement du médecin et du patient, maintenant y a tellement plus de médecins donc il n'y a plus de temps entre les professionnels* ».

Synthèse entretien avec K2

GR est un kinésithérapeute de 24 ans diplômé depuis 2014 de l'IFMK du CEERRF. Le contact humain (« être proche des gens ») et l'aspect médical l'ont poussé vers cette profession. Il a dès son enfance souhaité exercer la kinésithérapie, et cette volonté s'est renforcée pendant les études lorsqu'il a découvert l'approche globale du kiné dans une prise en charge.

Mode d'exercice

GR exerce en tant qu'assistant dans un cabinet libéral composé de 7 kinés et d'un ostéopathe qui vient exercer de temps en temps.

Il a réalisé une formation avec un réseau bronchiolite car il ressentait un manque dans sa formation initiale et a commencé récemment une formation de thérapie manuelle (CAMPT avec l'organisme de formation Kpten).

Les patients qu'il reçoit au cabinet sont essentiellement pour des lésions musculo squelettiques (traumatologie, rhumatologie), car « c'est ce qui m'intéresse le plus, notamment toutes les rachialgies ». Il reçoit également beaucoup de patients atteints de BPCO mais peu d'autres pathologies.

Collaboration interprofessionnelle

Les kinés communiquent beaucoup dans ce cabinet où règne une bonne ambiance. Ils se retrouvent une fois par mois pour discuter de leur pratique, avec la volonté de les homogénéiser. « On ne parle pas forcément d'un type de pathologie en particulier, mais plutôt sur les différentes données de la sciences, on fait beaucoup de lecture ». Ils apprécient ces moments ensemble et les considèrent comme essentiels pour améliorer leur pratique.

Le cabinet est en lien avec les chirurgiens qui dirigent vers les kinés en postopératoires, mais il n'y a pas de protocoles de rééducation organisés. L'absence de protocoles pluri professionnels ne constitue « pas forcément un manque, parce que nous n'avons pas de guidelines à suivre, donc nous suivons cela, mais entre les professionnels, il n'y a rien de mis en place ».

Cependant, il met en évidence l'intérêt que cela pourrait avoir auprès des médecins « les médecins ne sont pas au courant de ce que l'on fait et prescrivent parfois à l'arrache quand il n'y en a pas besoin. D'ailleurs les kinés ne sont pas forcément mis à jour non plus »

Prévention / promotion

GR connaît la nouvelle définition qu'il considère comme « plus juste par rapport à ce qu'on fait. L'aspect préventif se faisait déjà par tout le monde et maintenant c'est ancré dans la loi ».

Selon lui, la promotion de la santé et la prévention s'effectuent de plusieurs manières :

- activités sportives, qui ont « énormément de vertus, bouger ça fait du bien, il faut promouvoir un mouvement adapté à chacun »
- intervention dans les entreprises pour « prévenir les TMS, les troubles posturaux, éduquer les patients pour prévenir les éventuels troubles ». Il ne le fait pas actuellement pour des raisons financières, mais s'il était trouvé un moyen d'assurer la viabilité financière du projet, il le ferait sans hésiter.

- prévention à la récurrence, beaucoup d'éducation à la santé du patient (mais pas forcément de l'ETP), conseils, brochures, dessins

Formation initiale

Ces éléments lui ont été enseignés « *Beaucoup d'enseignements qui faisaient la promotion de cette façon de travailler. J'étais très réceptif à cela car c'est important de pouvoir penser à la dimension psychosociale. Malheureusement tout le monde n'était pas aussi réceptif que moi* »

Il n'estime pas pour autant que la formation fût complète. Il faudrait selon lui « *Plus d'interventions en situation, plus de réflexions, les étudiants manquent d'expérience donc il est difficile de comprendre les enjeux sans situation clinique, analyse de cas ou prévention* »

Les enseignements théoriques peuvent être « *très barbants, pas sexy, et on n'en voit pas forcément l'application pratique. Peut-être des interventions théoriques avec plus d'exemples concrets seraient intéressants pour vraiment voir l'impact de ce qu'on peut avoir, et plutôt en fin de cursus pour que les étudiants aient du recul avec un peu d'expérience* »

Sur le colloque singulier, il considère ce modèle comme incomplet. Il faudrait le compléter avec plus de prévention pour que le patient soit acteurs de sa santé et plus autonome.

Synthèse entretien avec K3

AP est une kinésithérapeute diplômée en 2016 de l'Institut de Formation en Masso Kinésithérapie d'Assas, en région Parisienne. Depuis l'obtention de son diplôme, elle effectue des remplacements dans la région Parisienne. Ce type d'activité lui plaît lorsque les remplacements sont suffisamment longs pour suivre des prises en charge du début à la fin du traitement.

A l'origine, elle souhaitait devenir ostéopathe pour les chevaux ou vétérinaire. La rencontre avec une kiné l'a fait changer d'avis, notamment car il est plus simple de trouver du travail en tant que kiné. Elle ne regrette pas du tout ce choix.

Ce qu'elle recherchait dans ce métier était le côté « soin » et « sport », l'amélioration du quotidien des patients par le soin, l'échange avec les patients (qu'elle a découvert pendant ses stages).

Mode d'exercice

Elle travaille actuellement dans un cabinet composé de 3 kinésithérapeutes, à côté d'un cabinet d'infirmiers mais dont les locaux sont séparés.

Elle a effectué une première formation sur la lombalgie persistante et prévoit de réaliser des formations sur la douleur, la thérapie manuelle et la méthode McKenzie.

Dans son cabinet, elle reçoit majoritairement des patients avec des affections musculo squelettiques et des personnes âgées. Mais également quelques patients avec des problèmes neurologiques, uro gynécologiques et pédiatriques.

Collaboration interprofessionnelle

Les contacts avec les autres kinés et infirmiers sont très peu présents, et c'est ce qu'elle regrette. Il n'y pas de staffs pluri professionnels, ni de protocoles créés entre les professionnels, chacun semble faire son travail de son côté.

Promotion / prévention

AP n'avait pas entendu parler de la nouvelle définition de la profession intégrant la prévention et la promotion de la santé. Elle considère cependant que notre exercice n'est pas assez axé sur du préventif, c'est-à-dire aller sur le terrain, en dehors du cabinet, dans les entreprises. Sa manière de faire de la prévention consiste essentiellement à donner des astuces, expliquer aux patients pour qu'ils comprennent mieux ce qu'ils ont, afin d'éviter les récurrences et les complications.

Elle ne voit cependant pas ce que signifie promotion de la santé.

Formation initiale

Ces notions ne lui semblent pas assez approfondies en formation initiale, pas assez mise en lien avec la pratique. La théorie est importante, mais la mise en application derrière n'est pas assez abordée. Ce n'est pas non plus facile à mettre en place en stage.

Elle met en évidence les présentations trop scolaires des cours théoriques, et qu'il faudrait rendre plus attractifs.

Elle souhaite voir une évolution du colloque singulier pour aller dans le sens de la rencontre avec les autres professionnels, ce qui permettrait de favoriser la prise en charge d'un patient et non seulement d'une pathologie. La prise en charge lui semble incomplète car chaque professionnel ne prend en charge que sa spécificité et passe à côté de certaines choses. C'est gênant car au niveau des dépenses de santé, cela peut poser problème car la prise en charge n'est pas orientée, parfois peut être dépenses inutiles.

Synthèse entretien avec K4

JG est un kinésithérapeute espagnol, immigré en France depuis 2009 après l'obtention de son diplôme de kinésithérapeute la même année. Il est issu d'une école privée qui forme les professionnels en 3 ans (4 ans depuis la nouvelle réforme). Son envie d'être kinésithérapeute a été motivée par le milieu sportif, dans lequel il était beaucoup étant jeune. Ce qui l'intéresse est l'évolution rapide d'une pathologie, notamment en traumatologie mais pas le côté humain « *Le patient est un être biopsychosocial mais de part ma personnalité j'essaie d'en faire le minimum* ».

Modes d'exercice

JG exerce en tant qu'assistant depuis 2014 dans un cabinet de kiné au sein d'un bâtiment qui deviendra dans les prochains mois une maison de santé pluridisciplinaire (MSP). Il a exercé pendant 5 avant en salarié à côté d'Orléans.

Le cabinet comporte 5 kinés dont 1 qui ne travaille qu'à domicile. Il y a dans le même bâtiment 4 infirmiers, 3 médecins, 1 orthophoniste et 2 dentistes.

Dans la MSP, il y aura également 1 psychologue, 1 podologue et 1 diététicienne.

Il est formé en kinésithérapie du sport, en rééducation posturale globale, en Méthode Pilate et en thérapie manuelle orthopédique. Il reçoit surtout trois profils de patients : des jeunes adolescents pour des douleurs de dos ou de genou, des personnes de 30 à 60 ans venant pour des troubles musculo squelettiques (TMS), et des personnes âgées. Il ne reçoit pas beaucoup de patients pour des problèmes pédiatriques, respiratoires ou neurologiques.

Collaboration interprofessionnelle

Les relations entre professionnels sont assez réguliers mais plutôt informels « *On essaie de travailler ensemble. On parle en se croisant sur le parking ou dans les couloirs. On a plus d'interactions avec les jeunes, pas mal avec les infirmiers. On s'écrit souvent des mails, ils nous connaissent bien* ». Les échanges par mails ne se font pas par messagerie sécurisée même si « *ça serait une bonne idée* ».

Il n'y a pas de réunions interprofessionnelles organisées mais « *c'est un projet qu'on mettra en place dans la future maison médicale, mais d'abord que entre kinés* ». Cette collaboration lui semble indispensable « *Même si je commence à voir ceux avec qui j'ai le moins d'interactions, j'insiste pour échanger, pour protéger mes patients parce que j'ai envie que ça bouge* ». « *En salarié j'ai été obligé à ça* »

Selon lui, l'une des difficultés est le mode de rémunération des professionnels « *En libéral, tout est rapporté sur le tarif. On est payé à l'acte. En dehors des séances, il ne nous reste pas beaucoup de temps pour prendre le temps de s'occuper du patient. Si tous les jours on s'occupait à arranger le problème du patient sans être rémunéré, on n'aurait rien. On ne cherche pas que la gratification mais il faudrait être rémunéré pour tout ça* ».

Il estime que ce qu'ils mettent en place dans ce cabinet est intéressant mais pas suffisant. Ce problème n'est d'ailleurs pas retrouvé que chez les kinés « *Les médecins sont dans le même cas que nous mais un autre niveau. Des fois on rencontre les mêmes problèmes mais ils ne peuvent rien faire* »

Le lien avec les hôpitaux n'est pas idéal. Les ordonnances sont signées par des robots on dirait, on n'a aucun retour.

Il n'y a pas de protocoles documentés mis en place, même s'il en voit un intérêt.

Prévention/ promotion de la santé

JG n'était pas au courant de la nouvelle définition, qu'il considère comme rassurante car elle ouvre la voie à de nouvelles pratiques comme l'accès direct « *J'espère qu'un jour on pourra y arriver à l'accès direct et qu'on puisse nous avec une force égale au médecin dire oui ou non. Ça ne peut que faire des économies* »

Dans son activité, il considère mettre en place des actions de prévention, notamment pour éviter les récidives ou bien donner des conseils si un patient se blesse.

Mais il estime ne pas assez prendre d'initiatives à ce niveau-là. Il a également une idée intéressante en termes de prévention « *On devrait avoir plus de boulot prescrit pas les chirurgiens en pré opératoire pour prévenir face aux complications post opératoires* ».

Il considère cependant qu'il est difficile de mettre en place ces actions au quotidien en raison de la nomenclature et de la relation par rapport au médecin « *On dépend des actes et des prescriptions donc on est assez cernés face aux gestes que l'on fait* ».

Formation initiale

L'enseignement de la prévention était intégré dans ses cours de santé publique en 3^{ème} année, mais il considère ne pas avoir été assez formé sur ces sujets. Il n'a pas reçu cependant de formation sur la collaboration interprofessionnelle et le regrette « *Je ne connais pas assez les autres professionnels. Par exemple, une assistante sociale, je ne savais pas à quoi ça servait à avant. Et aujourd'hui, je me demande, quelles sont les capacités et limites d'un rhumatologue ? D'un chirurgien orthopédique ? Je ne suis pas assez au courant* »

Synthèse entretien avec K5

MC est un kinésithérapeute de 26 ans diplômé depuis 2014 de l'IFMK d'Orléans. Il a souhaité devenir kiné car il « aimais beaucoup masser, toujours être à l'écoute de l'autre, la volonté de m'occuper de l'autre et ne pas avoir un boulot de bureau ».

D'abord intéressé par les mathématiques, il s'est ensuite tourné vers la santé. « J'aime trouver des alternatives aux médicaments, j'ai vu les effets secondaires des médicaments avec mon père. J'ai depuis remis en question notre système de médecine clinique ».

Mode d'exercice

MC a réalisé 3 mois de remplacement à l'obtention de son diplôme, puis a débuté ensuite un assistantat dans un cabinet près d'Orléans en octobre 2014, dans une « zone sous dotée, avec une population rurale et urbaine ». Il s'agit d'un cabinet paramédical avec 3 kinés, 2 infirmiers et 1 podologue. L'espace réservé aux kinés comporte 4 salles et un bureau commun. MC intervient également en maison de retraite.

Il est en train d'effectuer la formation Mc Kenzie qu'il terminera probablement en 2018. La moyenne d'âge des patients qu'il reçoit est de 50-60 ans, avec des profils très variés et des patients plutôt actifs. « Je reçois des patients avec des tendinites d'épaule, des patients en post opératoire, peu de kiné respiratoire, peu de neurologie, pas mal de gériatrie surtout à domicile ».

Coopération / coordination

Il travaille avec le podologue lorsqu'il distingue des anomalies au niveau des pieds, il échange avec quelques médecins en cas de problème avec un patient et auprès des kinés pour échanger du matériel mais l'interaction s'arrête ici.

Il n'y a pas de moments d'échanges particuliers entre les professionnels de santé, notamment pour des raisons de planning, même s'il en voit l'intérêt.

« J'ai du mal à voir comment l'intégrer à l'activité, comment faire pour que tout le monde soit présent, comment dégager du temps. Mais ça serait très intéressant pour éviter le nomadisme médical, les erreurs de diagnostic. Parfois le transmetteur est le patient, ce qui peut engendrer des approximations. Cela permet de faire économies si jamais on se rencontre. L'autre point est pour blacklister certains patients qui ne relèvent pas de la kinésithérapie ».

« J'aimerais bien me dégager du temps pour les professionnels »

Aucun protocole n'est organisé avec d'autres professionnels, mais il trouve un intérêt à cette possibilité. « Ca serait une bonne idée, notamment pour les tendinites, en faisant un ordre entre les différents traitements des professionnels de santé. »

« Le problème est que chacun fait ce qu'il veut, les vieux restent dans son idée de la formation de l'époque. Un manque de temps, mais pas toujours un manque de volonté »

Prévention / promotion

MC a déjà entendu parler de la nouvelle mais ne la connaît pas particulièrement. Cette définition ne change rien pour lui car la prévention et la promotion étaient des activités qu'il effectuait déjà au quotidien. « C'est d'ailleurs même bizarre que ces activités n'aient pas été reconnues avant ».

Ses activités de prévention et de promotion de la santé sont :

- le travail de l'ergonomie par rapport au poste de travail, l'apprentissage et la connaissance de son corps « *Je suis beaucoup sur l'explication à la personne, le pourquoi de la maladie, et les choses à faire si jamais le problème revient comme pour les tendinites* ».
- la notion de promotion de la santé est plus floue que la notion de prévention, qu'il intègre beaucoup moins.

Formation initiale

Ces notions n'ont pas été enseignées en formation « *du moins je n'en ai pas l'impression* ».

Il lui semble important de pouvoir donner aux étudiants la capacité à aller chercher l'information « *par rapport à des recommandations comme sur l'activité physique ou la nutrition* ».

« *Il ne faudrait pas forcément d'apport théorique mais plutôt l'organisation de colloques pluridisciplinaire, que chacun puisse parler de sa profession pour apprendre sur les autres et proposer des retours d'expérience* »

Le colloque singulier est un fondement important de notre système selon lui, mais il faut que le professionnel puisse avoir du temps pour faire autrement (ex : intervenir en entreprise dans la prévention), participer à des travaux de groupe.

« *Aujourd'hui c'est trop soumis à la volonté des professionnels de se bouger le cul* »

« *Problème : quelle rémunération pour tout cela ?* »

« *Par rapport au groupe, on n'a pas assez de kinés en maison de retraite, pourquoi ne pas monter un protocole de traitement et activité physique à côté avec possibilité de séance en groupe* »

« *On est la tête dans le guidon, même si on a des volontés individuelles, on n'arrive pas à les mettre en place car on est trop dans le curatif. Il y a tellement de demandes qu'on ne peut pas traiter et c'est frustrant* ».

Entretien avec K6

MN est un kinésithérapeute diplômé depuis 2014 de l'IFMK de Toulouse. Il a souhaité depuis le collège travailler dans la santé pour aider les gens et se rendre utile auprès des autres (« les aider à mieux vivre »). Il a choisi le métier de kiné pour sa diversité, la possibilité de changer de pratique pendant sa carrière, le rapport physique et la compréhension du corps humain.

Mode d'exercice

MN a fait une année de remplacement en exercice libéral, mais une activité salariée en centre de rééducation avant d'intégrer le cabinet dans lequel il exerce aujourd'hui en Maine et Loire en tant qu'assistant. Il travaille en zone rurale dans un cabinet de kinésithérapie comprenant 4 kinés, dont 3 qui sont intégrés au Pôle de Santé du Haut Anjou (PSHA).

Il a effectué de nombreuses formations en 3 ans d'exercice : des formations sur la bronchiolite, en thérapie manuelle orthopédique, en éducation thérapeutique. Il a également commencé la formation Mc Kenzie.

La population qu'il reçoit au cabinet est essentiellement tournée vers des soins en rhumatologie, ou en traumatologie post opératoire. Son exercice est peu tourné vers la neurologie, la pédiatrie ou la gériatrie.

Collaboration interprofessionnelle

MN travaille dans un cabinet de kinésithérapie intégré au PSHA. Ce pôle regroupe 23 professionnels issus de 10 professions différentes (médecins, kinés, infirmiers, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, ostéopathes, diététiciens, pharmaciens et psychologues).

Les professionnels se regroupent toutes les 2 semaines pour évoquer des cas complexes auquel ils intègrent des structures sociales (SSIAD, CLIC...)

Une réunion plénière est organisée 1 fois par mois avec des sujets plus globaux (présentation d'une profession, débats sur le système d'information partagé, ateliers de travail en équipe) et des groupes de travail sont organisés sur certaines thématiques pour monter des protocoles de prise en charge pluridisciplinaires (surpoids chez l'enfant sur le territoire, diabète en fonction des besoins locaux).

Ces éléments sont essentiels dans sa pratique car « cela importe pour le patient, des professionnels qui se connaissent bien optimisent leur soin. Cela permet recentrer notre pratique par rapport au diagnostic. Le patient voit que l'on communique ensemble et on se sent moins seul »

« C'est une pratique quotidienne, même si j'aimerais que ça se développe un peu plus. Par exemple, on pourrait mettre en place un système d'information partagé pour améliorer l'efficacité du transfert d'informations, impliquer encore plus les gens pour avancer plus vite, mais chacun a sa vie privée. Au niveau financier, c'est encore compliqué de monter ces projets parce que ça coûte de l'argent par rapport au temps qu'on y passe et pour faire les projets (journées de prévention, interventions...)

« Le problème qu'on a mais qui s'améliore est qu'il y a souvent un décalage entre les critères imposés par l'ARS, et les besoins du terrain (réunions cas complexes indispensables pour toucher les NMR). Au départ l'ARS avait mis un % de patients des médecins en cas complexe, ce qui est complètement fou. C'est en train de changer et qui montre la différence entre le terrain et les pouvoirs publics. Il faudrait que ça parte plus du terrain »

Promotion / prévention

MN connaissait la nouvelle définition et estime que la prévention et la promotion de la santé doivent être *« développés à fond sur les TMS, la pédiatrie, le respiratoire. Le kiné a un rôle indispensable pour prendre au plus tôt des débuts de pathologie ou problèmes physiques pour éviter que ça se dégrade, que les gens évitent d'avoir des problèmes. On est tous des acteurs de santé. »*

Il estime aujourd'hui en être à des *« balbutiements d'actions de prévention avec de l'éducation à la santé, des conseils dans le cadre de séances ou bien dans la mise en place de protocoles »*.

Formation initiale

MN a été très peu formé à ces notions en formation initiale. Il estime ces apports insuffisants, même si *« quand on est étudiants, on n'a pas le même recul donc pas sûr qu'on aurait été autant intéressé »*.

Ce qu'il faudrait dans l'information c'est *« parler de l'impact des déterminants de la santé, nous montrer en quoi on peut agir sur ces déterminants, tout en restant kiné mais en élargissant notre point de vue »*.

« Il faut trouver une méthode pour motiver les étudiants. On a manqué cruellement de TP de raisonnement clinique avec d'autres étudiants en santé. »

La théorie doit être abordée dans les grandes lignes mais il faut surtout des exemples pratiques avec des thématiques abordées en petits groupes avec toutes les filières de santé.

Le colloque singulier est nécessaire car *« il faut une relation de confiance mais ça doit évoluer et ça commence à évoluer, ça évolue à travers les campagnes de prévention, ETP en groupe, APA qui se développent pour lutter contre la sédentarité. Il faut que ça évolue de + en + et notamment associations de patients (+ de réunions avec des patients chroniques qui donnent des pistes pour mieux vivre ensemble) sans rapport de hiérarchie. Le rapport au savoir change complètement avec internet »*

Entretien avec K7

ED est un kinésithérapeute de 28 ans diplômé depuis 2012 de l'Institut de Formation en Masso Kinésithérapie de Saint Maurice en Île de France. Son envie d'être kinésithérapeute a débuté au collège lorsqu'il a commencé à réfléchir à son avenir professionnel, il souhaitait faire « de la santé », « de la biologie » et « aider les gens ». Le côté « réparation/bidouillage et bosser avec ses mains » était ce qu'il recherchait dans ce métier, tout comme l'aide aux autres car c'est « ce que j'ai toujours fait ».

Après l'obtention de son IUT Biologie, il a décidé de suivre le parcours de sa sœur et de débiter une formation en kinésithérapie. Après une première année peu passionnante selon lui, il a commencé à pratiquer pendant ses stages et a beaucoup apprécié.

Mode d'exercice

ED effectue actuellement de nombreux remplacements. Il a fait uniquement des remplacements pendant un an et demi après son diplôme. Il a ensuite exercé pendant 1 an et demi à l'Hôpital de Monaco avant de reprendre des remplacements depuis 2015.

A partir du mois de juin 2017, il sera assistant dans un cabinet de kinésithérapie du sport. Il travaillera auprès de podologues, de nutritionnistes, de médecins et de kinésithérapeutes ostéopathes.

Il est formé en kinésithérapie du sport et en thérapie manuelle orthopédique. Son mémoire de fin d'études portait sur la neurologie mais il préfère ne pas se spécialiser dans ce domaine car les prises en charges sont trop lourdes.

Etant donné qu'il n'a pas encore été installé plusieurs années dans le même cabinet, les questions ont été posées par rapport à son futur travail dans le cabinet de kinésithérapie du sport.

Collaboration interprofessionnelle

Le cabinet est organisé autour du médecin qui est tout le temps présent. La venue du podologue et de la nutritionniste ne sont pas encore actées. Sans savoir encore si tout cela est bien organisé, ce projet plaît à ED par « *la volonté d'agir de façon interdisciplinaire. C'est d'ailleurs une des raisons pour laquelle j'y vais, ça me soule de bosser seul. Avoir d'autres professionnels de santé dans les parages, c'est génial, c'est ce que j'avais à Monaco, où j'avais un plateau technique avec une patientèle de cabinet libéral* »

En termes de protocoles réalisés, il semblerait d'après lui que « *les professionnels font des échanges de patient et prennent en compte les retours de chacun, mais est-ce que les protocoles sont écrits ? Je ne sais pas* ». La réalisation et l'écriture de protocoles sont indispensables pour lui : « *Bien sûr, ça me semble évident à partir du moment où un patient a besoin d'être en lien avec les autres professionnels pour ne pas faire n'importe quoi. Si des protocoles sont établis et définis, ça évite de se retrouver toutes les 3 minutes* ».

Promotion / prévention

ED connaît la nouvelle définition de la profession de kinésithérapeute, qui intègre aujourd'hui la prévention et la promotion de la santé. Ces notions sont importantes pour lui car « *c'est mieux d'éviter de tomber malade que de soigner alors que tu es malade* », d'autant qu'il met en évidence le rôle essentiel du kinésithérapeute « *Le kiné a un rôle majeur car beaucoup de troubles sont liés à de mauvais comportements : la sédentarité, l'alimentation, les mauvaises postures... On est en première ligne pour donner les informations* ».

Dans son activité, les démarches de prévention à travers l'éducation thérapeutique, des conseils que « *les gens peuvent mettre en place pour modifier leurs mauvaises habitudes, de la façon la plus simple possible sans modifier leur vie de manière globale* ». Cela peut être également leur poser des questions sur ce qui les gêne, leur environnement, leur travail.

Le cabinet dans lequel il exercera met d'ailleurs en place des projets sport santé avec des patients en affection longue durée pour prévenir l'apparition de nouveaux troubles.

Formation initiale

Ces éléments lui ont été enseignés en formation initiale, mais de manière assez peu développée « *Je crois qu'il y avait écrit 2-3 fois ETP, mais ils n'ont pas insisté à fond* ». Ceci ne lui a pas empêché de développer ces compétences en exerçant « *Cela m'a paru tellement naturel et spontané que j'ai essayé de mettre en place comme je pouvais. Ça pourrait être intéressant d'en avoir plus dans les études, et encore plus adapté* ». Il met également en évidence le rôle que le kiné pourrait exercer dès l'école, dans les entreprises ou les universités.

L'intégration dans la formation initiale doit être centrée selon lui sur la pratique mais il y a besoin également d'un apport théorique car « *la théorie parle plus que la pratique pour certains et inversement, mais si on ne fait que montrer un truc, ça me parlera encore plus si on me parle du pourquoi* ».

Sur le colloque singulier, ED estime qu'il peut être suffisant si un professionnel concentrait toutes les compétences, mais ça n'est pas le cas « *On m'a assez mis souvent en relation avec d'autres professionnels. Il y avait quand même un certain échange, j'ai l'impression que le modèle où y a un échange n'est pas inexistant et il se développe de plus en plus* »

Entretien avec K8

JRC est un kinésithérapeute de 26 ans, diplômé depuis 2012 de l'IFMK d'Orléans. Son souhait d'être kinésithérapeute a démarré au lycée vers 15 ans, lorsqu'il a souhaité se tourner vers un métier en relation avec les gens, dans le monde de la santé.

Mode d'exercice

JRC a beaucoup voyagé depuis l'obtention de son diplôme. Il a effectué 5 remplacements en libéral et un contrat salarié de 5 mois et demi dans un hôpital en Guadeloupe. Il exerce en tant qu'assistant dans un cabinet libéral depuis juillet 2013 dans la banlieue orléanaise.

Il a effectué une formation courte sur le taping, une formation en kinésithérapie du sport, une formation en thérapie manuelle.

Le cabinet dans lequel il exerce est composé de 4 kinésithérapeutes. Il reçoit tout type de patient, après une prédominance pour des personnes âgées, des problèmes rhumatologiques. Il reçoit quelques patients atteints de problèmes neurologiques ou de traumatologie du sport.

Collaboration interprofessionnelle

Les kinés ne collaborent pas beaucoup mais communiquent de temps en temps sur leurs patients « *On échange face à des difficultés, on se demande et s'interroge sur savoir qu'est-ce qu'on peut mettre en place. J'ai mes collègues qui font d'autres formations donc on essaie d'échanger par rapport à ça* ».

Il y a également quelques contacts avec d'autres professionnels « *Avec les autres professionnels, on échange pas mal avec un ostéo, on doit avoir 8 médecins dans les alentours et on échange mais pas beaucoup. On échange pas mal avec les podologues, après on a chacun notre téléphone pour communiquer auprès* »

Il n'y a pas d'organisation de réunions interprofessionnelles, mais il en voit un grand intérêt « *Ça serait super cool car on pourrait échanger autour de certains patients avec plein de professionnels. Je voulais essayer de le faire, quand j'ai rencontré l'ostéo, le podologue est aussi dynamique mais c'est aussi manque de temps des médecins* »
« *Ça permet d'avoir différents points de vue sur une personne, de se compléter et d'adapter la prise en charge, on a chacun notre vision du corps et de la personne, pour avoir la prise en charge la plus complète* »

L'une des raisons de ce manque de collaboration est le manque de disponibilité pour tout le monde « *On est vite débordés. Il faudrait des infrastructures et après c'est la communication qui est très difficile* »

Aucun protocole pluri professionnel n'est organisé mais il en voit également l'intérêt « *Ça peut être intéressant pour donner un certain modèle. J'ai du mal avec les protocoles qui cadrent les choses. Toute personne n'est un peu unique donc un protocole n'est pas forcément adapté. Mais par exemple pour la lombalgie ça peut être intéressant. Je ne sais pas trop comment mettre ça en place* »

Promotion / prévention

JRC n'avait pas entendu parler de la nouvelle définition.

Dans sa pratique, ce qu'il considère comme des activités de prévention et de promotion de la santé, c'est notamment tous les principes liés à l'école du dos.

Promotion de la santé : côté éducation thérapeutique, apprendre au patient à se prendre en charge, essayer de se dépister, donner les premiers signes d'alerte, plus vigilant à des signes de lombalgie

Derrière ça permet de favoriser l'auto prise en charge, d'éviter d'engorger le système de santé et d'avoir à attendre trop longtemps pour commencer la prise en charge « *Il faut arriver à ce que le patient soit acteur sinon il ne prend pas part à sa rééducation, plus il sera passif, plus il en deviendra chronique* ».

Formation initiale

Il a acquis des notions sur la collaboration entre professionnels de santé dans le cadre de ses stages à l'hôpital, mais pas en cours. La prévention a été vaguement abordée également.

« *Oui j'aurais aimé qu'on me l'enseigne plus, c'est peut-être le manque de stage en libéral* »

« *Si je n'avais pas eu de réflexion sur mes propres cours, j'aurais pu m'appliquer à délivrer mes soins mais c'est tout et la formation continue m'a beaucoup aidé à ce niveau-là* ».

Sur l'enseignement à réaliser en formation initiale, il imagine un versant théorique avec un échange de plusieurs disciplines « *Genre un cours ou on réunit un médecin libéral, un kiné libéral, un podologue, une infirmière pour montrer ce que chacun peut faire pour avoir la connaissance des autres* »

Le modèle biomédical français est basé sur un fondement : le colloque singulier entre le professionnel de santé et son patient, ce qui provoque un modèle très curatif.

« *Il faut prendre la personne plus dans sa globalité. Une personne seule peut-elle cerner une autre à part entière, je ne suis pas sûr. Il faut prendre en compte les facteurs psychologiques. Une personne doit contacter plusieurs professionnels pour que chacun puisse voir une part du problème pour voir quel est le problème prioritaire et ensuite on cherche à soigner la personne* ».

Entretien avec K9

AF est un kinésithérapeute de 28 ans diplômé depuis 2013 de l'IFMK d'Alençon. Il a souhaité devenir kiné car il voulait être dans le soin, quelque chose où tu n'es pas dicté par des intérêts économiques, donc pouvoir s'occuper des gens. Plutôt kiné car envie de manipuler, mais pas ostéopathe car la kiné lui semblait plus globale contrairement à l'ostéo qui consistait plutôt à faire craquer. Cette envie est arrivée au lycée.

Mode d'exercice

AF exerce uniquement à domicile depuis septembre 2015.

Il l'a quitté en raison de désaccord sur la poursuite du contrat avec la propriétaire du cabinet.

Il est formé en massage californien, kinésithérapie du sport et va commencer une formation en thérapie manuelle.

Il participe régulièrement à des congrès scientifique.

La population qu'il voit à domicile est surtout âgée, mais il y a quelques jeunes pour des problèmes musculosquelettiques ou rhumatologiques.

Collaboration interprofessionnelle

AF travaille de manière occasionnelle avec les autres professionnels de santé. Il est « *en lien avec les médecins, j'hésite pas à les appeler quand il y a un souci ou une question. Concrètement non pas tant que ça, mais je soumetts l'idée aux patients d'aller voir d'autres professionnels de santé* »

Il regrette de ne pas être plus en lien avec les autres professionnels « *Oui ça m'emmerde énormément. Quand je suis bloqué dans des prises en charge, que je pense qu'il y a besoin d'un autre professionnel, c'est pas facile du tout* ».

Ces relations sont occasionnelles et informelles (pas de staffs pluriprofessionnelle organisés, ni de protocoles de soins). « *Je n'ai pas la connaissance de ce que font les autres, si on avait plus d'infos sur ce que font les autres, on saurait mieux le moment où les orienter* »

AF avait un projet de maison de santé qui devait voir le jour début 2017, mais ce projet présente beaucoup de difficultés (construire un bâtiment dans le cadre d'un projet communal, contraintes financières, environnementales, accessibilité).

« *L'objectif du projet est de mettre en place un local pour favoriser le rapprochement géographique et pouvoir discuter quotidiennement avec les autres professionnels* »

Il souhaite étendre le projet au-delà des consultations

« *Mettre en place des expositions, des conférences où chaque professionnel se présente et à d'autres professionnels du secteur pour qu'on soit plus formés à l'inter professionnalité. Mettre en place de prestations pluri professionnelles dans le cadre de prévention (par exemple sur la perte de poids, promotion activité physique, prise en charge post traumatique)* ».

Ce projet est déjà soutenu par plusieurs professionnels

« *Pour l'instant 9 professionnels intéressés : 2 orthophoniste, 2 diététiciennes, 1 psychologue, 2 podologues, 1 psychomotricien, 1 ostéo et peut être 1 médecin (le projet les intéresse mais ne sait pas trop où ils en sont)* »

Prévention / promotion

AF a déjà entendu parler de la définition.

« Tout cela est l'avenir de la santé, à apprendre dès le plus jeune âge. On en est loin de là »

Il estime réaliser ce type d'actions mais pas assez à son goût *« Nan même si je donne de temps en temps des conseils où je prends le temps, j'essaie d'expliquer ce que je fais, je fais l'effort d'expliquer mais c'est infime pour que je puisse estimer faire de l'éducation à la santé. J'en fais tellement parsemé que mon activité actuelle comprend de l'éducation à la santé »*

Formation initiale

Il a reçu un enseignement léger sur l'ergonomie au travail, mais il estime avoir manqué d'enseignement en sciences de la communication, sciences du changement

« Quand on sort des études, on ne sait pas comment s'y prendre pour arrêter un comportement pathogène. J'aimerais qu'on m'enseigne les processus psychologiques, barrières au changement et de comment les contourner, les techniques à utiliser pour les contourner (hypnose, sophrologie...) »

Il pense nécessaire de développer des relations interprofessionnelles dès la formation initiale, et de favoriser l'apprentissage de concepts théoriques.

« Je suis assez partisan de la base théorique forte sur un cours magistral sur les champs de compétence. Puis après dans les stages, il faudrait au moins 2-3 jour par profession pour avoir une vue d'ensemble sur ce qui peut se faire. Il faut se rendre compte de ce qu'ils font mais aussi de la vision de la santé, car ils ne reçoivent pas le même public. Il y a tout à prendre en compte pour comprendre ce que fait l'autre »

Colloque singulier : il estime que le colloque singulier est un concept incomplet pour définir la santé *« Parce que c'est pas mauvais, il faut cette rencontre entre 1 et 1 et pas toujours une pluralité de professionnels car on ne s'en sort plus. Il faut la rencontre avec plusieurs professionnels. Mais la pathologie peut venir de différents codes et même si certains professionnels connaissent bien le système, on ne peut pas intégrer toutes les approches. A un moment donné, il faut pouvoir partager le savoir de manière pertinente, donc il faut plusieurs personnes différentes pour avoir toutes les approches »*

Entretien avec K10

MXB est un kinésithérapeute diplômé depuis 2015 de l'IFMK d'Orléans. Il a souhaité devenir kinésithérapeute après la rencontre de ce métier pendant son enfance (il souffrait de douleurs chroniques au dos). Cette envie s'est poursuivie au collège. Il a donc souhaité un métier où il était proche des gens, et proche des sportifs pour pouvoir aider les personnes, comme d'autres l'ont fait pour lui.

Mode d'exercice

MXB travaille dans un cabinet en tant qu'assistant avec un autre kinésithérapeute et un médecin. Il égale une activité en clinique et en libéral.

Il est formé en kinésithérapie du sport et en formation Trigger Point.

Il se considère comme kinésithérapeute généralistes après un profil de patients très variés « *Des vieux, des plus jeunes, des intermédiaires, pas mal de traumato et rhumato, quasiment pas de neuro, un peu de pédi, un peu de respi* ».

Collaboration interprofessionnelle

MXB n'a pas beaucoup d'échanges avec les autres professionnels, seulement quelques échanges avec le kiné et le médecin avec qui il travaille. « *On a 2 patients en commun mais on ne discute pas trop de ça. De temps en temps quand on remarque des techniques que l'autre fait, c'est pas souvent mais ça arrive de temps en temps. Dans le cabinet y a un médecin qui nous envoie pas mal de patients. On échange un petit peu mais vraiment pas souvent* »

Les échanges sont cependant un peu plus présents à la clinique mais restent informels. « *A la clinique y a plus de monde, il y a une diététicienne, une psychologue, des infirmiers, des cadres, des médecins, une assistante sociale. J'échange plutôt avec les médecins et infirmiers, mais c'est juste de la discussion* ».

La mise en place de moments plus formels plairait à MXB « *Peut-être que ça pourrait être mieux d'avoir des moments où on s'assoit, notamment pour les cas compliqués. C'est dommage, j'aimerais avoir des contacts avec des podologues, et des ostéos. Participer à des réunions de temps en temps pour expliquer ce que l'autre fait pour être plus à même à rediriger, ou définir de façon collégiale comment on gère telle personne* »

Il met en évidence deux raisons qui expliquent le peu de relations avec les autres professionnels « *C'est vraiment le temps parce que un kiné a des gros amplitudes horaires. Rien que faire des courriers ça prend du temps. Peut-être du coup aussi de motivation parce que t'as pas le temps de te motiver* ».

Promotion / prévention

MXB connaissait la nouvelle définition. Il fait la distinction entre la prévention, qu'il définit comme « *l'identification des problèmes que les gens peuvent avoir et qu'il faut aider à ne pas avoir* » et la promotion de la santé comme « *la pub des bonnes actions pour être en bonne santé, aider les gens à avoir de bonnes pratiques* ».

Il estime faire un peu de prévention individuelle auprès de ses patients « *Je fais travailler même ce qui va bien chez le patient. Beaucoup encourager, donner de bonnes habitudes, reprendre une activité sportive* ».

Ce n'est pas suffisant pour lui mais il a certaines idées pour développer cette activité « *Un truc que j'aurais aimé faire c'est faire des brochures d'information, des fiches d'exercice à faire. Ca ne s'est pas fait par manque de temps. Je me dis depuis que je suis diplômé, prends toi du temps pour travailler d'une autre manière, mais j'ai vraiment du mal à trouver du temps* »

Formation initiale

MXB ne se rappelle pas avoir eu de « vrais cours » sur ces sujets, ni sur comment mettre en place des actions de collaboration ou de prévention/promotion.

« *La formation n'était pas suffisante, la preuve je ne sais pas comment le mettre en place* »

Selon lui, les enseignements doivent surtout être axés sur le pratique et sur l'apprentissage de la prise d'initiatives

« *Il en faut un peu de théorie, basée sur la réflexion. Faire du par cœur sur les définitions n' pas d'intérêt, il faut apprendre à adopter le réflexe de réfléchir avec les autres. Il faut prendre l'habitude d'avoir des décisions collégiales, avoir des échanges avec les autres professions, avec d'autres étudiants, apprendre à se mettre à la place de l'autre, pour mieux aiguiller les patients vers un autre professionnel* ».

Colloque : d'après lui, le colloque singulier est une approche incomplète de la santé car « *on a tous des limites, le médecin, le kiné, l'infirmier et même si ça peut suffire pour certains, ça ne suffira pas pour tous. Il faut être humble. Dans certains cas, ça peut suffire mais pas toujours* »

Annexe 5 : Synthèse des entretiens « Institutionnels »

Synthèse entretien avec Laurent Chambaud

Laurent Chambaud est médecin de santé publique et inspecteur général des affaires sociales. Son expérience de la médecine pédiatrique a été un élément important de son parcours qui l'a poussé vers la santé publique.

Il a été directeur de DDASS, de DRASS et Directeur de la Santé publique au sein de l'ARS d'Île de France, avant de prendre ses fonctions en cabinet ministériel.

Il est aujourd'hui directeur de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

Evaluation du système de santé français

Laurent Chambaud ne considère pas que le classement de l'OMS doit être systématiquement utilisé pour comparer les systèmes de santé

« Il y a eu classement de l'OMS qui disait que la France était classée, mais elle n'a jamais refait de classement depuis. Il n'y a pas un système qui est meilleur au monde, tous ont des forces et des faiblesses, c'est le cas de la France. Il est très difficile de comparer les pays car il y a beaucoup de critères et de repères sociologiques et historiques à avoir ».

On dit du système qu'il n'est pas assez axé sur la prévention

« Depuis les années 1950, le système français est un système très hospitalo centré. C'est un élément objectif qui fait que la dimension des soins a toujours été importante et centre énormément d'aspects sur les soins, notamment car ce qui coûte cher. Les dépenses publiques de prévention stagnent autour de 2 à 3 % de l'ensemble des dépenses de santé »

Il n'est cependant pas d'accord avec cette vision d'une prévention peu présente

« Je ne dirais pas ça car quand on parle de la prévention, c'est un domaine très large et il y a beaucoup de dépenses qu'on ne voit pas. Le rôle des collectivités locales n'est pas très clair et a pas mal évolué, ils ne rentrent d'ailleurs pas dans ce qu'on appelle les dépenses de santé. Il y a des choses faites dans des domaines connexes comme l'environnement, l'urbanisme. De plus la France présente de nombreuses couches de compétences donc c'est très difficile à percevoir, mais cela signifie qu'on a beaucoup d'acteurs et avoir un seul interlocuteur ne serait pas une bonne chose »

« On a, à mon sens, très peu de compétences académiques et de recherche dans la santé publique au sens large. On n'a que peu d'écoles de santé publique, c'est aussi une faiblesse dans le plaidoyer ».

Laurent Chambaud est d'accord sur le poids fort de l'histoire des professions de santé face à l'émergence de la santé publique.

« On observe le poids fort des professions de santé, en France comme dans tous les pays. On les repère facilement et cette force de pression est non négligeable. La santé publique n'est pas qu'une discipline mais un domaine très large qui est à la frontière de nombreuses autres disciplines. Il y a des médecins de santé publique mais il y a plein d'autres professions qui peuvent participer à développer la santé publique : paramédicaux, géographes, épidémiologistes...».

La santé publique dans l'exercice des professionnels de santé

Selon lui, le gros problème aujourd'hui réside dans le mode de financement des professionnels de santé

« Je pense que ce qui était tout à fait logique jusque dans les années 60-70 jusqu'à la transition épidémiologique dans des modalités de lien entre le patient et le professionnel de santé, on voyait de façon épisodique, au moment où se mettaient en place les formes de solidarités, le mode de paiement était logique »

« Tout a changé, les modes d'organisation entre professionnels, passer du temps autour de la prévention, c'est au détriment d'un paiement à l'acte, on peut essayer de trouver une rémunération accessoire, mais cela n'ancre pas le professionnel dans ces nouvelles modalités. Le paiement à l'acte n'est pas du tout adapté au travail en équipe. Cet attachement fort n'est plus la réalité des besoins de santé de la population. Pour moi c'est un élément fort mais y a pas que ça. La grande confusion est que l'exercice libéral ne doit pas forcément signifier le paiement à l'acte »

« Il y a aussi une ambiguïté dans ce qu'on attend d'un professionnel. C'est-à-dire c'est quoi faire de la prévention ? On n'est pas vraiment clair. Je pense qu'il faut différencier l'implication du professionnel du soin dans ce qui est promotion de la santé, c'est-à-dire des grandes actions collectives. Le professionnel du soin peut y participer mais c'est pas évident. Je pense que le professionnel du soin entend le fait d'aller faire des réunions d'informations, alors que par ailleurs il est probablement beaucoup plus pertinent dans les pratiques cliniques préventives, donc des actions de prévention individuelles, là il est le mieux placé (dépistage, bilans de santé, vaccination), mais c'est toutes les actions dans lesquelles cela ne rompt pas avec le colloque individuel qui est l'axe majeur d'un professionnel du soin. Ce n'est pas assez explicite dans leur activité, donc elle est finalement diluée ».

« Je ne pense pas que ce que souhaitent les professionnels de santé la prévention collective et ça voudrait dire développer des compétences en animation de réunion, développement de programmes. On ne fait pas de la prévention individuelle et collective de la même manière ».

Formation des professionnels de santé

« Module d'introduction des enjeux de santé publique, après il faut que ça parle aux gens, il faut le contextualiser sur ce pourquoi les gens viennent. Pour l'aspect spécifique du métier, il faut vraiment que cela soit attaché à l'exercice des professions. Je pense que dans la kiné il y a plein de domaines dans lequel la part préventive peut être importante. Il y a un gros travail à faire à ce niveau. On va de plus en plus dans des modalités de réponses collectives. Il faut donc être capable de voir ce qu'apporte le kiné par rapport aux autres professions. C'est le meilleur moyen d'expliquer à un jeune en quoi c'est important, avec des études de cas, des serious game, des mises en situation. La prévention n'est pas quelque chose d'abstrait, elle peut être primaire, secondaire, tertiaire, individuelle, collective, universelle, ciblée ».

Synthèse entretien avec Didier Tabuteau

Didier Tabuteau, 58 ans, est docteur en droit public. Diplômé de l'école polytechnique et de l'ENA, il a été plusieurs fois directeur de cabinet au ministère de la santé et dirige aujourd'hui la chaire santé de l'Institut d'Etudes Politiques de Paris. Il est à l'origine de la création de l'Agence du Médicament. Il nous présente dans cet entretien sa vision du système de santé, ses forces, ses faiblesses et son point de vue sur la place de la santé publique dans l'exercice des professionnels libéraux.

Forces et faiblesses du système

Pour des raisons historiques, le système français est clivé et laisse peu de place à la prévention.

« Connaître l'histoire de la santé publique est déterminant pour comprendre l'organisation de notre système, nous avons une très forte dépendance à l'Histoire et notamment à ce qui s'est passé au XIXème siècle »

Le clivage ville hôpital que l'on observe aujourd'hui est lié au clivage qu'il existait historiquement entre les médecins libéraux et hospitaliers. Cette différence entraîne une dichotomie de pilotage entre l'Hôpital qui est piloté par l'Etat et les professionnels libéraux par l'Assurance Maladie.

On distingue également un clivage entre l'assurance maladie de base et l'assurance maladie complémentaire.

Aujourd'hui, on parle de plus en plus de soins coordonnés ce qui n'était pas le modèle originel. Le modèle originel est organisé autour d'un médecin isolé, même si c'est en train de changer avec les maisons de santé.

« Cet isolement a été délibérément construit au XIXème siècle. Il y a eu près d'un siècle de conflits au parlement pour éviter un système qui inclurait une coordination des soins par le médecin ».

Actuellement le système est donc très adapté pour le soin aigu, mais pas pour la prise en charge des maladies chroniques

La place des activités de santé publique dans l'exercice des professionnels de santé

Le système évolue beaucoup et c'est très inégal.

« Certains professionnels s'engagent très fortement dans des démarches de santé publique, mais il y a encore tout un socle du système qui ne bouge pas beaucoup »

Un professionnel de santé peut s'engager de multiples manières sur des activités de santé publique. *« Il y a une multitudes d'initiatives : les programmes organisés de dépistage, l'accompagnement de réseaux de soins, l'exercice coordonné... Malheureusement il est très difficile de mettre en place des expérimentations. La tarification à l'acte est d'ailleurs un frein à cette mise en place. Il serait plus simple de le mettre en place dans le cadre d'un forfait ou d'une dotation globale. La rémunération doit être adaptée aux besoins. Il faut sans doute revoir cette tarification »*

Adaptation de la formation des professionnels

Il faut adapter la formation des professionnels mais ces enseignements ne doivent pas être faits en début de formation.

« Les professionnels ont leur métier difficile à apprendre, ils doivent être concentrés sur l'apprentissage de la clinique fondamentale »

Par contre en fin de cursus, avant d'entrer dans l'exercice professionnel, cela peut être intéressant d'avoir des enseignements en économie et en droit de la santé, car *« c'est le moment où l'on réfléchit au système dans lequel on va exercer »*

Former les professionnels est indispensable car *« On ne peut pas envisager une formation dans laquelle on ne se prépare l'environnement dans lequel on va exercer. Il faut connaître la technique, mais l'environnement, la sécu, l'économie, le droit, la réglementation pour que le professionnel exerce pleinement ses compétences »*

Synthèse entretien avec Dominique Polton

Dominique Polton est économiste et statisticienne de formation.

Elle a travaillé plusieurs années au Ministère de la Santé et au Ministère des Finances avant de prendre la direction de l'IRDES.

Elle est aujourd'hui directrice de l'Institut pour la Démocratie en Santé (IDS) et a rédigé de nombreux ouvrages sur la santé publique, notamment La santé pour tous ?

Evaluation du système de santé français

Selon elle, le classement des systèmes par l'OMS est trop ancien pour dire aujourd'hui que la France est le meilleur système de santé au monde, de plus ce type de classement dépend énormément des critères choisis. Le système de santé français est excellent, riche, avec de bons professionnels et un large accès aux soins.

Son problème réside dans les inégalités présentes et dans le manque de fluidité des parcours *« On est souvent confronté à un manque de fluidité des parcours, lorsqu'on passe d'un professionnel à l'autre. Parfois, en tant que patient, on est laissé au milieu du guet, ce qui montre que la coordination des soins n'est pas toujours très bien organisé »*.

La santé publique dans l'exercice des professionnels de santé

Concernant la place de la prévention, elle estime que les soignants font beaucoup de prévention dans leur pratique et qu'affirmer que 5 % des dépenses pour la prévention n'est pas suffisant est une erreur, car on ne sait pas quel devrait être le pourcentage idéal.

La prévention est un des aspects qui pourrait être plus développé dans les soins primaires, notamment au niveau collectivités.

« Il n'y a pas beaucoup de pro activité sur ce sujet. On reste dans du colloque singulier, alors que ça pourrait se faire plus en lien avec d'autres professionnels. Intervention collective autour d'un public »

« La prévention est intégrée dans les soins, mais elle se situe aussi beaucoup en dehors de la santé, dans l'environnement, le travail, l'accidentologie. Mais il est vrai que nous ne mettons peut être pas autant d'énergie que d'autres pays. Il y a certains domaines où nous ne sommes pas très bons, comme le tabac »

Concernant les problématiques du système de santé, elle pointe le mode de rémunération.

« Le premier frein est la rémunération à l'acte. Le fait d'avoir une liste d'actes, ça ne favorise pas des activités en dehors de cette liste ».

Elle pointe également le rôle des professionnels de santé sans les soins primaires, en pensant à la notion d'équipe.

« Les professions travaillent encore en silos et souvent en cabinets solo pour les médecins et pas suffisamment avec d'autres professionnels »

Formation des professionnels de santé

Dominique Polton estime qu'il faut adapter la formation des professionnels de santé, qui ne se connaissent pas assez, et que cela peut se résoudre notamment dans le cadre de la formation continue.

« Pour moi ce qui est intéressant, la formation interprofessionnelle est la clé pour mieux se connaître dans un territoire, moi je trouve que c'est majeur, surtout dans un système où l'on a beaucoup de professionnels libéraux et indépendants. Le monde libéral crée une forme de hiérarchie comme à l'hôpital, et quand on a des maisons de santé, la peur du contrôle de la pratique par les médecins, cela rend les choses un peu compliqués ».

Elle met en évidence le manque de démarches volontaristes, notamment par crainte des professionnels médicaux.

« Les médecins ont la crainte des pratiques avancées, ils sont vent debout sur tout ce qui peut être ré organisation, et pourtant ils sont totalement débordés, donc ce doit être sans doute une crainte ».

Mais selon elle, cette crainte est surtout marquée pour l'ancienne génération

« Le modèle ancien est un modèle d'exercice plutôt isolé. On est passés de modèles solos à des modèles plus collectifs. Les internes étudiants médecins ne sont pas du tout d'accord avec certains syndicats et cela montrait de manière évidente le conflit générationnel, sur la façon d'exercer, les modes de rémunération. Il faut créer les conditions »

Nous arrivons à la fin de cet entretien, avez-vous des choses à ajouter ?

L'entretien s'est terminé par un exemple sur la coordination, où elle estime qu'il ne faut pas tenter de tout coordonner mais de trouver les coordinations utiles pour une fraction de la population. Elle a pris comme exemple l'expérimentation PAERPA sans donner plus de précisions.

Annexe 6 : Programme de travail de l'URPS pour l'année 2017



Programme de travail Annuel 2017

1. Axe stratégique 1 : Être présent de manière stratégique dans les groupes de travail ou commissions institutionnels

1.1. Participer à la démocratie sanitaire :

- 1.1.1. CRSA
- 1.1.2. , CTS
- 1.1.3. Espace éthique.

Stagiaire EHESP (Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique) : Guillaume RALL.

- Sujet de mémoire : « l'appropriation des enjeux de santé publique par les Professionnels de Santé ». Participation aux réunions des CRSA et des CTS avec les élus.
- Contribution mono pro et interpro au PRS 2.

1.2. Être présent dans les groupes de travail et les commissions de l'ARS :

- 1.2.1. MAIA chef de projet : R Dumas et S. Bellaïche,
- 1.2.2. Copil SSR chef de projet : Y. Tourjansky,
- 1.2.3. Copil HAD chef de projet : S. Mollet,
- 1.2.4. ROR : participer à la mise en place d'une cartographie de l'offre de soins MK pertinente en IDF : Y. Tourjansky, P. Fillion, S. Lapierre.

1.3. Anticiper et accompagner les grands plans de santé publique :

- 1.3.1. Plan maladie Neuro dégénérative : L Trinh,
- 1.3.2. Virage ambulatoire AP-HP : Y. Tourjansky,
- 1.3.3. Octobre Rose : C. Pelca Poivre,
- 1.3.4. Le moi(s) sans tabac : S. Bellaïche,
- 1.3.5. ETP Diabète : C Ehrmann C. Pelca Poivre.



2. Axe stratégique 2 : Réaliser des actions concrètes "exemplaires"

- 2.1. Établir un livret d'information pour les libéraux pour accompagner l'ouverture des plateaux techniques des SSR aux libéraux. Finalisation et publication. Chef de projet Bruno Cohen.
- 2.2. Permanence des soins : créer une application smartphone ou s'associer à celle des pharmaciens (pour par exemple, ARB, urgence WE) ou expérimentation avec espace Vie 91. En attente de chef de projet pour cette année, en surveillant les avancées de Terrisanté et du ROR.
- 2.3. Action de Prévention Scolaire en primaires et au collège : prévention des rachialgies. Transposition des projets réalisés en partenariat avec la CPAM 92. Chef de projet Antoine Lablaude, avec Christophe Bordier et J.C. Pham Van en soutien.
- 2.4. Mise en place d'une formation au tutorat : renouveler le CPOM existant en l'élargissant, et création d'un nouveau Tutorat pour Clinicat. Chef de projet : Éric Pineau (et P COCHARD ?)
 - Clinicat à partir de 2019, donc formation des nouveaux tuteurs à N-1.
 - Calquer l'ancien CPOM sur le niveau 1 et écrire le niveau 2 (pour le clinicat)
 - Informer les MK sur la prise en charge par le DPC de cette formation de tutorat en hors quota DPC.
- 2.5. Enquête sur le maintien de l'offre de soin : étude sur l'équilibre financier et le fonctionnement des cabinets de groupe. Chef de projet Stéphane Flori.
Demande d'un CPOM calqué sur celui des médecins
- 2.6. Promotion de la Recherche : Prix Irénée. Chef de Projet J.C. Ricciardi.
- 2.7. Promotion et animation du ROR : Information et communication auprès de tous les kinés d'IDF de la mise en place du ROR. (CPOM)
- 2.8. BPCO : ETP prévention et dépistage Chef de Projet S. Bellaïche.



3. Axe stratégique 3 : Fournir aux kinésithérapeutes les informations et services qui leur sont utiles

3.1. Accessibilités des cabinets aux personnes handicapées : poursuivre le partenariat avec Bureau Veritas.

3.2. Burn OUT : Poursuite du partenariat avec SPS et communication auprès des kinésithérapeutes. chef de projet Pascale Fillion.

3.3. Objet connecté : favoriser leur appropriation par les MK libéraux. Publication ou colloque ARS. Chef de projet David Cherubin.

3.4. Établir une liste de références scientifiques et d'outils pour les MK dans les parcours de soins : partenariat avec le CMK. chef de projet Serge Bellaïche.

3.5. Favoriser la mise en lien avec les MK Libéraux

3.5.1. Pour la formation des étudiants, la recherche, l'enseignement , les nouveaux modes d'exercices: mise en place d'une commission URPS R et D. Chef de projet : Sébastien Martin et contact avec le Bureau : Bruno Cohen. Premier travail : Établissements d'un annuaire des formations universitaires accessibles aux MK en IDF avec liste des contacts.

3.5.2. Informer sur les nouveaux modes d'exercices et les aides à l'installation : PDAI,. Chef de projet : Bruno Cohen.

4. Axe stratégique 4 : Optimiser le travail en réseau

4.1. Une journée des associations MK d'IDF. (cf URPS Rhône alpes auvergne) : l'objectif est de créer une communauté des kinés IDF. Organisation par les 24 élus. Partenariat avec le CIC et autres (AG2R..).

4.2. réseau des URPS Kinés: Journée REEDUCA, ROR inter URPS...



4.3. réseau des organisations représentant les MK (Ordre, Syndicat, CNKS, CMK, FNEK ...):

- 4.3.1. CIROMK : 2 réunions/an en mars et octobre.
- 4.3.2. Réunion avec le CMK (Collège de la Masso-kinésithérapie)
- 4.3.3. Réunion avec le CNKS (Collège National du Kinésithérapeute Salarié)
- 4.3.4. Réunion avec la SFMKS (Société Française des MK du Sport)
- 4.3.5. Réunion avec la FNEK : GALLA K.
- 4.3.6. Réunion avec les directeurs d'IFMK : enseignement module législation.

4.4. Travailler avec les autres URPS d'IDF : Association des URPS.

- 4.4.1. Pharmaciens : la prescription des MK. chef de projet JC. Ricciardi. Colloque d'information sur la prescription : Journée partenaire financée par les laboratoires et en partenariat avec les associations de patients.
- 4.4.2. Sages-Femmes : la périnatalité. Christine Ehrmann, Éric Pineau, Serge Bellaïche.
- 4.4.3. Orthophonistes : AVC PMD. Loïc Thrin, Romain Dumas.
- 4.4.4. Pédiatres-podologues : prévention des chutes en EHPAD.
- 4.4.5. Infirmiers : la prise en charge en HAD
- 4.4.6. Médecins : PDAI, prescription APA et prescription en EHPAD.
- 4.4.7. ARDOC : télé-dermatologie. Sylvie Lapière ou Philippe Fournet.

4.5. Travailler avec des associations de patients : attente sur des informations à diffuser, formation des aidants ETP Plan Maladie Neuro Dégénérative avec France Parkinson. chef de projet Loïc Thrin.

5. Axe stratégique 5 : Assurer l'efficacité de l'URPS

5.1. Logiciel de gestion des Membres de l'URPS (9500 MK d'IDF à partir des données du ROR) de type « ciel association » (compta et gestion des membres).



5.2. Définir la gouvernance interne : Proposition de modification RI.

5.3. Procédures de fonctionnement interne : Ressources humaines, engagement et suivi des dépenses, actualisation du RI, suivi d'activité...

5.4. Intégrer les enjeux de gestion des ressources : répartition des tâches élus/salariés : organigramme de fonctionnement de l'URPS (nombre de salariés : 1ETP secrétariat administratif 1/2 ETP com et chargé de mission).

5.5. Moderniser et professionnaliser notre communication et notre Système d'information : En adéquation avec les conclusions de l'audit : embauche d'un chef de projet pour appel d'offre et suivi mis en place COM (1/2 ETP).

5.6. Changement de siège : dénonciation du bail. Recherche location avec bail professionnel (préavis de 6 mois) localisation plus centrale avec moins de surface (80m² au lieu de 160)

RALL	Guillaume	23 juin 2017
<p style="text-align: center;">Master 2</p> <p style="text-align: center;">Pilotage des politiques et actions en santé publique</p>		
<p style="text-align: center;">La santé publique dans l'exercice libéral des jeunes kinésithérapeutes : définition, modalités et leviers</p>		
<p style="text-align: center;">Promotion 2016-2017</p>		
<p>Résumé :</p> <p>La santé publique est une discipline qui se définit par un objectif d'amélioration de la santé des individus à travers une conception collective des actions de santé, priorisant la prévention et la promotion de la santé. Cette approche ne se retrouve pas de manière implicite dans l'exercice libéral de la kinésithérapie, dont le modèle originel se base sur la rencontre singulière avec le patient. La kinésithérapie s'est modernisée au rythme des évolutions sociétales, comme la santé publique a trouvé petit à petit sa place dans un modèle essentiellement centré sur l'aspect curatif de la santé.</p> <p>La santé publique dans l'exercice libérale des jeunes kinésithérapeutes se définit à travers le développement de collaborations interprofessionnelles, la réalisation d'actions de prévention et de promotion de la santé. La collaboration interprofessionnelle s'exerce sous de nombreuses formes, de la plus informelle à la plus protocolaire. Les actions de promotion de la santé sont peu ancrées dans les pratiques et la prévention s'exerce essentiellement de manière individuelle, dans le cadre du colloque singulier. La difficulté pour les jeunes kinésithérapeutes de s'engager plus officiellement dans ces activités s'explique par plusieurs facteurs : des horaires de travail conséquents, une rémunération à l'acte qui limite la prise d'initiatives, et une méconnaissance des autres professions de santé.</p> <p>La nouvelle formation initiale en kinésithérapie doit être un levier permettant d'acquérir une culture commune de la santé, liant intelligemment les concepts théoriques avec les applications pratiques. Les associations représentatives des professions libérales, comme les URPS, sont des structures de proximité financées par les professionnels eux-mêmes, sur lesquelles les kinésithérapeutes peuvent s'appuyer pour développer leurs initiatives.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Santé publique – kinésithérapie – libéral – URPS – collaboration - prévention</p>		

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