

ÉTUDES

# LE MÉTIER DE MASSEUR- KINÉSITHÉRAPEUTE

Judith MATHARAN  
Julie MICHEAU  
Elsa RIGAL  
Plein Sens



Observatoire National de la Démographie  
des Professions de Santé

ONDPS



# Le métier de masseur-kinésithérapeute

## Rapport d'étude

septembre 2009 ■

Judith MATHARAN  
Julie MICHEAU  
Elsa RIGAL



5 rue Jules Vallès  
75011 Paris  
Tel : 01.53.01.84.40  
Fax : 01.43.48.20.53  
[www.pleinsens.fr](http://www.pleinsens.fr)

# Avertissement de l'ONDPS

---

Une des missions de l'ONDPS est de mettre en perspective les données démographiques des professionnels de santé avec l'évolution de leur activité et du contenu de leur métier. Cette étude qualitative réalisée sur les masseurs-kinésithérapeutes y contribue à plusieurs titres. Les éléments recueillis à travers l'enquête permettent d'abord de prendre la mesure des facettes multiples de l'exercice du métier. L'analyse menée permet aussi d'identifier la diversité des repères et des pratiques qui s'offrent à la profession.

L'étude a bénéficié des apports et de l'écoute des représentants de la profession et des services administratifs. Ce rapport, qui n'engage que les auteurs, devrait constituer une base pour poursuivre les échanges sur les perspectives du métier et la place des masseurs kinésithérapeutes dans la prise en charge des patients

Trois aspects paraissent essentiels :

- Celui de la reconnaissance de l'apport des masseurs-kinésithérapeutes. Cette question concerne aussi d'autres auxiliaires médicaux. La plupart rencontre des difficultés pour faire identifier et reconnaître quels sont, en pratique, leur apport sanitaire et leur rôle dans la chaîne de soins, cela a été souligné dans un rapport précédent de l'Observatoire<sup>1</sup>. Au moment où s'engage une refonte du système de formation, il paraît essentiel de clarifier préalablement le contenu des métiers, afin que la coopération entre les professions de santé se définisse à partir de repères clairs et partagés.
- Le second aspect concerne ce que l'on pourrait appeler «l'effet nomenclature». Il est en partie lié à la question précédente. Le niveau de prise en charge par l'assurance maladie permettrait plus ou moins la réalisation d'actes soignants efficaces. Ce constat constituerait un dilemme pour certains praticiens qui souhaitent rester dans la sphère du soin pour tous ; pour d'autres, elle en justifie l'éloignement, ou plus fréquemment, elle favorise le développement de pratiques estimées soignantes par les praticiens, bien que non prises en charge
- Le dernier aspect est relatif à la formation. De contenu divers d'un institut à l'autre, relativement coûteuse, la formation actuelle des masseurs-kinésithérapeutes s'apparente à une propédeutique, qui ouvre une palette de possibilités ultérieures. Il conviendrait de mesurer l'efficience de ce dispositif à l'égard des besoins de santé publique et de la nécessaire disponibilité d'une rééducation de premier recours. On peut s'interroger, en particulier, sur la capacité d'un champ de formation autonome, relativement à l'écart des facultés de médecine, à développer des référentiels de pratiques, et donc d'apprentissage.

---

<sup>1</sup> Cf. rapport ONDPS 2005, Tome 1, pages 34 à 41

# SOMMAIRE

|                                                                                |            |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Synthèse .....                                                                 | 4          |
| <b>Le métier de masseur-kinésithérapeute .....</b>                             | <b>17</b>  |
| Introduction.....                                                              | 18         |
| <b>Première partie : Regard sur la profession.....</b>                         | <b>19</b>  |
| Rappel sur le cadre légal et conventionnel .....                               | 20         |
| Démographie .....                                                              | 23         |
| Champ d'action et marges de manœuvres.....                                     | 30         |
| Ce qui fait ou défait l'unité de la profession.....                            | 34         |
| Le métier : l'art à l'exercice de la preuve .....                              | 40         |
| Ce qui change dans la pratique .....                                           | 42         |
| La formation initiale .....                                                    | 44         |
| <b>Deuxième partie : Le métier tel qu'il se pratique .....</b>                 | <b>53</b>  |
| I - Cadres d'exercice .....                                                    | 54         |
| L'exercice libéral en cabinet.....                                             | 56         |
| L'exercice au domicile des patients .....                                      | 60         |
| L'exercice salarié en centre de rééducation .....                              | 61         |
| L'exercice salarié en hôpital.....                                             | 63         |
| II - Soins et résultats.....                                                   | 65         |
| Les patients.....                                                              | 66         |
| A quoi sert la kinésithérapie ? .....                                          | 70         |
| Masser ou ne plus masser .....                                                 | 77         |
| Et le bien-être ?.....                                                         | 80         |
| III - Construire sa pratique .....                                             | 83         |
| Ethique et pratique des séances en libéral.....                                | 84         |
| Rémunération et tentation de l'écart à la convention .....                     | 89         |
| Une pratique généraliste très prédominante .....                               | 93         |
| Aller plus loin ou aller ailleurs : l'ostéopathie, et d'autres approches ..... | 98         |
| IV - Parcours professionnels .....                                             | 101        |
| Devenir masseur-kinésithérapeute : entre vocation et stratégie .....           | 102        |
| Comment la formation prépare à la pratique professionnelle .....               | 104        |
| Le parcours professionnel : le sur-mesure accessible à tous .....              | 108        |
| V - Références de la profession.....                                           | 114        |
| Une profession fragile .....                                                   | 115        |
| <b>ANNEXES .....</b>                                                           | <b>119</b> |
| ANNEXE A : Composition du Comité de Pilotage .....                             | 120        |
| ANNEXE B : Personnes rencontrées .....                                         | 121        |
| ANNEXE C : Ressources documentaires.....                                       | 122        |
| ANNEXE D : Structure de l'échantillon de personnes interrogées.....            | 124        |
| ANNEXE E : Repères sur la kinésithérapie en Europe et à l'étranger .....       | 125        |



# Synthèse

---

Les résultats de cette étude s'appuient sur trois types de matériaux : une analyse documentaire sur la profession et les données statistiques qui la caractérisent ; une série d'entretiens auprès de représentants des organisations professionnelles qui la composent, de directeurs d'IFMK ou de représentants de l'administration de la santé (cf. annexe B) ; et une enquête en face à face auprès de 46 praticiens en exercice (13 salariés et 33 libéraux) et de 12 étudiants en fin de formation, sous la forme d'entretiens ouverts, non directifs, longs (une heure à minima) réalisés sur les lieux d'exercice entre avril et juin 2009 (cf. annexe E).

**Cette synthèse présente les extraits les plus significatifs de ce rapport d'étude.**

Sauf mention contraire, l'ensemble des statistiques citées dans cette synthèse sont des chiffres publiés par la DREES, issus du répertoire ADELI, extraits de SICART D., 2008, Les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2008, Documents de travail, série Statistiques, DREES, n°123, mai et SICART D., 2009, Les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2009, Documents de travail, série Statistiques, DREES, n°131, avril.

**Les masseurs-kinésithérapeutes sont des auxiliaires médicaux dont l'exercice professionnel est encadré par le Code de la Santé Publique (titre II du livre III) qui dispose que « La profession de masseur-kinésithérapeute consiste à pratiquer habituellement le massage et la gymnastique médicale ». Ils doivent être titulaires du Diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute ou d'un titre étranger reconnu, agissent sur prescription médicale dans le cadre d'un décret d'actes qui précise les contours du massage et de la gymnastique médicale. L'activité est rémunérée à l'acte.**

**La profession a connu un large développement au cours des vingt dernières années tant en nombre de praticiens qu'en niveau d'activité. Le nombre de praticiens étaient en 2008 de 64300, dont près de 80 % de libéraux<sup>2</sup>. Les masseurs-kinésithérapeutes représentent ainsi 7 % des effectifs des professions de santé et 10 % des paramédicaux.**

**L'entrée en formation pour l'obtention du diplôme d'État est soumise à un quota (fixé à près de 2000 en 2008-2009), mais des professionnels étrangers et en particulier communautaires peuvent venir exercer sous réserve de la reconnaissance de leur titre. Numériquement, cette filière « étrangère » a fourni au tournant des années 2000 presque autant de nouveaux professionnels chaque année que la filière nationale.**

**Interrogés sur leur pratique, un échantillon de près de 50 praticiens a pu témoigner de l'intérêt porté à un métier fondé sur le contact : contact tactile, contact relationnel. Le métier est riche pour la diversité des pathologies qu'il prend en charge.**

**Les organisations professionnelles sont aujourd'hui animées par un certain nombre de questionnements, ravivés par la création - somme toute récente - de son Ordre (institué par la loi en 2004) et par le projet de réforme de la formation initiale. Les organisations professionnelles voient dans le peu de preuves scientifiquement établies de l'efficacité de la masso-kinésithérapie un risque de fragilisation : fragilité symbolique d'une profession qui ne**

---

<sup>2</sup> Au 1<sup>er</sup> janvier 2009, l'effectif est de 66 919, source ADELI DREES

**s'inscrit pas dans le cadre d'une faculté de médecine élargie, fragilité conventionnelle si certains actes venaient à ne plus être pris en charge.**

**Les praticiens rencontrés, eux, ne doutent pas de l'efficacité de leurs soins même s'ils savent en dessiner les limites. Pour autant, l'absence de référence et de normes de pratiques reconnues et établies conduit à une grande hétérogénéité des protocoles de soin. Chaque praticien, en particulier libéral, construit sa pratique. Cette libéralité a deux dimensions. En premier lieu, on observe que les thérapeutiques sont variées, certains massent d'autres pas, certains ont recours à la physiothérapie d'autres pas, certains se forment à des techniques ou méthodes particulières d'autres pas. En second lieu, la forme des séances et leur durée varient considérablement d'un cabinet à l'autre, voire d'un praticien à l'autre y compris au sein d'un même cabinet.**

**La légitimation progressive de l'ostéopathie et son fort développement ne font qu'étendre cette question des pratiques de référence.**

**Les professionnels ont la technicité pour investir des champs de soins non thérapeutiques dans le domaine du confort et de l'esthétique. Ils semblent le faire très marginalement. La demande de soins à visée thérapeutique est soutenue et le sens du métier se trouve dans le champ médical. De façon plus générale, les praticiens paraissent attachés à une pratique de premier recours, qui n'exclut pas quelques spécificités.**

**Au total, la profession s'exerce dans un cadre formellement très contraint mais en réalité relativement souple. La pratique est une pratique individualisée jusque dans les tarifs parfois, malgré le cadre conventionnel. La prescription médicale est le plus souvent très sommaire. Les masseurs-kinésithérapeutes rendent en retour peu compte de leur bilan. Se dessine ainsi un cadre autonome de fait, peu regardé par les médecins, pas ou peu contrôlé par les organes de contrôle potentiel. La profession a parfois le sentiment d'être insuffisamment reconnue. Elle se pense très peu connue de tiers quant aux tenants et aux aboutissants de sa pratique de soin. La pratique de l'ostéopathie, et de façon similaire la pratique de thérapeutiques de rééducation spécifiques hors du champ conventionnel pourraient s'interpréter comme l'expression la plus radicale de cette propension à l'autonomie.**

- **Une démographie dynamique mais incertaine en raison du poids des praticiens diplômés à l'étranger**

Les masseurs-kinésithérapeutes sont au 1<sup>er</sup> janvier 2009, 66 919 (Source ADELI DREES) en exercice. Entre le 1<sup>er</sup> janvier 2000 et le 1<sup>er</sup> janvier 2008, les effectifs de praticiens ont crû de plus de 23 %. Les quotas d'entrée en formation ont sensiblement augmenté depuis 2000. Cependant, les projections démographiques sont incertaines en raison de la difficulté à prévoir la part de praticiens formés à l'étranger venant s'installer en France. Il y a eu longtemps une part importante de jeunes diplômés en Belgique, du temps où l'université belge accueillait sans restriction à l'entrée. Il y a désormais des filières de kinésithérapeutes espagnols ou d'Europe de l'Est développées par les hôpitaux pour répondre à leurs besoins de personnel.

Comme la plupart des professions de santé, celle de masseur-kinésithérapeute connaît des évolutions démographiques notables en termes de vieillissement et de féminisation. En 2005,

l'âge moyen des masseurs-kinésithérapeutes était de 42,9 ans, soit un tout petit peu plus que la moyenne des professions de santé (41,4 ans) mais beaucoup moins que la moyenne des médecins (48,5 ans). Environ un tiers des praticiens ont moins de 35 ans, un tiers entre 35 et 49 ans, et un tiers, 50 ans et plus. 45,8 % des masseurs-kinésithérapeutes sont des femmes. La profession se féminise au point que les moins de 30 ans sont très majoritairement des femmes, alors que parmi les plus de cinquante ans on ne compte que 36 % de femmes.

La répartition des praticiens est loin d'être uniforme sur le territoire et connaît les mêmes phénomènes d'héliotropisme que l'ensemble des professions de santé. Si la densité moyenne en janvier 2008 est de 105 kinésithérapeutes pour 100 000 habitants en France métropolitaine, il y a près d'un facteur de quatre à un entre le département le plus densément doté (Hautes Alpes : 223 pour 100 000 habitants) et le moins doté (l'Eure 59 pour 100 000 habitants).

Très majoritairement libérale (79 %), la profession voit évoluer ses modes d'exercice libéral et connaît une tendance au regroupement, particulièrement parmi les plus jeunes générations. En 2002, 24 % des praticiens exerçaient dans un cabinet de groupe, en 2008, ils sont 27 % (sur un effectif accru) à avoir fait ce choix.

A l'issue de leur formation, les détenteurs du diplôme de masseurs-kinésithérapeutes voient s'ouvrir devant eux ce qui semble être une sorte d'eldorado. Le travail ne manque pas, et ce, quel que soit le mode d'exercice choisi.

### ■ Une formation exigeante, parfois chère, qui paraît mériter une réforme

La formation de masseur-kinésithérapeute est une formation sélective et coûteuse, relativement courte au regard de la formation médicale mais représentant a minima 4 années d'études : une année (voire deux assez souvent) de préparation au concours d'entrée de l'un des 39 IFMK – Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie-, et trois années en IFMK pour l'obtention du Diplôme d'État. Le titre est classé comme un titre de niveau III au RNCP (registre national des classifications professionnelles), ce qui produit une dévalorisation symbolique dans l'esprit de tous les praticiens, et un positionnement hiérarchique relativement bas dans les grilles de la fonction publique hospitalière.

Le passage par l'université de médecine dans le cadre de la première année de préparation commune (PCEM1) concerne aujourd'hui près de la moitié des étudiants. Mais il reste que la formation en IFMK se déroule ensuite dans une sphère qui est le plus souvent entièrement séparée de l'université. Elle s'appuie sur des corps enseignants cooptés localement, qui, comme dans la plupart des « écoles » ou « grandes écoles » du supérieur, échappent au cadre de recrutement de la filière universitaire. La formation des masseurs-kinésithérapeutes n'a pas de lien avec la recherche médicale.

Le statut de l'IFMK (public, privé non lucratif ou privé lucratif) conduit à des frais de scolarité très inégaux : selon les cas le cursus de formation pourra représenter une charge pour l'étudiant (en seuls frais pédagogiques) allant de 500 euros sur 4 ans à près de 30 000 euros. La presque totalité des étudiants masseurs-kinésithérapeutes sont titulaires d'un bac

scientifique. Ils sont nombreux à être issus de catégories socioprofessionnelles intermédiaires à supérieures.<sup>3</sup>

Ce cursus nécessite parfois, si la famille ne peut y pourvoir, la souscription d'un prêt étudiant ou l'exercice une activité salariée à temps partiel alors même que le temps requis par l'étude est conséquent. L'échelonnement du remboursement du prêt éventuel pourra influencer sur le choix du premier poste. Nombreux sont en effet les étudiants qui disent s'orienter vers un exercice libéral afin de pouvoir rembourser au plus vite leur emprunt. Les systèmes de bourses semblent peu nombreux ; la possibilité de faire ces études dans le cadre de contrats d'apprentissage ouvre de nouvelles perspectives.

Il est devenu difficile d'intégrer une école pour y suivre la formation mais, une fois inscrit pour suivre la scolarité, il y a peu ou pas de risque de ne pas obtenir le diplôme. Le contenu des cursus est relativement proche d'une école à une autre même si toutes ont leurs spécificités ayant au fil des ans adapté leur enseignement alors que le référentiel du diplôme est ancien (1989).

Les masseurs-kinésithérapeutes sont globalement satisfaits du contenu de leur formation initiale mais jugent majoritairement nécessaire l'extension d'un an de sa durée. Apprentissage effréné de connaissances livresques en première année (du bachotage selon la majorité des personnes rencontrées) et multiplication des apprentissages pratiques lors des deux autres années leur donnent parfois l'impression d'avoir abordé de nombreuses pathologies sans avoir la satisfaction d'en maîtriser totalement les pratiques de soin. La nécessité d'une année supplémentaire semble faire consensus.

Cette formation initiale est en cours de réforme de façon à l'inscrire dans le cadre européen du LMD. L'inscription dans un cadre universitaire partagé par toutes les professions de santé sera déterminante à la fois pour l'élargissement social de l'accès aux études et pour l'accès de la profession à des activités de recherche.

### ■ La masso-kinésithérapie : une thérapeutique aux vertus et aux limites estimées plus que démontrées

Sans doute sous l'effet d'une réflexion imposée par les travaux liés à la réforme de la formation initiale et arrivée à maturité, un discours très standardisé a cours au sein des institutions et des organisations professionnelles, y compris étudiantes, sur la nécessité pour la profession de faire demain la démonstration de l'efficacité et l'efficience de ses pratiques. Cette hypothèse, devenue un objectif partagé, a pour corollaire l'objectif de développer l'activité de recherche et le réflexe de l'évaluation.

L'étude révèle que cet « enjeu de la preuve scientifique » est rarement une préoccupation pour les praticiens en exercice. L'évaluation des pratiques professionnelles dont la généralisation a été confiée au tout jeune Ordre, n'est pas encore en place mais les praticiens n'ont pas de doute sur l'utilité de la kinésithérapie. Ils aiment leur métier en grande partie en raison même de l'efficacité des soins qu'ils dispensent : ils constatent dans l'ensemble des résultats sur leurs patients. Leurs patients se montrent redevables des progrès

---

<sup>3</sup> Source : DREES, enquête 2007 sur les formations aux professions de santé.

réalisés ou du mieux être acquis grâce à la kinésie. La question de l'efficacité comme effet propre mesurable, par exemple par le moyen d'expériences randomisées, n'est que très rarement posée. Ce qui est constaté et avéré, ce sont les progrès réalisés au fil des séances.

Il est assez normal de ne pas trouver chez les praticiens l'expression d'un doute sur les apports de leur pratique : comme dans toute profession de santé, le sentiment d'être utile est central dans le goût pour le métier et par ailleurs, ils agissent sur prescription : tout se passe donc comme si leur utilité était posée ex ante. Il y a bien une compétence médicale qui pose a priori l'hypothèse de cette efficacité. De plus, la demande est en constante augmentation, ce qui signifie que la prescription est de plus en plus fréquente. Rien qui n'incite au doute.

Pour autant, ces « résultats visibles » n'ont pas la même évidence pour toutes les pathologies. Les praticiens rencontrés ne s'arrêtent pas à ce constat d'efficacité globale, ils savent analyser les situations qui conditionnent l'obtention de résultats indiscutables et cerner également les limites de leurs soins. C'est même parfois la représentation qu'ils ont de l'efficacité de tel ou tel domaine de la kinésie qui les pousse en partie à s'orienter selon qu'ils recherchent des pratiques qui conduisent le plus souvent à des progrès notables, des pratiques plus incertaines mais jugées plus stimulantes intellectuellement, voire des pratiques qui visent à prendre en charge simultanément les aspects psychiques et somatiques dans une approche globale de la personne.

Ainsi, la réparation post-traumatique orthopédique ou musculaire constitue les lettres de noblesse du métier. Les centres de rééducation spécialisés sont pour certains des lieux d'excellence de la pratique kinési thérapeutique. Dans la part post-chirurgicale de cette rééducation, la médecine investit l'écriture de protocole de rééducation.

Le domaine de la « kiné-respi », en fort développement, a lui aussi une efficacité évidente : la séance a un effet immédiat.

D'autres domaines sont plus incertains, parce que moins mécaniques. La rééducation neurologique ou des pathologies rhumatologiques paraît par nature plus incertaine, c'est d'ailleurs ce qui en fait l'intérêt aux yeux de quelques praticiens. Cette incertitude procède pour une part du caractère évolutif de certaines pathologies. La kinésie vient ralentir les effets d'un processus dégénératif, il y a une conviction de la réalité de cet effet modérateur, suggérée par l'existence même d'une prescription et renforcée là encore par l'appréciation qu'ont les patients de leurs soins. D'autre part, dans les domaines où on en attend un progrès et non pas seulement un ralentissement de la dégradation (certains Infirmités Motrices Cérébrales, hémipariés), la rééducation neurologique est incertaine pour des raisons autres : il semble qu'il y ait une plus grande singularité des patients et de fait une part d'ignorance fondamentale des ressorts de la pathologie (ignorance médicale d'abord, avant d'être une ignorance paramédicale).

Il reste en dehors de ces grands domaines, une figure de pathologie bien à part qui confronte les praticiens (et ceux les plus enclins au questionnement réflexif sur leur pratique) à un certain sentiment d'impuissance : c'est celle du « mal de dos ».

L'usage même que font les praticiens d'un vocabulaire non médical pour désigner la pathologie indique qu'il s'agit d'un ensemble assez protéiforme de troubles, dont le diagnostic est parfois insuffisamment posé par les médecins. Des troubles somatiques pour

lesquels la kinésie va apporter au mieux un soulagement passager mais rarement supprimer les causes premières soit parce qu'elles sont ostéo-articulaires soit parce qu'elles sont « ailleurs », loin du symptôme et non identifiées, ou parce que leur origine serait dans certains cas avant tout psychologiques.

Ainsi, alors même que « le mal de dos » est à l'origine d'une part croissante de consultations, les kinésithérapeutes sont assez nombreux à reconnaître le peu d'efficacité de leur thérapeutique, sauf quand ils ont choisi d'investir des méthodes qui visent très particulièrement cette question du dos. Les plus jeunes soulignent que ces pathologies si importantes dans la pratique de ville sont relativement marginales dans la formation initiale qu'ils ont reçue.

Mais au-delà de l'efficacité spécifique de telle ou telle rééducation, certains praticiens insistent sur deux autres dimensions essentielles de l'efficacité de leur pratique. La première réside dans la part d'efficacité qu'il y a « à prendre soin des personnes ». Le soin de masso-kinési thérapeutique fondé sur le contact, manuel, relationnel, « fait du bien ». C'est un geste qui soulage par essence, parce qu'il s'arrête sur la ou les douleurs, les prend en considération. Il y a de toute évidence, au dire des praticiens, un effet placebo de leur pratique qui précède l'efficacité thérapeutique. La deuxième dimension est liée à la partie éducative de la pratique. Certains praticiens insistent sur leur rôle d'autonomisation des patients qui doivent apprendre à s'exercer, se rééduquer, se maintenir par eux-mêmes.

Ces deux dernières dimensions : attention portée au patient et volet éducatif requièrent pour exister une forme de pratique qui prend du temps avec chaque patient.

## ■ Rester thérapeute

Les soins de bien-être, entendus comme des soins liés au confort non prescrits et donc non conventionnés, sont pour les praticiens, soit une composante à part entière de la pratique, soit une potentialité somme toute assez difficile à développer, soit une pratique exclue. Sans que notre échantillon ne puisse prétendre à une quelconque représentativité statistique, il semblerait que majoritairement les praticiens fassent le choix de rester des thérapeutes.

La palette des actes de bien-être ne paraît pas si étendue : elle comprend les massages de différents types, des cours collectifs d'entretien, des actes liés à l'esthétique qui semblent prendre la forme essentiellement de la réduction de cellulite avec la technique du « Cellu M6 » et dans un cas qui a paru très exceptionnel d'une pratique d'esthétique pure sans rapport avec la kinésie (dépilation).

Au total, on constate que la « tentation du bien-être » est assez difficile à investir et que les praticiens sont sans doute assez peu nombreux à accepter d'abandonner leur métier pour investir pleinement un champ concurrentiel et marchand, soit qu'ils ne le peuvent pas (trop de patients jugés prioritaires sur les « clients »), soit qu'ils ne le souhaitent pas. Les activités de bien être constituent un potentiel rémunérateur mais elles déplacent la pratique dans un champ symboliquement moins valorisant. Seule la pratique du massage de confort ouvre une voie médiane respectueuse des compétences propres au métier. Mais le développement de la clientèle « de confort » ne se fait pas naturellement, notamment parce qu'il implique des aménagements importants.

En outre, pour ceux dont la motivation première serait la rémunération, il y a comme nous le verrons des voies plus « nobles » de rentabilisation qui passent par la multiplication des actes de masso-kinésithérapie.

- **Salariat ou libéral : des cadres d'emploi toujours accessibles en cours de carrière**

Le choix de pratique consiste d'abord à choisir un cadre d'exercice. Ce qui ressort des échanges et des observations des professionnels, c'est à la fois la variété des exercices et des cheminements possibles et la cohérence globale du métier. En effet, les parcours professionnels sont très variés puisque les différents modes d'exercice ne sont pas étanches. Un kinésithérapeute sur le point de prendre sa retraite peut ainsi avoir pratiqué tous les modes d'exercice. Un kinésithérapeute en activité peut vivre en parallèle deux modes d'exercice (mi-temps libéral et mi-temps salarié). L'idée que « tout est possible » est partagée par l'ensemble des professionnels et c'est un des attraits principaux du métier. Ce principe permet à chacun de changer de cadre d'emploi à tout moment, il est mis en pratique par certains dans des moments de rupture professionnelle ou personnelle, ou demeure une potentialité rassurante pour les autres. Il permet de ne jamais être enfermé dans un cadre d'emploi ou de pratique qui ne convient pas. Ce sentiment de liberté est un des aspects positifs principaux du métier : l'étendue des possibles permet aux professionnels de se sentir satisfaits de leur mode de travail. Il n'y a pas, in fine, d'antagonisme dans les discours et dans les parcours entre l'exercice libéral et l'exercice salarié. Ce qui compte ce sont les valeurs libérales attachées au métier, c'est-à-dire la capacité à orienter sa pratique

A un instant donné, opter pour l'un ou l'autre est néanmoins nécessaire et ce choix conditionne la pratique du moment. Même si les hôpitaux et les centres ont tendance, face aux difficultés de recrutement, à avoir recours à des vacations de libéraux, le cadre d'exercice est en général déterminant d'un type de patientèle, de modalités de prise en charge distinctes.

La pratique salariée, selon les institutions où elle s'opère, et plus encore selon les postes, sera soit une pratique experte et relativement spécialisée parce que le centre ou le service hospitalier sont spécialisés, soit relativement généraliste dans une part des postes hospitaliers. Tout semble se passer comme si le niveau de reconnaissance du kinésithérapeute dépendait de l'inscription dans une chaîne de soin spécialisée. En institution, plus le kinésithérapeute appartient à un collectif multidisciplinaire spécialisé dans la prise en charge d'un domaine pathologique pointu, plus il a le sentiment d'avoir une place reconnue. A l'inverse, plus il a une pratique généraliste dispersée sur un ensemble de services, moins sa reconnaissance paraît acquise.

L'exercice libéral en cabinet représente le premier univers professionnel, en nombre de masseurs-kinésithérapeutes concernés. Le choix de l'exercice libéral se fait très souvent sur trois critères : le premier est celui de la diversité de la patientèle, le second est celui de l'attractivité financière (relativement au salariat), et enfin, le dernier est celui de l'indépendance dans la gestion de son activité. Il est intéressant de noter que le caractère libéral n'est que très rarement mentionné de façon explicite lors des entretiens.



De l'avis général, on gagne mieux sa vie en libéral que dans des postes salariés, mais à la condition de volumes de travail nettement supérieurs. La réalité est que les revenus libéraux connaissent une très large dispersion liée effectivement aux volumes horaires pratiqués mais surtout aux types de séances mises en œuvre. Il y a ainsi un facteur de 7,7 entre la moyenne d'honoraires du dernier décile (les 10 % de praticiens qui ont les honoraires les plus importants) et celle du premier décile (les 10 % qui ont les honoraires totaux les plus bas)<sup>4</sup>.

### ■ Un secteur libéral fidèle à sa vocation de premier recours mais très hétérogène dans ses choix de pratique

La pratique libérale est très largement celle du premier recours, si l'on entend par là le fait de soigner les patients qui se présentent. A l'exception de la kinésie du sport et à quelques orientations ou spécificités près (en particulier la capacité à prendre en charge « l'uro-gynéco » et/ou la kinésie respiratoire), les kinésithérapeutes se définissent comme des généralistes. La diversité des patients et des pathologies est soulignée comme un des intérêts structurants du métier.

Cependant, derrière cette étiquette courante de généraliste, s'opère en réalité une large palette de pratiques qui se distinguent par les méthodes, les protocoles de soin et par la forme des séances. Il n'y a pas de pratique de référence imposée. La formation initiale fournit des références, mais les enseignements évoluent et rien ne garantit que les mêmes protocoles de soin soient enseignés dans tous les IFMK. La formation continue ouvre à un vaste champ d'enseignements, largement investi par nombre de praticiens. Les praticiens inventent leur pratique, développent au prisme de leur propre évaluation de « ce qui marche » ou pas, les protocoles qu'ils jugent les plus pertinents. Souvent, la métaphore culinaire n'est pas loin : à partir d'une liste de gestes et d'exercices possibles, le praticien « fait sa sauce ».

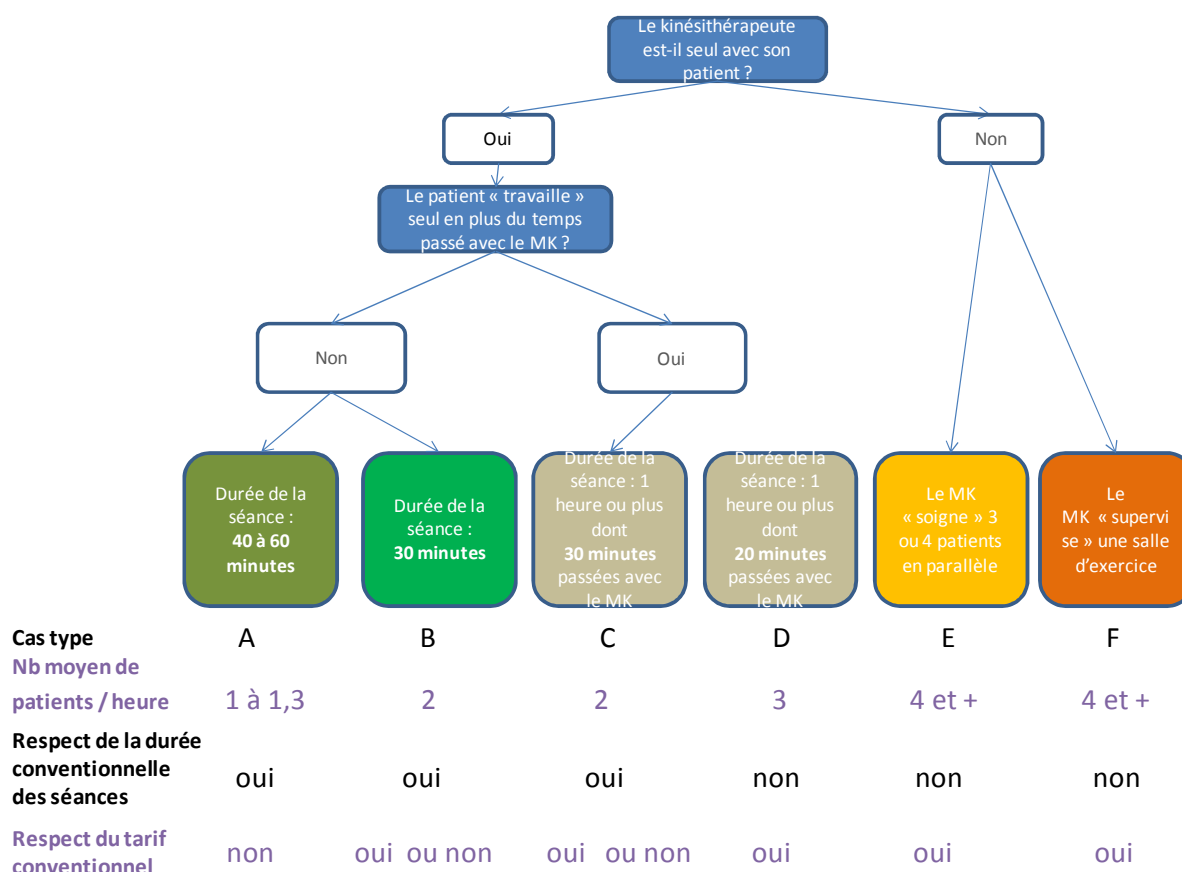
La norme conventionnelle pour les séances prévoit que le praticien soit seul avec son patient pendant environ 30 minutes, mais la réalité peut très nettement s'écarter de cette norme.

On observe en effet six grandes classes d'organisation des séances, sans bien sûr que nous soyons en capacité de déterminer le poids respectif de chacune. Ces six grandes classes se distinguent selon que le kinésithérapeute est seul ou non avec son patient : selon les cas, le praticien est seul et entièrement dédié à son patient, ou bien traite 3 ou 4 patients simultanément, ou plus encore quand les séances sont assimilables à de la pratique supervisée. Quand le praticien ne prend qu'un seul patient à la fois, la séance peut se limiter à 30 minutes, ou bien être éventuellement un peu plus courte mais se prolonger par des exercices ou de la physiothérapie, ou bien encore être entièrement manuelle mais nettement plus longue (45 minutes ou 60 minutes). Se dessinent ainsi des modes de prise en charge extrêmement hétérogènes, davantage dictés par des choix de pratique du kinésithérapeute, que par une référence de pratique, fonction des pathologies à soigner.

---

<sup>4</sup> Source : données CNAM sur les honoraires des masseurs-kinésithérapeutes libéraux.





Les pratiques semblent ainsi se définir par la forme des séances retenue par le praticien, articulée avec le choix raisonné de ne recourir qu'à des techniques manuelles ou à de la physiothérapie. Les praticiens qui font du « deux à l'heure » (entendons ici deux patients par heure) se définissent volontiers comme vertueux et soucieux de délivrer des soins de qualité. Ils déplorent les pratiques plus lucratives de leurs confrères, qui, sans jamais être rappelés à l'ordre par une quelconque autorité, délivrent des soins qui ne peuvent avoir la qualité requise tant ils sont rapides ou sans intervention du praticien.

Il faut cependant noter que si, pour certains praticiens, la prise en charge simultanée de patients est un choix, pour d'autres qui se trouvent traiter 4 à 5 patients par heure, ce choix n'est pas délibéré. Dans les zones rurales où la demande est très soutenue, il paraît difficile de refuser de prendre en charge une rééducation et le praticien est amené au fil du temps à prendre de plus en plus de patients par jour, tout en ayant conscience de dégrader la prise en charge de chacun. Il n'est pas particulièrement satisfait de cette évolution même si ses revenus s'en trouvent améliorés.

Poussée à l'extrême, la prise en charge simultanée de patients prend la forme vue de l'extérieur d'« usines de soins de kinésithérapie ». Il est difficile de déterminer ce qui est la cause de ce qui est l'effet : on trouve dans ces lieux pléthore de matériels jusqu'aux plus coûteux (bassins de « balnéo ») qui engagent des investissements. Il faut une patientèle conséquente pour avoir ce type de matériel, en même temps qu'il faut ce matériel pour avoir des patients. Ces taux d'équipement exceptionnels dans l'espace de la concurrence semblent attirer une clientèle et faire d'emblée la réputation du cabinet. C'est peut-être aussi la réputation d'un praticien qui peut le confronter à une demande de plus en plus soutenue.

A regarder l'ensemble de ces pratiques, on comprend que, dans un monde sans référence thérapeutique partagée, le temps est vu par certains comme la mesure de la qualité des soins. Ce temps est, en outre, synonyme de possibilité de masser les patients ou pas. Le massage est ainsi présenté par ceux qui le pratiquent systématiquement comme une part de l'éthique du métier. Quand un praticien dit « Moi, je masse », il faut entendre par là que tous ses confrères ne le font pas. Les praticiens qui massent, ou à tout le moins ceux qui insistent fortement sur le fait qu'ils le font, semblent vouloir dire qu'il y a dans leur pratique le signe d'une distinction qualitative évidente d'avec ceux qui ne massent pas. Pour ceux qui le pratiquent, l'attachement au massage est fondé sur un argument d'utilité incontestable. Le massage, c'est le mode du « contact » avec le malade, avec la pathologie. Ce contact, tant concret que relationnel, est le cœur de la passion pour le métier. Le massage est, selon eux, un outil de diagnostic en même temps qu'une thérapeutique. Il est une thérapeutique physiologique dans bien des pathologies mais aussi une thérapeutique psychique dans toutes. Les patients sont demandeurs de ce « soin du corps » qui est par construction un « soin de soi ». A l'inverse, ceux qui « prennent en parallèle » plusieurs patients sont dans l'incapacité matérielle de masser. Au total, on peut penser que le temps de massage est un indicateur de pratique assez clivant, parce que corrélé au temps des séances.

L'avis selon lequel les modalités de remboursement de l'assurance maladie encouragent une certaine dégradation des soins est assez largement partagé, y compris parmi certains salariés qui disent avoir quitté le libéral « qui ne permet pas de bien travailler, compte tenu des charges ». Compte tenu du niveau de rémunération prévu par la convention, il y aurait une posture presque héroïque, à tout le moins exemplaire, à demeurer fidèle à une conception exigeante du soin qui requiert un temps prolongé avec chaque patient.

## ■ Autonomie acquise ou autonomie recherchée

Prescription, décret d'actes, norme conventionnelle pour la durée des séances, rémunération à l'acte selon un tarif conventionnel, sont autant de limites qui paraissent définir un cadre de pratique contraignant. La réalité semble s'écarter notablement de cette lettre de la loi, et il apparaît plutôt que les masseurs-kinésithérapeutes exercent dans une relative autonomie.

### > Lacunes qualitatives de la prescription et absence de bilans

Cette autonomie est d'abord une autonomie de fait vis-à-vis de la prescription. Certes, celle-ci doit exister, mais elle est loin de poser un cadre de soin directif. A l'exception de certaines situations d'exercice salarié pour lesquels des protocoles de rééducation sont imposés (le plus souvent dans les centres ou dans les services de rééducation hospitaliers les plus pointus), il revient au praticien de déterminer son protocole de soin.

Les prescriptions continuent d'être quantitatives. Les kinésithérapeutes ne s'en plaignent pas. La force de l'habitude est là. Certains vont même jusqu'à dire que l'idée d'une prescription non quantitative n'a pas de sens, dès lors que le diagnostic appartient au médecin. La quantité indiquée n'est pas nécessairement la bonne, mais ce qui est important, c'est d'être dans un système ajustable en fonction des besoins. Quant à ce qu'elles explicitent des actes à mettre en œuvre, les prescriptions sont le plus souvent très laconiques. L'exception concerne les médecins spécialistes tels que chirurgiens et rhumatologues qui peuvent être

très directifs, voire trop aux yeux de certains kinésithérapeutes, alors même qu'ils se sentent généralement libres d'adapter leurs actes comme ils l'entendent. Dans le cas des médecins généralistes, le « vide » de la prescription vient de ce qu'« ils ne connaissent rien à la kiné ». Certains kinésithérapeutes interprètent cela comme une forme de mépris. Mais le problème ne serait pas tant là, car, après tout, chacun a son domaine d'expertise. Ce qui est plus contestable, c'est que manifestement, les éléments de diagnostic, les radios, les comptes-rendus opératoires sont très généralement absents. Les kinésithérapeutes rencontrés en semblent mécontents. Certes, les contrindications sont explicitées mais cela leur paraît peu.

C'est le patient qui devient de fait son propre dossier médical. Le plus surprenant est que cette situation se retrouve à la sortie de l'hôpital. Les quelques praticiens hospitaliers que nous avons rencontrés confirment d'ailleurs cette absence de liaison vraiment pensée avec la prise en charge libérale.

Concernant l'exercice du bilan, la situation est mitigée. Si auparavant les masseurs-kinésithérapeutes en faisaient pour eux-mêmes, la tendance globale a changé face à l'imposition légale d'en faire un systématiquement au-delà de dix séances. Le côté systématique et l'aspect très contraignant - car jugé peu réaliste- des modèles de bilan imposés ont braqué de nombreux professionnels. Ceux-ci arguent en plus du fait que les médecins ne les demandent pas, voire disent ne pas souhaiter recevoir ces bilans car ils sont déjà « noyés sous la paperasse ». Au total, la situation est aujourd'hui la suivante : peu de bilans sont réalisés par les libéraux, ou bien ils sont faits mais de façon irrégulière, dans des formats différents, sont rédigés mais non envoyés... Cette contrainte légale, jugée absurde au fond en raison de son systématisme, est d'autant plus mal perçue qu'elle est mise en regard de la qualité de la prescription qui est jugée globalement médiocre, sinon déficiente.

Aujourd'hui, les masseurs kinésithérapeutes soulignent la distance d'avec le schéma idéal du médecin traitant qui connaît, analyse et transmet les informations sur son patient aux autres professionnels de santé. Le patient est en réalité le porteur de son propre dossier médical : tout se passe comme si il était capable de transmettre aux kinésithérapeutes les éléments sur son état de santé, le diagnostic du prescripteur. Il n'en est, en fait, que très peu souvent capable.

Au total, le kinésithérapeute libéral est très libre dans le choix de ses actes, et ne rend compte à personne de sa pratique. Cette position a pour vertu de lui conférer un fort sentiment d'autonomie et d'expertise impartageable, mais elle a pour contrepartie une absence de reconnaissance. C'est aussi pour cette raison que personne ne regarde ce que font les kinésithérapeutes libéraux et que les « bons » ne sont pas distingués des « mauvais ».

### > Une convention tarifaire librement interprétée par certains

Au total, il y a deux voies de sortie de la règle conventionnelle pour la réalisation des actes de masso-kinésithérapie. La plus visible est celle qui consiste à pratiquer des dépassements d'honoraires. L'autre consiste à respecter le code tarifaire mais à ne pas respecter la norme de 30 minutes passées avec chaque patient.

En reprenant la typologie des séances présentée dans le schéma des formes de séance (cf. supra), il apparaît ainsi qu'il y a plusieurs modes de sortie de la convention. Il y a :

- Les praticiens qui observent strictement la convention dans la durée et la forme des séances et la tarification prévue : cas types B ou C ne pratiquant pas le dépassement d'honoraires. Ils sont à la fois fiers de leur rigueur et désolés qu'elle soit si mal récompensée financièrement.
- Les praticiens qui respectent la règle de séances individuelles de 30 minutes mais qui font du dépassement d'honoraires permanent : cas B ou C. Les séances sont dans notre échantillon en général à 20 euros, soit 10 à 20 % de dépassement.
- Les praticiens qui font des séances atypiques très longues et qui font également un dépassement d'honoraires plus massif (cas A). Les tarifs des séances sont de 40 à 60 euros.
- Les praticiens qui ne prennent qu'un patient à la fois, mais moins de 30 minutes, généralement 20 minutes. Ils prolongent les séances avec des exercices où le patient est seul. Ils appliquent les tarifs conventionnels pour une séance.
- Les praticiens qui font une prise en charge collective : patients en simultané ou groupes. Ceux là ne sortent pas du cadre conventionnel tarifaire mais ne respectent pas la règle de durée de la prise en charge (cas D, E et F)

Nous ne sommes pas en mesure de quantifier la part de telle ou telle pratique. Mais il ressort de ce tableau l'impression d'une fausse normativité. L'absence de contrôle et l'appréciation des situations par l'assurance maladie perçue comme inégale (il y aurait une tolérance parisienne qui n'existe pas dans d'autres caisses) redessinent des règles admises, loin des règles écrites.

### > Pousser les frontières de la kinésithérapie

« Aller plus loin », c'est ce qui motive certains praticiens à engager continûment des formations professionnelles parfois lourdes, à investir des « méthodes » qui se développent dans le champ de la kinésithérapie, jusqu'à construire un champ de pratique dans les marges de la kinésithérapie dite classique mais qui peut cependant s'exercer dans le cadre conventionnel. A cet égard, est considéré comme hétérodoxe, toute pratique qui requiert un temps de séance qui excède les 30 minutes conventionnelles.

L'histoire des techniques de kinésithérapie montre que l'orthodoxie est évolutive et que certaines approches ou techniques se trouvent parfois gagner en légitimité au fil des ans. L'ostéopathie en est un exemple jusque dans sa reconnaissance légale toute récente. Les kinés « font de l'ostéo » pour un certain nombre d'entre eux, et sont de plus en plus nombreux à en faire, ils adressent volontiers, consultent pour eux-mêmes, et les étudiants semblent l'envisager très spontanément comme une perspective de formation probable, à tout le moins vraisemblable.

On deviendrait ostéopathe pour sortir de certaines impasses : en particulier des douleurs que l'on ne fait pas disparaître. L'ostéopathie remplace de longues séries de séances inopérantes dans certaines pathologies. Le passage à l'ostéopathie est d'abord motivé par le souhait de disposer d'un arsenal thérapeutique plus large et plus puissant.

Il y a deux façons de penser l'articulation entre kinésithérapie et ostéopathie. Il y a ainsi un premier niveau de conception de l'ostéopathie qui consiste à la considérer comme un ensemble de techniques complémentaires de celles de la kinésithérapie, parfaitement

adapté à des pathologies que la kiné ne peut soigner à elle seule. Se développe d'ailleurs sous le label « thérapies manuelles » le recours à une part de cet arsenal thérapeutique.

Dans une conception plus absolutiste de l'ostéopathie, qui est celle des ostéopathes exclusifs qui ont abandonné la kinésithérapie classique, l'ostéopathie est une philosophie et une pratique en rupture d'avec la kinésithérapie et la médecine conventionnelle. Les « vrais ostéopathes » contestent ex post la vision technicienne de l'ostéopathie, même si elle correspond parfois à ce qui a motivé leur engagement ; ils la jugent réductrice. Certes ils ont cherché à aller plus loin, mais ils se vivent comme ayant changé de métier. Pour « les vrais », l'ostéopathie est une rupture plus qu'un complément.

In fine, l'accès au statut d'ostéopathe reconnu, exclusif ou non, change la position du praticien dans le champ des professions de santé. L'ostéopathe quitte l'hétéronomie du paramédical pour acquérir une position de prescripteur autonome. Il se réapproprie pleinement le diagnostic, qui n'est plus seulement le diagnostic kinési thérapeutique, mais le diagnostic médical. Il n'y a plus de prescription. La pratique est ré-enchantée par ce nouveau savoir et ce nouveau pouvoir, le rapport aux patients est entièrement transformé : les patients sont en demande explicite et leur démarche représente une dépense. Il s'agit de patients actifs, soucieux de l'entretien de leur santé. A cet ensemble de facteurs de reconnaissance symbolique, s'ajoute la reconnaissance matérielle : le temps passé comme la compétence sont rétribués à un niveau jugé juste, puisque librement établi.

Pour les mêmes raisons qui font qu'à un moment de leur carrière ils ont souhaité « aller plus loin », dépasser des échecs thérapeutiques, comprendre en élargissant le champ du diagnostic et en cherchant loin le lien entre déséquilibre et symptôme, un certain nombre de praticiens investissent, jusqu'à une pratique exclusive, des méthodes ou pratiques non conventionnelles. On retrouve alors chez eux toutes ces caractéristiques de « médicalisation » du métier (autonomie de prescription, diagnostic médical, rapport autonome au patient, reconnaissance, transformation de la patientèle) qui caractérisent la pratique ostéopathique. Il peut s'agir de méthodes qui sont soit dans le champ de la kinésie (pratique spécialisée de méthodes liées au rachis par exemple) soit dans des champs plus globaux et généralement teintés de médecine orientale.

Les kinésithérapeutes qui investissent ces méthodes non conventionnelles se trouvent avoir une part de clientèle sans prescription et hors champ conventionnel. Faut-il qualifier ces pratiques d'exercice illégal de la médecine, comme cela a longtemps été le cas pour l'ostéopathie ? On comprend à observer ces situations que le système de santé développe naturellement des marges, plus tolérées que pensées.

# **Le métier de masseur-kinésithérapeute**

# Introduction

---

L'objectif de cette étude sur le métier de masseur-kinésithérapeute est d'identifier ce qui agit sur le métier et le fait évoluer. L'essentiel de cette analyse s'appuie sur ce qu'en disent les praticiens en exercice.

Mais, avant d'observer le métier, tel qu'il se pratique et est vécu par les hommes et les femmes de l'art, il est intéressant d'écouter la profession à travers ceux qui la représentent ou réfléchissent particulièrement à son évolution.

**Une première phase d'étude, fondée sur de l'analyse documentaire et une série d'entretiens avec les représentants et experts de la profession** (liste en annexe B, page 122), a consisté à dresser un premier portrait de la profession qui rappelle le cadre législatif et conventionnel de la masso-kinésithérapie, qui pose quelques constats factuels sur la démographie professionnelle et l'organisation du système de formation initiale, et qui fait état des grandes questions qui agitent ou occupent la profession actuellement, du point de vue de ses instances de représentation et des organisations professionnelles. Ce premier regard posé sur « la profession vue d'en haut » fait l'objet de la première partie de ce rapport.

Dans une seconde phase d'étude restituée ici dans la **deuxième partie** de ce rapport, ce sont **les praticiens** qui **racontent leur parcours et leur pratique**. 33 libéraux, 12 salariés et 12 étudiants sur le point d'être diplômés, ont été rencontrés sur leur lieu d'exercice, lors d'entretiens ouverts, longs et approfondis. Ces praticiens exerçaient sur 5 territoires qui avaient été choisis de façon raisonnée pour représenter des cadres d'exercice variés : Paris, Aix-Marseille, Dijon, Créteil, la partie rurale de la Seine Maritime.

De ce matériau riche, nous avons tiré quelques grands constats visant à expliciter les caractéristiques des différents cadres d'exercice, la construction des parcours et les motivations et choix de pratique des professionnels. Nous avons analysé comment la profession apprécie son rôle et l'efficacité des soins qu'elle procure, et comment, individuellement, chacun construit sa pratique de soin et, le cas échéant, sort du cadre conventionnel pour aller vers d'autres actes – en particulier vers l'ostéopathie- ou pour s'assurer une meilleure rétribution.

# **Première partie :**

## **Regard sur la profession**



# Rappel sur le cadre légal et conventionnel

---

- Une profession d'auxiliaires médicaux régie par le Code de la Santé Publique

La profession de masseur-kinésithérapeute est réglementée par le Code de la Santé Publique au titre II du livre III consacré aux auxiliaires médicaux.

L'article L. 4321-1 de ce Code dispose ainsi que : *La profession de masseur-kinésithérapeute consiste à pratiquer habituellement le massage et la gymnastique médicale.*

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

*Lorsqu'ils agissent dans un but thérapeutique, les masseurs-kinésithérapeutes pratiquent leur art sur ordonnance médicale (....).*

Les professionnels agissent donc pour la part thérapeutique de leur activité sur **prescription médicale**. Ils mettent en œuvre une liste d'actes strictement définie par ce qu'il est convenu d'appeler un **décret d'actes** (cf. encadré infra). Ils sont **responsables du diagnostic kinésithérapeutique** et choisissent les soins et actes les plus appropriés pour chaque patient.

**L'exercice de la profession est réservé aux titulaires du Diplôme d'État** de Masseur-Kinésithérapeute (article L. 4621-3), ou à des professionnels étrangers moyennant un protocole de reconnaissance ou validation de leur titre national, en particulier dans le cadre communautaire européen (articles L. 4321-4 à 7).

A noter qu'il ressort en particulier de l'ensemble de ces dispositions législatives que seuls les masseurs-kinésithérapeutes sont habilités à réaliser des *massages*. On parle ainsi de **monopole du massage** réservé à la profession.

Enfin, **depuis 2004, a été créé un Ordre des masseurs kinésithérapeutes**. La loi prévoit ainsi (article L. 4321-10) que :

*L'ordre des masseurs-kinésithérapeutes regroupe obligatoirement tous les masseurs-kinésithérapeutes habilités à exercer leur profession en France, à l'exception des masseurs-kinésithérapeutes relevant du service de santé des armées.*

- Un champ de compétence défini par un décret d'actes

**Extrait du décret du Conseil d'État n°2000-577 du 27 juin 2000, modifiant le décret 96-879 (articles 1 à 8) :**

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

**Art. 2.** - Dans l'exercice de son activité, le masseur-kinésithérapeute tient compte des caractéristiques psychologiques, sociales, économiques et culturelles de la personnalité de chaque patient, à tous les âges de la vie. Le masseur-kinésithérapeute communique au médecin toute information en sa possession susceptible de lui être utile pour l'établissement du diagnostic médical ou l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution.

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

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

**Art. 3.** - On entend par massage toute manœuvre externe, réalisée sur les tissus, dans un but thérapeutique ou non, de façon manuelle ou par l'intermédiaire d'appareils autres que les appareils d'électrothérapie, avec ou sans l'aide de produits, qui comporte une mobilisation ou une stimulation méthodique, mécanique ou réflexe de ces tissus.

**Art. 4.** - On entend par gymnastique médicale la réalisation et la surveillance des actes à visée de rééducation neuromusculaire, correctrice ou compensatrice, effectués dans un but thérapeutique ou préventif afin d'éviter la survenue ou l'aggravation d'une affection. Le masseur-kinésithérapeute utilise à cette fin des postures et des actes de mobilisation articulaire passive, active, active aidée ou contre résistance, à l'exception des techniques ergothérapiques.

**Art. 5.** - Sur prescription médicale, le masseur-kinésithérapeute est habilité à participer aux traitements de rééducation suivants :

a) Rééducation concernant un système ou un appareil :

- rééducation orthopédique ;
- rééducation neurologique ;
- rééducation des affections traumatiques ou non de l'appareil locomoteur ;
- rééducation respiratoire ;
- rééducation cardio-vasculaire, sous réserve des dispositions de l'article 8 ;
- rééducation des troubles trophiques vasculaires et lymphatiques ;

b) Rééducation concernant des séquelles :

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

c) Rééducation d'une fonction particulière :

- rééducation de la mobilité faciale et de la mastication ;
- rééducation de la déglutition ;
- rééducation des troubles de l'équilibre.

**Art. 6.** - Le masseur-kinésithérapeute est habilité à procéder à toutes évaluations utiles à la réalisation des traitements mentionnés à l'article 5, ainsi qu'à assurer l'adaptation et la surveillance de l'appareillage et des moyens d'assistance.

**Art. 7.** - Pour la mise en œuvre des traitements mentionnés à l'article 5, le masseur-kinésithérapeute est habilité à utiliser les techniques et à réaliser les actes suivants :

- a) Massages, notamment le drainage lymphatique manuel ;
- b) Postures et actes de mobilisation articulaire mentionnés à l'article 4 ;
- c) Mobilisation manuelle de toutes articulations, à l'exclusion des manœuvres de force, notamment des manipulations vertébrales et des réductions de déplacement osseux ;
- d) Étirements musculo-tendineux ;
- e) Mécanothérapie ;
- f) Réalisation et application de contentions souples, adhésives ou non, d'appareils temporaires de rééducation et d'appareils de postures ;
- g) Relaxation neuromusculaire ;
- h) Électro-physiothérapie :
  - applications de courants électriques : courant continu ou galvanique, galvanisation, diélectrolyse médicamenteuse, le choix du produit médicamenteux étant de la compétence exclusive du médecin prescripteur, et courant d'électro-stimulation antalgique et excito-moteur ;
  - utilisation des ondes mécaniques (infrasons, vibrations sonores, ultrasons) ;
  - utilisation des ondes électromagnétiques (ondes courtes, ondes centimétriques, infrarouge, ultraviolets) ;
- i) Autres techniques de physiothérapie :
  - thermothérapie et cryothérapie, à l'exclusion de tout procédé pouvant aboutir à une lésion des téguments ;
  - kinébalnéothérapie et hydrothérapie ;
  - pressothérapie.

**Art. 8.** - Sur prescription médicale, et à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment, le masseur-kinésithérapeute est habilité :

- a) À pratiquer des elongations vertébrales par tractions mécaniques (mise en œuvre manuelle ou électrique) ;
- b) À participer à la rééducation cardio-vasculaire de sujets atteints d'infarctus du myocarde récent et à procéder à l'enregistrement d'électrocardiogrammes au cours des séances de rééducation cardiovasculaire, l'interprétation en étant réservée au médecin ;
- c) À participer à la rééducation respiratoire.

## ■ Une rémunération conventionnelle à l'acte

La **rémunération conventionnelle** des soins est déterminée par la **NGAP** (nomenclature générale des actes professionnels) dont le **titre XIV et l'article 3 du chapitre V du titre XV** concernent les actes de rééducation et de réadaptation fonctionnelle. La dernière convention UNCAM ayant révisé les niveaux de cotations pour ces actes date de mars 2007.

La NGAP prévoit que « **sauf exception prévue dans le texte, la durée des séances est de l'ordre de 30 minutes** » et que « **le masseur-kinésithérapeute se consacre entièrement à son patient** ».

Les **exceptions prévues** ouvrent la possibilité :

### 1. d'une **prise en charge en groupe pour certaines pathologies**

*« Les traitements de groupe ne peuvent s'appliquer qu'aux rééducations figurant dans les articles 1er, 2, 3 et 4 du chapitre II [Ndr: soit les rééducations des affections orthopédiques et rhumatologiques, des affections rhumatismales inflammatoires, de la paroi abdominale et des affections neurologiques]. Le praticien enseigne et dirige les exercices et contrôle les phases de repos tout au long de la séance.*

*Ces traitements de groupe doivent concerner des malades qui bénéficient d'un programme homogène d'exercices de rééducation. Le nombre de malades par groupe ne peut excéder trois. La durée totale de la séance est égale au nombre de patients que multiplie une demi-heure.*

### 2. De **traitements conduits en parallèle de plusieurs patients**

*« Si le praticien choisit d'accueillir deux ou trois patients (**le nombre de malades pris en charge simultanément ne peut excéder trois**), le temps consacré individuellement à chaque patient par le praticien doit être de l'ordre de trente minutes, par période continue ou fractionnée. La cotation est celle du libellé correspondant du chapitre II.*

L'essentiel de l'activité est constitué d'actes en AMK ou AMS (marginale<sup>ment</sup> AMC). Ils sont pour la plupart cotés entre 7 et 9, certains actes plus rares pouvant aller jusqu'à 11 (prises en charge de myopathie, encéphalopathie, paraplégie, tétraplégie).

Depuis le 31 mars 2006, la lettre clé AMS, AMK ou AMC est valorisée à 2,04 euros. A titre d'exemples :

- une séance cotée en AMS7 rapporte un honoraire de 14,28 euros.
- une séance cotée en AMS9 rapporte un honoraire de 18,36 euros.

L'indemnité de déplacement est de 2,00 euros montant auquel s'ajoutent certaines indemnités forfaitaires pour certaines pathologies, conduisant à un plafond de 4,00 euros par déplacement.

# Démographie

**Les masseurs kinésithérapeutes sont, en 2008, 64300 en exercice<sup>5</sup>. Les quotas d'entrée en formation ont sensiblement augmenté depuis 2000, mais les projections démographiques sont incertaines en raison de la difficulté à prévoir la part de praticiens formés à l'étranger venant s'installer en France.**

**Comme la plupart des professions de santé, celle de masseur-kinésithérapeute connaît des évolutions démographiques notables en termes de vieillissement et de féminisation.**

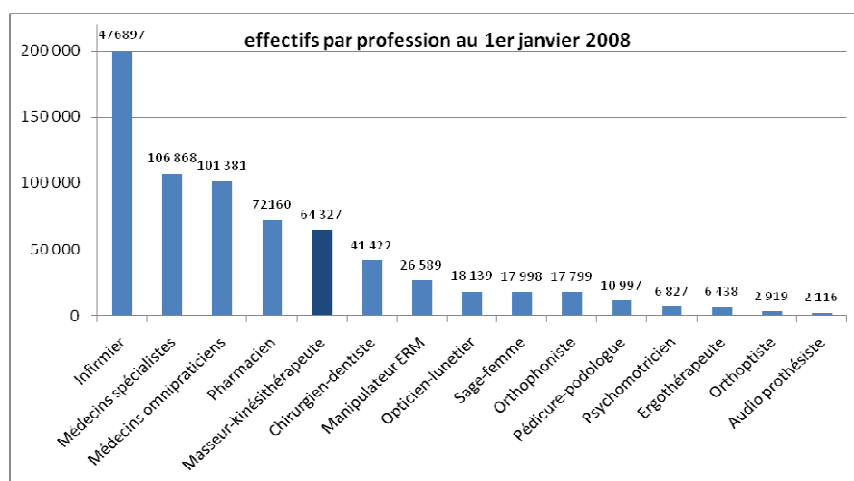
**La répartition des praticiens est loin d'être uniforme sur le territoire et connaît les mêmes phénomènes d'héliotropisme que l'ensemble des professions de santé.**

**Très majoritairement libérale (79 %), la profession voit évoluer ses modes d'exercice et connaît une tendance au regroupement, particulièrement parmi les plus jeunes générations.**

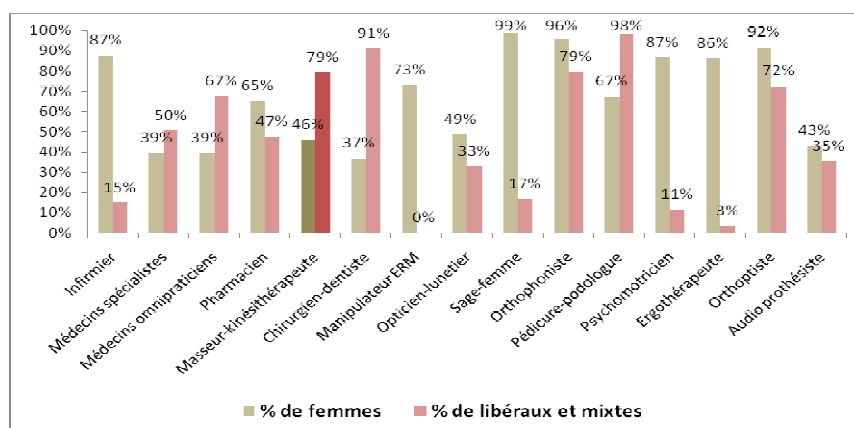
**Nota :** Sauf mention contraire, l'ensemble des statistiques citées dans cette synthèse sont des chiffres publiés par la DREES, issus du répertoire ADELI. Ils sont tirés de SICART D., 2008, Les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2008, Documents de travail, série Statistiques, DREES, N°123, mai.

## ■ Une profession importante en nombre

Loin derrière les infirmiers qui représentent à eux seuls la moitié des professionnels de santé et les trois quarts des paramédicaux, les masseurs-kinésithérapeutes sont la deuxième profession paramédicale en nombre. Avec un effectif au 1<sup>er</sup> janvier 2008 d'un peu plus de 64300 praticiens en exercice, ils représentent près de 7 % de l'ensemble des professionnels de santé et plus de 10 % des paramédicaux.



<sup>5</sup> Ils sont 66 919 au 1<sup>er</sup> janvier 2009.



Source : DREES, série Statistiques, données au 1<sup>er</sup> janvier 2008

## ■ Des effectifs en augmentation : jusqu'à quand ?

Comme pour la plupart des professions de santé, les effectifs de la profession connaissent un rythme de croissance relativement soutenu. Entre le 1<sup>er</sup> janvier 2000 et le 1<sup>er</sup> janvier 2008, les effectifs ont crû de plus de 23 %.

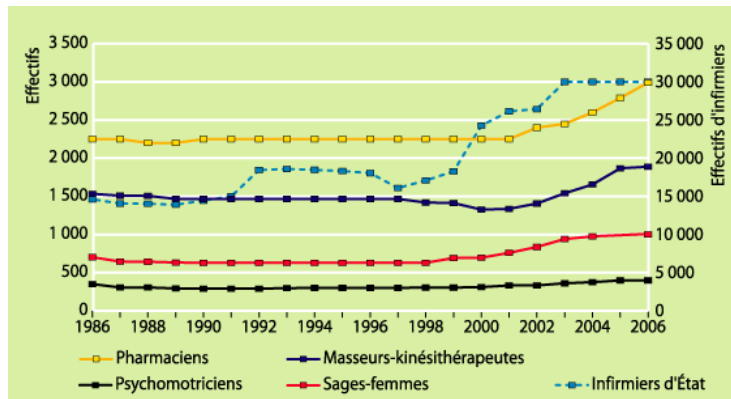
Le quota du nombre d'entrées en formation initiale en France continue de progresser légèrement. Comme le montre le graphique ci-contre, il a très notablement augmenté au tournant des années 2000. Il était de 1929 pour l'année 2007-2008 et est passé à 1999 en 2008-2009.

Un autre paramètre impacte fortement la démographie de la profession. Il s'agit du nombre d'autorisations délivrées chaque année à des personnes qui se sont qualifiées à l'étranger (et tout particulièrement en Belgique - nous y reviendrons) et qui souhaitent exercer en France. Deux catégories de kinésithérapeutes sont en effet autorisées à exercer en France : les diplômés des écoles françaises soumises au quota d'entrée, et les kinésithérapeutes titulaires d'un diplôme étranger de l'Espace économique européen (EEE), à condition que ces personnes aient une autorisation d'exercice (délivrée automatiquement par le Ministère de la santé aux diplômés européens qui en font la demande). Marginales jusque dans les années 1990 parmi les praticiens installés en France, cette filière d'accès à la profession a fini par fournir chaque année, à compter du tournant des années 2000, presque autant de nouveaux masseurs-kinésithérapeutes que la filière de formation initiale en France.

Ces autorisations étaient, pour l'essentiel, délivrées à des titulaires de diplômes belges (88 %), les deux tiers étaient d'ailleurs de nationalité française. Jusqu'en 2006 en effet, la Belgique n'imposant pas de quota à l'entrée à la formation de kinésithérapeute, des étudiants français ayant échoué au concours en France ou préférant d'emblée le système belge se tournaient vers cette solution de repli pour venir ensuite travailler en France. Depuis 2006, la Belgique a mis en place un quota d'étudiants étrangers, et français en particulier.

La directive 2005-36 de l'Union Européenne, qui vient d'être transposée en France, permet un exercice « temporaire » pour les praticiens étrangers, sans que la définition de ce caractère temporaire soit précisée. Les praticiens pourraient alors exercer pour une durée indéterminée, de façon peu encadrée puisqu'ils ne seraient pas soumis au paiement de la cotisation ordinaire ni à l'inscription au tableau de l'Ordre. Serait-ce un risque pour la profession ? Certaines organisations représentatives le pointent, mais on ne dispose par encore de chiffres permettant d'évaluer le poids de ce phénomène.

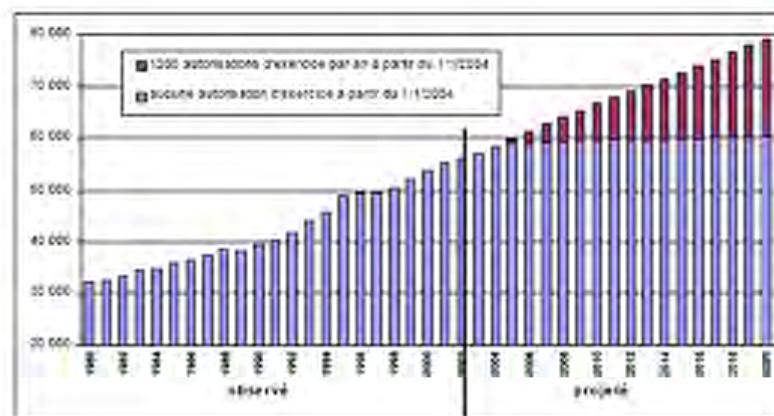
### Évolution du numerus clausus des professions de santé :



Source : Eco-Santé France d'après données ADELI de la DREES

L'évolution du volume des autorisations constitue une inconnue importante dans les projections démographiques. Au total, selon le scénario retenu pour l'évolution de ce volume, les projections réalisées en 2003 faisaient apparaître soit un scénario de maintien aux environ de 60 000 soit une poursuite de l'augmentation des effectifs.

### Évolution observée et projetée du nombre de kinésithérapeutes en activité en France selon deux scénarios



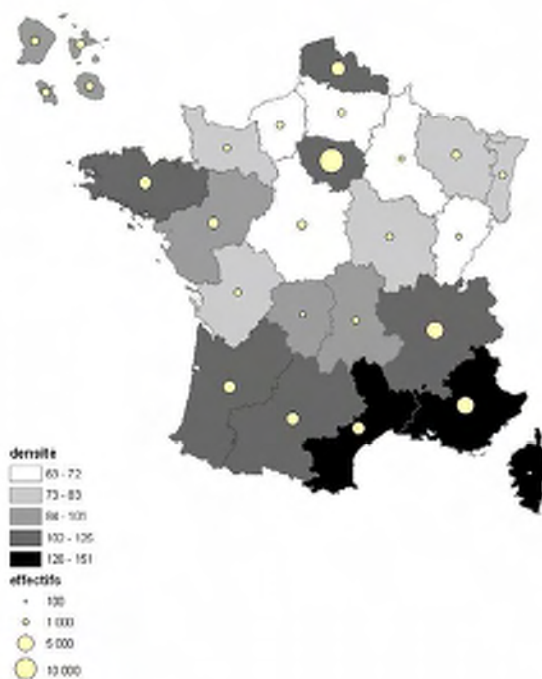
Source : DREES.

### ■ Géographie : une densité très inégale

La densité moyenne en janvier 2008 est de 105 kinésithérapeutes pour 100 000 habitants en France métropolitaine. Mais là encore, la profession de kinésithérapeute ne fait pas exception aux professions médicales et paramédicales. La densité de praticiens est très inégale sur le territoire.

Les zones les plus denses se trouvent au sud et particulièrement en région PACA et Languedoc-Roussillon, en Île-de-France, Bretagne et Nord Pas de Calais. A l'inverse, des régions à dominante rurale comme le Centre, la Haute-Normandie, la Picardie, Champagne-Ardenne et la Franche-Comté comptent peu de praticiens. Entre le département le plus densément doté (Hautes Alpes : 223 pour 100 000 habitants) et le moins doté (l'Eure 59 pour 100 000 habitants), il y a près d'un facteur de quatre à un.

Densité et effectifs des masseurs-kinésithérapeutes  
par région au 1er janvier 2008



Source : DREES, série Statistiques

Pour autant, cette profession de proximité compte un grand nombre de praticiens ruraux : près d'un praticien sur cinq (18,2 %) est en effet installé dans une commune rurale ou de moins de 5 000 habitants (contre 11,2 % des infirmiers et 9,3 % des médecins).

Ces écarts de densité ne constituent pas à eux seuls un indicateur de manque de praticiens. Le rapport 2004 de l'ONDPS a en effet mis en lumière la variété des situations entre niveaux d'activité (comme indicateur de pression de la demande de soin) et densité de praticiens<sup>6</sup>.

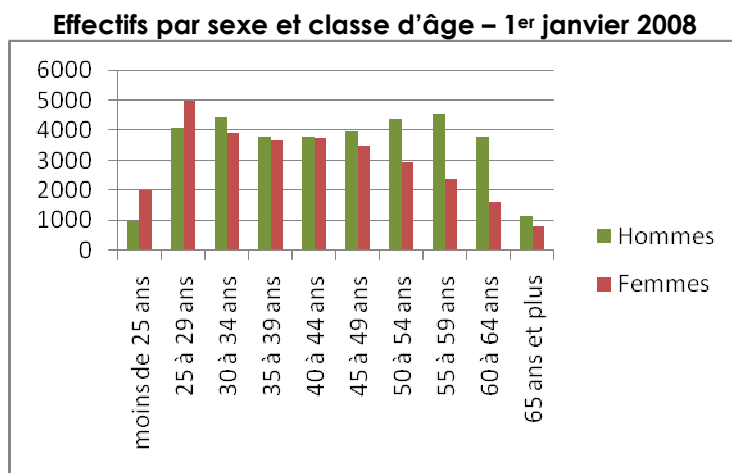
Il faut noter par ailleurs que des écarts importants s'observent au sein d'un même département. La carte de la répartition des praticiens par bassins de vie publiée par la CNAM peut éclairer cette question.

<sup>6</sup> Source : rapport ONDPS 2004, Tome 3.

## ■ Une profession relativement jeune qui se féminise

En 2005, l'âge moyen des masseurs-kinésithérapeutes était de 42,9 ans, soit un tout petit peu plus que la moyenne des professions de santé (41,4 ans) mais beaucoup moins que la moyenne des médecins (48,5 ans). Environ un tiers des praticiens ont moins de 35 ans, un tiers entre 35 et 49 ans, et un tiers 50 ans et plus.

45,8 % des masseurs-kinésithérapeutes sont des femmes. La profession se féminise au point que les moins de 30 ans sont très majoritairement des femmes, alors que parmi les plus de cinquante ans on ne compte que 36 % de femmes.



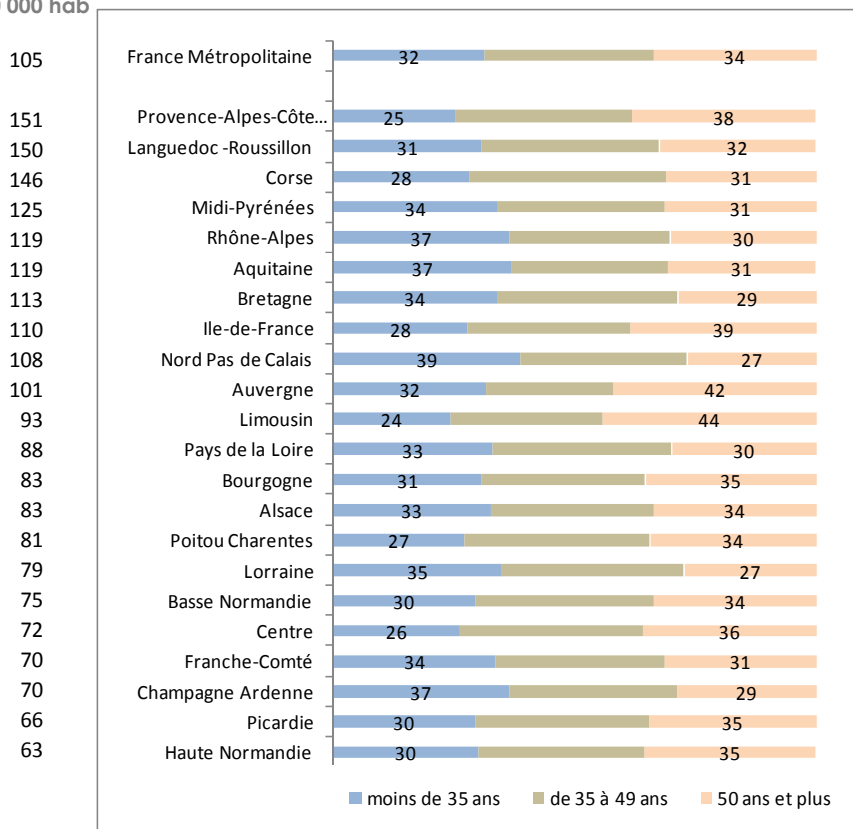
Source : chiffres DREES – graphique Pleins sens

Le graphique ci-après met en regard la répartition par âge des praticiens par région, et la densité régionale de praticiens (les régions sont classées de la plus dense à la moins dense de haut en bas). Il montre qu'il n'y a pas de tendance à l'installation des plus jeunes dans les régions les moins bien dotées, à l'exception de la Champagne-Ardenne et dans une moindre mesure de la Franche-Comté. En revanche, les jeunes sont moins nombreux en PACA, et sont peut-être sensibles à la densité. Mais cela ne se vérifie pas pour Languedoc-Roussillon.



Densité  
pour  
100 000 hab

### Structure régionale par âge – 1<sup>er</sup> janvier

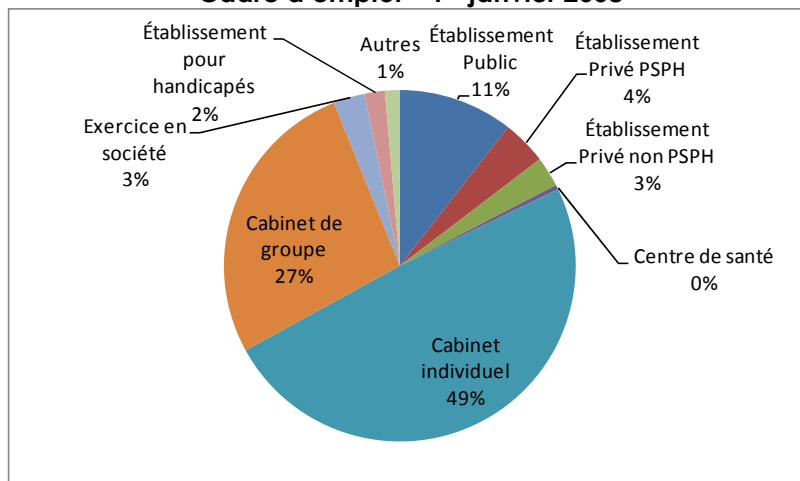


Source : chiffres DREES – graphique Pleins sens

- Une profession à forte dominante libérale où l'exercice en groupe se développe

Près de 80 % des masseurs exercent en libéral. Un praticien sur deux est en cabinet individuel, un peu plus d'un sur quatre en cabinet de groupe et 3 % en société. La pratique en établissement de santé se fait pour moitié au sein d'établissements publics. Le choix du salariat est particulièrement « sexué » puisque 40 % des libéraux sont des femmes contre 67 % des salariés.

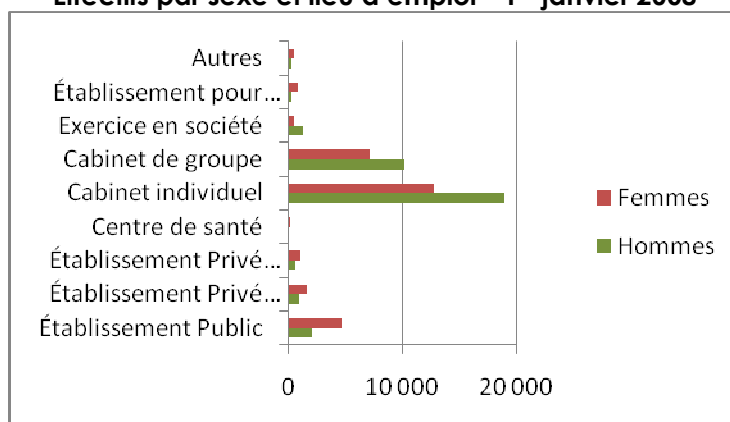
### Cadre d'emploi – 1<sup>er</sup> janvier 2008



Source : chiffres DREES – graphique Pleins sens

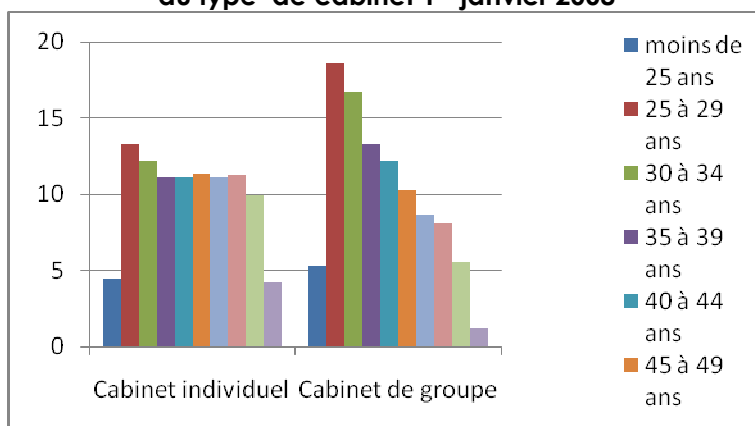
En 2002, 24 % des praticiens exerçaient dans un cabinet de groupe, en 2008, ils sont 27 % (sur un effectif accru) à avoir fait ce choix.

**Effectifs par sexe et lieu d'emploi - 1<sup>er</sup> janvier 2008**



Source : chiffres DREES – graphique Pleins sens

**Répartition par classe d'âge en fonction du type de cabinet 1<sup>er</sup> janvier 2008**



Source : chiffres DREES – graphique Pleins sens

# Champ d'action et marges de manoeuvres

---

***Le masseur-kinésithérapeute est un professionnel de santé qui exerce une activité réglementée. Il agit sur prescription d'un médecin mais ce cadre prescriptif a évolué vers plus d'autonomie du masseur-kinésithérapeute. En contrepartie, il est sensé rendre compte par écrit de son diagnostic et du bilan de son intervention.***

***Le champ d'activité est strictement défini par un décret d'actes qui confère au kiné le monopole de ces actes. Que faut-il faire de ce monopole pour la part des actes qui peuvent ne pas être thérapeutiques ? La forme même du décret d'actes n'est-elle pas à revoir ?***

***La presque totalité des praticiens sont conventionnés et n'ont pas accès au dépassement d'honoraire, sauf à titre exceptionnel. Mais de la règle de la cotation à la pratique il y a peut-être quelques écarts.***

## ■ Le sens de l'autonomie

L'ancienne nomenclature des actes de masso-kinésithérapie, qui datait de 1972, était reconnue obsolète par l'ensemble des acteurs du système de soins. Elle a été modifiée en 2000 par un ensemble de textes qui l'inscrivent dans un processus plus large de modernisation de l'exercice des professions paramédicales.

Cette réforme majeure de 2000 a comporté :

- La reconnaissance d'une autonomie accrue des masseurs-kinésithérapeutes puisque désormais la prescription médicale peut ne préciser que la nature qualitative des actes sans en fixer le volume. C'est le masseur-kinésithérapeute qui peut décider du nombre de séances si le prescripteur lui en laisse la libre appréciation.
- En contrepartie, tout traitement fait l'objet d'un bilan-diagnostic obligatoire communiqué au prescripteur par l'intermédiaire de fiches synthétiques, et rémunéré de manière forfaitaire à partir de 10 séances
- une revalorisation de la plupart des coefficients, moins dispersés qu'auparavant.
- la promotion de l'acte individuel (avec une durée de séance fixée à une demi-heure en moyenne) et global (à chaque séance s'applique dorénavant une seule cotation, quelles que soient les modalités thérapeutiques mises en œuvre).
- l'inscription de nouveaux actes qui faisaient l'objet d'assimilations (rééducation des artériopathies, des brûlures, soins palliatifs, par exemple).
- la création d'une nouvelle lettre-clé (AMS), réservée à la rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques.
- la définition d'un plafond d'efficience ou nombre maximal d'actes par praticiens.

Très contesté, le plafond d'efficience a été supprimé en 2006 au bénéfice d'un protocole décrit par convention de suivi qualitatif et quantitatif de l'activité individuelle.

Le changement intervenu sur le contenu de la prescription est perçu comme une mutation de la profession. C'est la consécration d'une compétence reconnue. On serait passé « d'une profession d'applicateurs à une profession de concepteurs ». Le praticien « maître-d'œuvre » de la rééducation changerait beaucoup de choses dans les représentations.

Pour autant, en pratique, il semblerait que les habitudes des médecins n'aient changé que partiellement : s'ils précisent rarement le type de traitement, ils restent nombreux à mentionner un nombre de séances, mais de façon très mécanique : 10, 15, 20 séances, sans spécifier davantage.

Le contenu de la prescription laisse davantage d'autonomie aux kinésithérapeutes, mais toutefois, la prescription demeure. Or on a le sentiment parfois, à entendre les organisations professionnelles, d'un relatif complexe d'infériorité par rapport à ces médecins qui décident, qui initient le travail du kinésithérapeute via la prescription.

Par ailleurs, on entend « nous sommes un métier de tradition orale », « on n'écrit pas », et c'est ce qui justifierait pour partie que le kinésithérapeute ne réalise pas (ou rarement) le bilan écrit prévu conventionnellement.

Pour rappel, la prescription en kinésithérapie intervient pour tout ce qui relève du champ thérapeutique. La prescription a deux fonctions : l'ouverture des droits à remboursement et la couverture légale de l'acte. Elle devrait en avoir une troisième via le bilan : la continuité du suivi du patient via l'actualisation du dossier du patient par le médecin référent. Mais cette troisième fonction reste à construire.

## ■ Frontières floues et frontières rigides

### > Massage et ostéopathie : des frontières floues

Dans les textes, les masseurs-kinésithérapeutes ont le monopole du massage, qu'il soit thérapeutique ou non. En réalité, d'autres professions ont investi la pratique du massage non thérapeutique. On cite principalement trois types de pratique illégale du massage :

- d'abord les soins prodigués dans les instituts esthétiques, qui ont massivement investi le marché du massage de confort. Une négociation est en cours pour que la terminologie qui leur soit réservée soit le modelage (application de produits...).
- la prostitution, le massage à caractère sexuel. Cette pratique pose un problème d'image à la profession car in fine, ce n'est pas une activité de massage qui est vendue.
- enfin, de façon moins visible, certaines structures de formation soupçonnées d'être impliquées dans des systèmes sectaires. Il y aurait là un risque d'usage du massage dans des cadres d'emprise psycho-corporelle.

Face à cette réalité qui contredit la loi, les kinésithérapeutes souhaitent-ils lutter pour la conservation du monopole du massage ? Des praticiens offrent des massages de confort, certains y reviennent pour des questions lucratives. Les formations en massage (californien, réflexologie...) rencontrent un relatif succès chez les kinésithérapeutes, mais l'axe prioritaire semble globalement le thérapeutique.

L'Ordre souhaite défendre le monopole, mais reconnaît qu'il y a une dissonance entre la volonté d'inscrire le métier dans le cadre de la santé/recherche universitaire et celle de réinvestir un marché qui est largement occupé par des professions non médicales.

Un autre dossier important a été sujet d'affrontements pendant des années avant la sortie des décrets : il s'agit de l'ostéopathie.

Elle ne ressort pas d'un monopole des kinésithérapeutes, puisqu'elle peut être pratiquée par trois types de praticiens : les médecins, les kinésithérapeutes, et les « ni médecin ni kinésithérapeute ». Dans ce troisième cas, certains estiment qu'il s'agit d'une forme de pratique illégale de la médecine puisque les « ni médecins ni kinésithérapeutes » peuvent soigner sans prescription médicale. Il y a là moins un risque d'acte dangereux (les manipulations cervicales sont interdites) qu'un risque de défaut de diagnostic (par exemple une tumeur non détectée).

Les discours institutionnels révèlent un certain regret qu'elle ait échappé au monopole des kinésithérapeutes, mais l'ostéopathie ne semble plus aujourd'hui faire débat. Il semble ne pas vraiment y avoir d'inquiétude sur une éventuelle concurrence des ostéopathes. On entend surtout dire que la création de cette profession à part n'est pas justifiée, dans la mesure où l'ostéopathie serait non pas une profession mais simplement une technique manuelle. En ce sens elle devrait être enseignée à l'école et pratiquée par les kinésithérapeutes. Pour ceux qui le souhaitent.

### > La soutenabilité des frontières rigides : la fin d'une définition par les actes ?

Les frontières rigides qui encadrent la profession sont constituées par le décret d'actes. Certains représentants de la profession s'interrogent sur la possibilité de ne plus définir la profession par une liste d'actes mais de se fonder sur un domaine d'intervention défini par un domaine de compétence. A la clé : des modes de coopération plus souples dans les prises en charge, qui impliqueraient éventuellement plusieurs praticiens (par exemple le kinésithérapeute faisant une piqûre en plus de son intervention en kinésithérapie, et l'infirmière effectuant quelques mouvements de rééducation du genou lors de sa venue chez le patient). Ce type d'approche serait notamment une piste de solution dans les zones peu denses en professionnels de santé.

### ■ Souplesse ou laisser-aller conventionnel ?

La dernière convention qui lie les masseurs libéraux aux caisses d'assurance maladie date de 2007. Mais au-delà des conventions ce sont les pratiques qui peuvent poser question : les dépassements d'honoraires seraient de plus en plus fréquents en particulier à Paris, des pratiques telles que l'imputation de deux séances pour une seraient assez répandues. Elles font en théorie peser une menace de déconventionnement sur le praticien qui les met en œuvre.

Elles sont peut-être une modalité d'équilibre du système de prise en charge dans un contexte où la rentabilité de la pratique libérale ne serait accessible qu'à la condition de ces écarts à la règle.

Elles peuvent traduire un choix d'orientation de pratique : séances plus longues, méthodes spécifiques, pour lesquelles le modèle économique n'est pas prévu par la convention.

Il semble que le coût des études soit déterminant dans le besoin de certains kinésithérapeutes d'atteindre rapidement des niveaux de rétribution élevés. Il s'exprime parfois que « celui qui travaille bien est le plus mal payé ».

Une enquête réalisée par l'URCAM Auvergne en 2003 auprès de 2000 masseurs-kinésithérapeutes révélait que 37 % des plus de 1 000 répondants souhaitaient orienter leur pratique vers des actes non remboursés. Ce chiffre atteignait même 44 % parmi les moins de 35 ans.

On voit par là que la profession, si ce n'est déjà fait, tend à se dégager partiellement du système conventionnel. Quelle est la cause, quelle est la conséquence ? Est-ce faute de revalorisation des actes que d'autres activités ou des modes hétérodoxes de cotation se

développent ? Ou est-ce parce que la rentabilité (ou l'équilibre) de l'exercice libéral se construit hors du champ conventionnel que la pression sur la revalorisation devient faible ?

### ■ Pas de contrôle

Un constat est unanime, et déploré par la profession : aucun contrôle de l'hygiène, de l'élimination des déchets, du respect des réglementations sur le matériel, de l'accessibilité du cabinet... n'est opéré dans les cabinets de kinésithérapie.

Quant au contrôle de la qualité des soins : il n'y en a pas non plus. Les seuls contrôles sont déclenchés sur plainte d'un patient, déposée à l'Ordre depuis qu'il existe. Mais on a le sentiment que ce type de situation est encore rare.

Le contrôle des actes réalisés relève quant à lui de la CNAM. Les praticiens rencontrés semblent trouver cela normal, et ne font pas état d'une surveillance resserrée : les contrôles seraient opérés quand un praticien dépasse ostensiblement les limites d'une activité normale.

# Ce qui fait ou défait l'unité de la profession

---

***Il est aisé de présenter la profession dans ce qui fait sa cohérence formelle : code de la santé, diplôme d'État unique, désormais conseil de l'Ordre et code de déontologie.***

***Il est plus intéressant de s'interroger sur la cohérence et la cohésion de ce collectif, d'autant qu'il se dit volontiers que le collectif n'est pas son fort.***

## ■ Libéraux versus salariés

Les discours institutionnels décrivent, de façon quasi-unanime, un clivage profond entre le monde du libéral et celui du salariat (ce qui ne signifie pas pour autant que l'une et l'autre sphère sont homogènes).

La différence se manifesterait dès le choix du mode d'exercice, à la sortie de l'école : les étudiants, bien que formés dans l'exercice hospitalier, se précipiteraient vers le libéral. Ceux qui choisissent le salariat le feraient par exception au libéral, et n'y dérogeraient que très rarement. A l'inverse des représentations les entretiens avec des praticiens montrent que des parcours très variés, voire en boucle (1<sup>ère</sup> expérience comme libéral, puis salarié, puis libéral de nouveau) sont possibles.

Libéral et salariat sont très souvent décrits par opposition l'un avec l'autre : travail isolé en libéral versus travail d'équipe en salariat, autonomie du libéral dans sa pratique et son organisation versus soumission du salarié à l'organisation décidée par l'établissement, relation privilégiée avec le patient pour les libéraux versus circulation entre les services pour les salariés...

Le salariat aurait mauvaise presse auprès des libéraux. Un héritage du stage en hôpital ? Effectivement même parmi les libéraux anciens-salariés, l'hôpital est décrit comme mal organisé, les kinésithérapeutes y sont insuffisamment reconnus, mal payés, peu ou mal encadrés par des médecins hautains et rarement « managers », en contact avec des patients aux pathologies lourdes et difficiles... Quelques hôpitaux échappent à cette image, comme celui de Garches, mais ils seraient l'exception. Les inconvénients de l'exercice libéral sont cités (les horaires de travail, le manque de reconnaissance vis-à-vis des médecins, les débuts quand on n'est pas formé à la gestion d'un cabinet), mais de façon plus légère que ceux du salariat.

Les salariés et leurs représentants semblent pourtant, de leur côté, convaincus des avantages de cet exercice : mettre en place des traitements pointus sur des patients aux pathologies moins « communes », être intégré dans une équipe médicale, pouvoir travailler dans des disciplines pointues, la stabilité du salaire (même bas), accéder à un certain type de patients.

Malgré cette opposition claire (au moins dans les discours), certains interlocuteurs rappellent que la loi HPST (Hôpital Patients Santé Territoires) promeut un exercice mixte. Ce type d'exercice pourrait-il être une solution pour les petits hôpitaux, qui ne peuvent pas proposer de poste de kinésithérapeute à plein temps, et pour les praticiens, qui pourraient concilier les deux exercices ?

## ■ Des domaines d'intervention qui se diversifient

La diversité des pratiques de masso-kinésithérapie est unanimement reconnue : entre la kinésithérapie du sport et le suivi d'un malade Alzheimer, existent aujourd'hui une infinité de pratiques, de gestes et de méthodes, de problématiques de prise en charge...

En dépit de cette variété, certains interlocuteurs estiment que la profession est finalement relativement immobile. Elle aurait une faible capacité d'adaptation et d'anticipation face à l'évolution des besoins de santé publique, comme à la demande « du marché ».

Pourtant, beaucoup notent un élargissement non négligeable des domaines d'intervention de la profession depuis les années 80 : cardio-respiratoire, neurologie, et même dermatologie... La profession s'est éloignée de l'ancrage traditionnel dans le champ de la traumatologie et de la rhumatologie.

En revanche, certains champs restent relativement méconnus des masseurs-kinésithérapeutes, comme la prise en charge de patients diabétiques. La profession n'aurait pas su investir certains champs émergents, ce qui a conduit à la promotion de nouvelles professions : les psychomotriciens et les ergothérapeutes par exemple. Même constat sur le champ du bien-être et du soin dit « de confort », de type massage ou conseils « santé-beauté-forme » : la demande pour ce type de soins a explosé ces dernières années, mais les masseurs-kinésithérapeutes, alors qu'ils semblaient être la profession la plus qualifiée pour y répondre, ont fait le choix de rester majoritairement sur le champ thérapeutique. D'autres professions se sont alors engouffrées dans le champ des soins de bien-être : esthéticiennes, masseurs, STAPS...

Si elle ne s'est pas massivement déportée vers le champ du bien-être, la profession a tout de même fait évoluer son offre. Les praticiens proposeraient davantage des actes « de confort » en plus de leur offre de soins conventionnés : massages non prescrits, drainage à visée esthétique...

## ■ La question des exercices spécifiques

Hormis pour l'ostéopathie, qui est désormais reconnue et bénéficie d'un statut particulier, il faut d'abord noter que le sujet des « exercices spécifiques », des « spécialités » ou des « expertises », quelle que soit la terminologie employée, n'est pas ressorti comme un enjeu prioritaire au cours des entretiens. Si cela n'a pas été cité comme tel, c'est parce que les exercices spécifiques existent, et que cette réalité est reconnue par l'ensemble de la profession. Il faut noter que les interlocuteurs regroupent sous ce terme à la fois les « spécialités par domaine » (par exemple la neurologie, la gériatrie...) et les méthodes « Mézières, Feldenkreis... ».

Experts, représentants et praticiens estiment qu'il est normal pour un masseur-kinésithérapeute de développer un type de pratique plus qu'une autre. D'abord parce qu'avec la diversité des cas qui se présentent, et la technicité nécessaire pour y apporter une réponse de qualité, il est impossible de tout maîtriser parfaitement. Ensuite parce qu'un praticien, en référence aux valeurs libérales de sa profession, estime pouvoir choisir d'orienter sa pratique vers ce qui l'intéresse le plus.

Sur l'opportunité d'une reconnaissance officielle de ces spécificités, en revanche, le débat est animé.

Certains sont pour. La reconnaissance légale des spécialités permettrait d'améliorer la lisibilité de la profession pour les patients et les médecins, mettrait un terme aux utilisations qualifiées de « frauduleuses » des spécialités sur les plaques professionnelles, et serait un argument pour revaloriser les tarifs auprès de la CNAM.

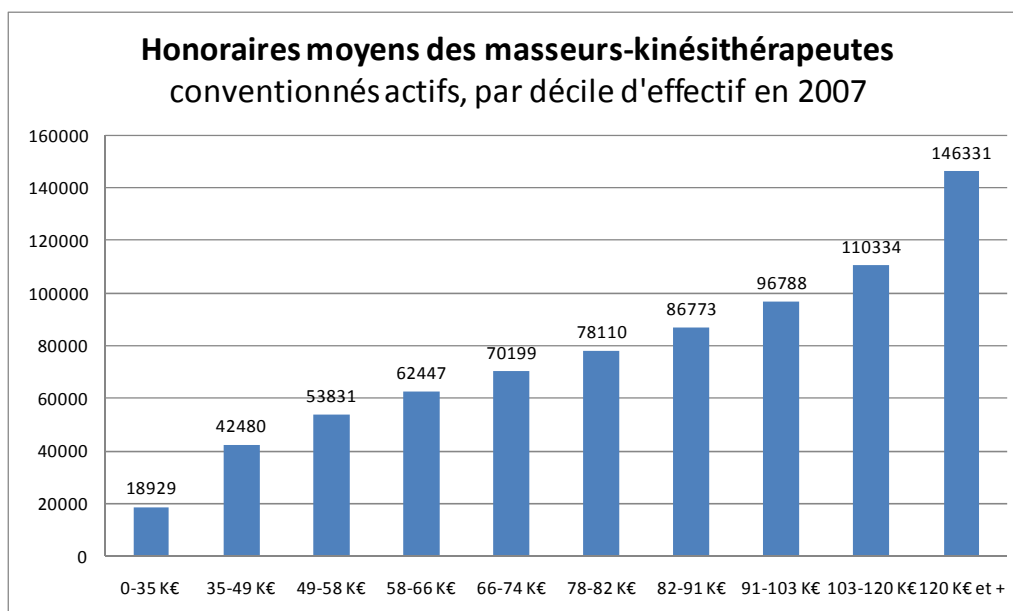


Mais les représentants de la profession se positionnent fermement contre la création de spécialités en kinésithérapie. En tout premier lieu parce que le risque serait grand que ces spécialités soient entendues et construites sur le modèle de celles des médecins, c'est-à-dire en instaurant une hiérarchie entre « spécialistes » et « généralistes ». Pour la CNAM, s'ajoute un risque de complexification des relations avec la profession, notamment sur la négociation des revalorisations, comme cela a été le cas avec la création des spécialités en médecine. Le sujet dépasse une simple allergie au terme « spécialité » : ce qui est sous-jacent, c'est la volonté de ne pas instaurer de métiers « à part », et de scinder la profession en une myriade de spécialistes. Tous les interlocuteurs conviennent en revanche qu'il est nécessaire de laisser se développer des expertises, comme c'est le cas depuis quelques années, sans entamer la cohésion de la profession.

La question des exercices spécifiques ne se limite pas à la reconnaissance d'un certain type d'exercice. Elle touche également la réingénierie de la formation initiale. Certains représentants de la profession envisagent de constituer un socle de formation universitaire de base et de développer ensuite des modules de pratiques particulières. La question de l'évolution de la formation continue serait également concernée par une nouvelle donne sur les pratiques spécifiques.

## ■ La diversité des revenus

Sans disposer de données de revenus, il existe une très grande dispersion des honoraires perçus par les libéraux conventionnés. En 2007, la CNAM observe un niveau moyen d'honoraire total annuel de 76624 euros. Mais comme l'indique le graphique ci-dessous, cette moyenne masque une très large dispersion : il y a un facteur de 7,7 entre la moyenne d'honoraire du dernier décile (les 10 % de praticiens qui ont les honoraires les plus importants) et celle du premier décile (les 10 % qui ont les honoraires totaux les plus bas).



Source : CNAM

Lecture : 10 % des MK conventionnés ont des honoraires conventionnels annuels en 2007, inférieurs à 35 K€. 10 % ont des honoraires entre 35 et 49 K€. Etc.

Ces chiffres d'honoraires sont bien évidemment à distinguer des revenus. Le taux de charge calculé par la Direction Générale des impôts en 2006, s'élevait à 44,8 %. Cela permet d'estimer à 55,2 % la part des honoraires qui restent aux praticiens une fois les charges déduites.

Cette disparité des revenus s'explique par une intensité de pratique très variable : horaires travaillés, pratiques de prise en charge de patients en simultané ou non. Il est dans ce contexte très délicat de parler du revenu des libéraux dans leur globalité tant ils sont disparates. En particulier, on note un niveau moyen d'honoraire très élevé pour les praticiens qui se situent dans le dernier décile et pour lesquels les honoraires atteignent 146 K€ en moyenne, soit le double ou presque de la moyenne globale.

## ■ La représentation de la profession

Chez les étudiants, il existe une représentation structurée portée par la FNEK (Fédération nationale des étudiants en kinésithérapie). Il s'agit d'une fédération des associations locales d'étudiants indépendantes qui se sont constituées dans presque tous les instituts de formation (tous sauf un).

Chez les praticiens libéraux, il existe principalement deux syndicats : la FFMKR et le SNMKR. Les salariés sont représentés par les syndicats représentatifs « de droit commun ». Il existe par ailleurs un Collège national de la kinésithérapie salariée qui contribue à la représentation salariée.

La FFMKR est le plus syndicat le plus important en nombre d'adhérents. Il s'agit d'une structure départementalisée : un syndicat par département. Les syndicats départementaux élisent les représentants nationaux, et perçoivent une partie des cotisations. Ils sont en relation avec les Caisses de Sécurité Sociale au niveau départemental.

Le SNMKR existe depuis une trentaine d'années. C'est une structure nationale, avec 54 sections départementales. Il s'est regroupé en 2005 au sein de l'Union nationale des syndicats de masseurs-kinésithérapeutes libéraux avec des syndicats de plus petite taille.

La différence de positionnement entre les deux syndicats semble ténue, et en tous cas, ils n'ont pas de marquage politique. Ils ont en commun de s'interroger aujourd'hui sur les implications liées à la mise en place des ARS, ils se réorganisent pour répondre à cette régionalisation.

Le CNKS est né il y a une dizaine d'années. C'était initialement un regroupement de sociétés savantes et de syndicats. CNKS signifie « Collège national de la kinésithérapie salariée » et non des Kinésithérapeutes. Cet intitulé souligne une volonté de ne pas être une institution de représentation des professionnels mais de l'exercice de la profession. Le CNKS est en cours de mutation : le collège qui était un lieu « chapeau » des sociétés qu'il regroupait, devient l'institution support et la plus visible. Le CNKS évolue vers une organisation régionale avec un collège national constitué par cooptation.

Les syndicats – libéraux - font les mêmes constats sur leurs adhérents :

- le nombre d'adhérents est en stagnation (un effet de la création de l'Ordre ?), mais ne baisse pas. Cela pourrait être surprenant : avec un contexte plutôt favorable pour les kinésithérapeutes (plein emploi), un montant de cotisation non négligeable (300 €, auxquels s'ajoutent les 300 euros de cotisation ordinale), et le fait que les kinésithérapeutes n'ont plus besoins, aujourd'hui avec Internet, d'être syndiqués pour avoir de l'information, on aurait pu s'attendre à ce qu'ils syndiquent moins.
- les jeunes se syndiquent de plus en plus tard.
- les praticiens se syndiquent surtout pour l'offre de service des syndicats : *« On les attire surtout parce qu'on offre des réductions sur les magazines professionnels, les assurances... ils s'y retrouvent finalement, ça leur rembourse quasiment les 300 € de cotisation. »*

Les représentants de la profession et les experts insistent régulièrement sur la diversité qui marque la profession : les domaines d'intervention sont de plus en plus larges, les méthodes se multiplient, les kinésithérapeutes exercent majoritairement en libéral donc communiquent peu entre eux, développent des pratiques diverses... Cette impression d'hétérogénéité est renforcée par le faible corporatisme qui semble caractériser la profession.

Dès les premiers entretiens on a pu entendre dire que les kinésithérapeutes sont peu solidaires, peu revendicatifs, s'intéressent peu aux enjeux de santé publique, et même aux enjeux qui touchent l'avenir de la kinésithérapie, s'impliquent peu dans les structures de représentation...

A ce titre, certains estiment que la création de l'Ordre pourrait (« enfin ») être facteur d'unification. Même si pour l'instant les opinions restent réservées, étant donné la jeunesse de l'institution.

## ■ Le premier âge de l'Ordre

Le Conseil National de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes a été créé par la Loi du n°2004-806 du 9 août 2004 (Journal Officiel du 11 août 2004), article 108 (modifiant le Code de la Santé Publique) et article 109 (modifiant le Code de la Sécurité Sociale). Cette date marque le terme d'une histoire assez longue. La loi de 1995 prévoyait déjà cette création, mais le changement de gouvernement de 1997 a mis ce projet entre parenthèse.

L'inscription au tableau de l'ordre est désormais obligatoire, mais en pratique celle-ci n'est pas complètement aboutie. Elle fait l'objet d'une contestation qui perdure de la part des masseurs-kinésithérapeutes salariés. Ils ont choisi en 2008 comme moyen de pression le refus d'encadrement des étudiants, venant ainsi perturber le protocole de validation du diplôme d'État. Ils ont obtenu de l'Ordre un montant de cotisation réduit de moitié, sans que cela ait conduit à une inscription systématique.

Pour palier cette difficulté, la loi Hôpital Patients Santé Territoire votée en juin 2009, dispose que : *« L'ordre national des masseurs-kinésithérapeutes a un droit d'accès aux listes nominatives des masseurs-kinésithérapeutes employés par les structures publiques et privées et peut en obtenir copie. Ces listes nominatives sont notamment utilisées pour procéder, dans des conditions fixées par décret, à l'inscription automatique des masseurs-kinésithérapeutes au tableau tenu par l'ordre. »*

Depuis son installation, le Conseil National a d'ores et déjà :

- mis en place le tableau de l'ordre. Compte tenu des difficultés évoquées, il serait à ce jour complet pour les salariés et partiel pour les libéraux.
- élaboré un code de déontologie (sorti en novembre 2008) qui n'a pas manqué de susciter des critiques : « c'est du copié-collé de celui des médecins, on a manqué une réflexion sur ce qu'est un kiné », alors que d'autres voient dans cette similitude un fondement bien naturel s'agissant d'une déontologie commune aux professions de santé.

L'ordre est chargé de la mise en place de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) par convention avec la HAS à titre expérimental pour une période de deux ans.

Il est également chargé du contrôle : contrôle des contrats (remplaçants), contrôle sur dénonciation, éventuelle non inscription au tableau de l'Ordre (en cas de casier judiciaire en lien avec la pratique par exemple).

L'Ordre a une image à construire et la partie n'est pas gagnée car il faudra convaincre. Les plus modérés attendent de voir pour juger. Ce qui est certain c'est que l'intérêt d'avoir créé un Ordre n'est pas clair pour tout le monde, un doute subsiste sur son utilité.

Ce travail de conviction est d'autant plus ardu que la cotisation (obligatoire) est perçue comme élevée : l'action la plus visible est à ce jour finalement le recueil des cotisations...

Symboliquement, l'Ordre incarne pourtant l'unité de la profession. Il est particulièrement attendu sur :

- la promotion professionnelle, l'amélioration de la reconnaissance de la profession à l'extérieur,
- un rôle d'unification, (une instance qui puisse dépasser le clivage libéral/salarié),
- le contrôle de la publicité (plaques, publicité...),
- le contrôle qualité, (« mais sans faire la police », entend-on. L'Ordre ne devrait contrôler uniquement en cas de plainte),
- le contrôle sur le commercial (« vérifier si on est toujours dans le médical et pas dans l'esthétique »),
- l'arbitrage des conflits avec les patients.

# Le métier : l'art à l'exercice de la preuve

---

*Sans doute sous l'effet d'une réflexion imposée par les travaux liés à la réforme de la formation initiale et arrivée à maturité, un discours très standard a cours au sein des institutions et des organisations professionnelles, y compris étudiantes, sur la nécessité pour la profession de faire demain la démonstration de l'efficacité et l'efficience de ses pratiques.*

*Cette hypothèse, devenue un objectif partagé, a pour corollaire l'objectif de développer l'activité de recherche et le réflexe de l'évaluation.*

*L'étude auprès des praticiens en exercice permet de mesurer l'éventuel écart de représentation sur ce sujet entre les institutions qui représentent la profession ou qui y réfléchissent et les praticiens en exercice.*

*Il est intéressant de s'arrêter sur cet « enjeu de la preuve » et de ce qu'il révèle de la réalité des pratiques comme du besoin de reconnaissance de la profession.*

## ▪ Les enjeux de la preuve

« Si la sécurité sociale ne remboursait que ce pour quoi la démonstration de l'efficacité existe, il n'y aurait plus de kiné », « la sécurité sociale ne va pas rembourser éternellement des actes pour lesquels il n'y a pas d'efficacité démontrée ». Ces phrases, à quelques modulations près sont prononcées très fidèlement, elles semblent presque convenues. Malgré ce qu'elles annoncent, elles sont en général prononcées sans marque majeure d'inquiétude. Il n'est pas certain que ceux ou celles qui les prononcent croient véritablement au péril, il n'est pas certain que l'idée même d'une totale inefficacité de la masso-kinésithérapie leur traverse l'esprit.

En revanche, elles traduisent sans doute plusieurs convictions :

- le contrôle des dépenses de santé va aller croissant ;
- la profession a intérêt à être en capacité de mettre de l'ordre dans ses pratiques et à distinguer ce qui « fait du bien » de ce qui a une efficacité thérapeutique ;
- il y a un enjeu symbolique à organiser en interne cette charge de la preuve plutôt que d'entretenir une dépendance vis-à-vis du monde médical.

La HAS produit quelques recommandations. Un travail avait été réalisé en son temps pour tenter de produire des références en masso-kinésithérapie opposables (RMKO). Il semble que la démarche n'ait pas été poursuivie.

L'absence de littérature scientifique manque à cette profession qui s'est construite par transmission de pratiques empiriques. De là à en déduire qu'elle ne sert à rien, il y a un pas. Mais dès lors qu'elle se saisit elle-même de ce doute, ce peut être un levier important pour l'évolution des pratiques.

Un tel changement de posture aura pour leviers éventuels :

- La réforme de la formation initiale, avec à la clé une question importante de qualification du corps enseignant actuel pour un enseignement davantage guidé par la recherche et ses résultats ;
- La mise en place des EPP dont la responsabilité a été confiée au jeune Conseil de l'ordre ;

- Et peut-être une évolution de la CNAM, qui travaille avec la HAS sur le référentiel mais qui, pour l'instant, semble laisser vivre des « pratiques avancées » dans les marges floues du système conventionnel.

## ▪ Le maquis des techniques et des méthodes

Au cœur de cette question du choix et du système individuel d'évaluation, on trouve la question des méthodes que nous qualifions d'*estampillées*. Elles ne concernent sans doute pas tous les praticiens, mais elles interrogent justement les modes de légitimation méthodologiques qui se construisent au sein de la profession en l'absence de lieu de légitimation officielle.

Mézières, Sohier, Mac Kenzie, Chaines ou GDS, Feldenkreis, RPG, ... Ces méthodes font l'effet au béotien d'un maquis. Elles sont gérées comme des marques, parfois déposées, elles construisent leur propre système de légitimation : livres, articles, arguments qualifiés de scientifiques, offre de formation hors de la FMC reconnue, références à des « pontes » à l'étranger, site internet dédié.

Elles s'appuient sur un discours qui n'est pas sans rationalité : elles sont le plus souvent explicatives. Certaines sont globales et proposent comme une « grammaire » du corps qui leur est propre. Chaque praticien semble avoir ses canons d'évaluation de ces méthodes. Certaines sont parfois qualifiées d'ésotériques en référence à leur mode d'enseignement.

Les observer chacune en détail est hors de portée de notre travail. Mais on peut penser qu'elles ne sont pas neutres dans le développement de pratiques dans les marges du système conventionnel. Il faut donc à travers quelques exemples comprendre les ressorts de l'adhésion à ces méthodes.

## ▪ Mais la qualité des soins augmenterait

Paradoxe : alors qu'on déplore l'impossibilité de faire la preuve de l'efficacité des actes, on souligne l'amélioration de la qualité des soins.

Les entretiens avec des praticiens tendent à confirmer une affirmation des représentants de la profession : la qualité des soins augmente. On parle de précision du diagnostic, d'adaptation fine du plan de traitement et de la méthode à chaque patient, de formations régulières et pointues, de prise en charge individuelle et longue (une demi-heure). On met également en avant les progrès de la science et de la médecine dans certains domaines pointus, qui ont provoqué une évolution importante de la doctrine en kinésithérapie et des pratiques dans des domaines précis, comme la petite enfance par exemple.

Cette tendance à la qualité est présentée à la fois comme une volonté des kinésithérapeutes (valorisation du métier) et comme une demande des patients (souhait d'une séance individuelle et longue).

La contrepartie de ce progrès qualitatif, c'est une demande de revalorisation des tarifs, et en attendant, la justification du recours au dépassement des tarifs conventionnés.

# Ce qui change dans la pratique

---

## ▪ Vieillessement de la population et incidence sur le métier

Tous les interlocuteurs insistent sur les conséquences du vieillissement programmé de la population sur les évolutions des pratiques et le métier de masseur-kinésithérapeute lui-même.

Vieillessement de la population signifie en effet davantage de poly pathologies, qu'il faut envisager globalement, et de patients nécessitant des soins et des modalités de prise en charge spécifiques (à domicile notamment).

L'augmentation de ce type de patients dans les années à venir nécessite, selon certains, une révision ou du moins une adaptation du contenu de la formation initiale, de façon à mettre les praticiens à niveau sur les pathologies liées au vieillissement. Certains IFMK ont depuis longtemps ajusté leur enseignement dans ce sens.

La problématique du vieillissement amène surtout experts de santé publique et représentants de la profession à réfléchir à de nouvelles modalités de collaboration avec les autres professions médicales et paramédicales (en particulier les aides soignantes et les infirmières). La question d'une délégation de certains actes de kinésithérapie à ces professions est posée : selon certains, la prise en charge des personnes âgées dépendantes par les masseurs-kinésithérapeutes deviendrait trop coûteuse pour les pouvoirs publics, qui envisageraient de déléguer certains actes « simples » aux aides-soignantes. Les masseurs-kinésithérapeutes garderaient les cas les plus lourds.

## ▪ Peu de changement dans les modes d'exercice ?

### > En libéral, une lutte contre l'isolement

Les praticiens libéraux ont tendance à se diriger vers des cabinets de groupe, de plus en plus gros, notamment les jeunes praticiens. Les raisons de cette orientation auraient trait aux charges de matériel (elles sont partagées en cabinet de groupe), à la possibilité de bénéficier d'un plateau technique plus important, à la peur de l'isolement du libéral (le cabinet de groupe permet un travail en équipe)...

Le cabinet individuel serait-il amené à disparaître ? Et dans ce cas cela accentuerait-il le déficit de cabinets dans les territoires déjà peu denses ?

La lutte contre l'isolement passe également par la tendance, notamment des jeunes semble-t-il, à vouloir travailler en équipe avec d'autres professions médicales autour du même patient. Ils seraient par ailleurs de plus en plus nombreux à vouloir s'impliquer dans des réseaux de soins, en particulier les réseaux Bronchiolite, de prise en charge de la douleur, de soins palliatifs, et de gériatrie (CLIC).

### > Des évolutions spécifiques au salariat

Les grands centres de SSR (soins de suite et de rééducation) ont eu tendance à devenir généralistes (les patients ne partant plus en rééducation à l'autre bout de la France), il faut alors accueillir tout type de pathologie. Le métier des praticiens en centre de rééducation a dû évoluer de ce fait.

Du côté de la kinésithérapie hospitalière, dans les grands CHU au moins, la tendance aurait plutôt été à l'hyperspécialisation. En cela, elle aurait suivi l'évolution de l'organisation de l'hôpital, dont les services se sont hyperspécialisés et hyper-segmentés. Les kinésithérapeutes se sont retrouvés dans des équipes très pointues.

Autre tendance de long terme : la réduction de la durée des séjours (hors gériatrie), qui aurait conduit à établir de fait trois formes possibles d'exercice en hôpital pour les kinésithérapeutes :

- Le kinésithérapeute orienteur, qui construit le protocole de suivi kinésithérapeutique après l'hospitalisation ;
- Le « kinésithérapeute des urgences » ;
- Le kinésithérapeute généraliste et surtout gérontologue. Avec des grands sujets de délégation aux aides soignants (le premier lever par exemple).

Enfin, une dernière évolution concerne les horaires d'exercice. Aujourd'hui les kinésithérapeutes hospitaliers ont tendance à travailler 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. Cela a fait évoluer la forme des postes et les organisations. Cela pourrait conduire demain les praticiens de ville à évoluer également pour assurer cette même continuité de soin qui est proposée par l'hôpital, pour désengorger les hôpitaux. Comment organiser cette offre de garde en ville ?

Le dernier champ d'évolutions, pour les praticiens salariés, relève de l'encadrement. Du côté des cadres kinésithérapeutes, il est surtout question de des modes d'accès à l'encadrement qui ont évolué : jusque dans les années 1980, ceux qui excellaient dans le geste technique devenaient cadre. Les capacités et le goût pour le management n'entraient pas forcément en compte. Il semble aujourd'hui que l'on aille vers des modes d'accès qui intègrent mieux la réalité du management au risque, peut-être, de trop abandonner le métier initial. Le cadre est en charge de la qualité, de la continuité et de l'organisation des soins.

Mais le constat est avant tout celui d'une pénurie de cadres kiné. Cette pénurie est liée au manque de praticiens kiné hospitaliers en général, faute d'attractivité des emplois hospitaliers. Mais elle est aussi le fait d'une filière d'encadrement qui serait avant tout formatée pour les infirmières. Au total les cadres kiné font figure d'exception et leur rareté pèse sur les services ou équipes de soins mais aussi sur les IFMK qui doivent faire appel à des cadres pour constituer leurs équipes pédagogiques.



# La formation initiale

---

**Le système de formation initiale donne avant tout l'impression d'être hétérogène, sélectif et coûteux. Sélection par l'argent et sélection par l'âpreté de la compétition et les exigences de la formation se cumulent. Le diplôme d'État fait l'unité de la profession mais les moyens d'y accéder sont peu ou pas normés.**

**A l'aube d'un projet de réorganisation de la formation des professions de santé et de réingénierie des diplômes, les instances représentatives de la profession sont assez unanimes sur les grandes orientations à privilégier mais ont peu de visibilité sur ce qui pourra être obtenu.**

La loi de décentralisation n°2004-809 du 31 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a transféré aux régions l'organisation de la formation des masseurs-kinésithérapeutes, comme celle de toutes les formations professionnelles initiales. Mais il serait faux d'attribuer la responsabilité de l'hétérogénéité et de la complexité du système de formation initiale à la décentralisation. Les régions ont hérité d'une situation. Cette hétérogénéité résulte plutôt d'une histoire et d'une absence de réforme : une expérimentation dure depuis 1989 en matière de cursus préparatoire mais n'est pas généralisée, le décret relatif au diplôme d'État date de 1989, la réflexion est lancée depuis peu sur la normalisation LMD et sur la réingénierie du diplôme.

## ■ Un cursus préparatoire qui attend sa réforme

La préparation du diplôme se fait dans l'un des 39 instituts de formation dédiés (IFMK) (cf. tableau page 49).

Chaque IFMK est doté d'un quota de places attribué par le ministère de la Santé sur proposition des conseils régionaux compétents et après avis des DRASS.

Chaque institut organise son recrutement sélectif. Il existe selon les instituts trois modalités principales de sélection à l'entrée :

- Pour les bacheliers, deux voies préparatoires, déterminées par l'IFMK :
  - o le « concours », c'est-à-dire un concours de recrutement propre à l'établissement sous contrôle de la DRASS, comprenant des épreuves de Physique, Chimie, Biologie
  - o ou la sélection au terme d'un passage par PCEM1. Cette seconde modalité recouvre en réalité des configurations variées puisque les IFMK ont monté des dispositifs conventionnels avec les UFR de médecine de leur région de nature diverse : c'est à certains endroits le classement au terme de PCEM1 qui donne accès à l'IFMK (avec quelques étudiants « qui ont des rangs pour faire médecine mais qui choisissent Kiné », tient-on à préciser parfois dans la profession), alors qu'à d'autres endroits (IFMK de Marseille) on parle de PCEMK correspondant à un classement ad hoc issu d'épreuves communes à PCEM1 et d'épreuves propres à la filière Kiné sanctionnant une formation complémentaire propre (anatomie, cinésiologie, anglais médical et informatique).
- Dans certains instituts : il existe une troisième voie de recrutement dédiée aux étudiants titulaires d'une licence STAPS qui sont en général recrutés sur dossier. Ils peuvent intégrer la 2ème année d'études après avoir subi un examen portant sur l'ensemble des modules de K1, ceci dans un maximum d'1 % du quota des instituts.

A cela il convient d'ajouter quelques particularités :

- Le recrutement de 20 sportifs de hauts niveaux : 10 à l'IFMK de Saint-Maurice, 10 autres ailleurs en France.
- L'existence de 4 établissements réservés aux déficients visuels qui recrutent sans concours, via la MDPH (Maison Départementale pour les personnes Handicapées, anciennement COTOREP).

Pour passer les concours propres d'IFMK, la règle opératoire est de se préparer pendant un ou deux ans dans des classes préparatoires. Celles-ci préparent aux épreuves de Physique, Biologie et Chimie du concours.

Certaines facultés ont organisé de telles préparations qui servent à plusieurs de filières paramédicales. Mais le marché de ces préparations est essentiellement investi par des institutions privées et lucratives.

Dans le cadre des classes préparatoires, il convient d'ajouter les frais de concours. La règle étant de passer plusieurs écoles pour maximiser ses chances. La dépense moyenne est de l'ordre de 800 à 900 euros par année de concours, avec une pratique majoritaire qui consiste à passer 8 à 10 concours.

On trouvera dans le tableau ci-dessous quelques éléments caractéristiques de quelques préparations au concours « Bio-Physique-Chimie » et dans le tableau récapitulatif des IFMK (cf. page 49), le type de sélection opérée par établissement.

**Coûts de quelques cursus préparatoires aux concours d'IFMK**

| Prépa                  | Statut | Heures de formation | Cout annuel |
|------------------------|--------|---------------------|-------------|
| Université Pet M Curie | public | 18 H hebdo          | 1 500 €     |
| Progress Sante - Paris | privé  | 425 H annuel        | 2 529 €     |
| Progress Sante - Paris | privé  | 465 H annuel        | 3 192 €     |
| Ispac                  | privé  | 22 H hebdo          | 2 350 €     |
| Profil sup             | privé  | 25 H hebdo          | 3 850 €     |
| Sup provence           | privé  | 177 H annuel        | 1 500 €     |
| Cours Diderot          | privé  | 25 à 29 H hebdo     | 2 765 €     |

Source : internet, sites des organismes – février 2009

In fine, le coût en frais de scolarité de ce temps préparatoire pourra aller pour un étudiant qui ne ferait qu'une année de préparation :

- D'un peu moins de 150 euros pour un étudiant de Grenoble qui réussit à entrer au terme d'un an de PCEM1;
- A un peu moins de 1000 euros pour un étudiant picard, qui aura payé une double inscription en PCEM (un peu moins de 150 euros) et 780 euros environ d'inscription au module dédié aux étudiants en kinésithérapie.
- A près de 4000 euros pour un étudiant passé par une préparation privée particulièrement intensive.

Le redoublement étant assez fréquent (de l'ordre de 50 % ?), ces coûts sont doubles pour une part significative d'étudiants.

D'après l'enquête DREES de 2007 sur les formations aux professions de santé, la situation principale des nouveaux inscrits en 1<sup>ère</sup> année d'IFMK était l'année précédant leur entrée :

### Situation l'année précédent l'entrée en IFMK :

| Situation en 2006-2007 | %            |
|------------------------|--------------|
| PCEM1                  | 46 %         |
| Classe préparatoire    | 43 %         |
| Études supérieures     | 5 %          |
| En emploi              | 2 %          |
| Études secondaires     | 1 %          |
| Autres                 | 1 %          |
| <b>Total</b>           | <b>100 %</b> |

Source : DREES

Au-delà du coût des cycles préparatoires privés, il est surtout déploré qu'il s'agisse d'une formation « inutile », qui n'apporte pas de connaissances nouvelles et en particulier aucun élément propre à la sphère santé, et qui ne fournit aucune certification pour ceux qui n'intègrent pas d'école in fine.

Le recrutement via PCEM1 continue d'être qualifié d'expérimental. Il ne l'est en réalité que parce qu'aucune réforme n'est venu le généraliser au niveau national. Localement ce ne sont plus des expériences depuis longtemps. C'est en 1989 que certains IFMK (Vichy, Dijon) ont expérimenté pour la première fois le recrutement sur la base du concours commun de première année d'études médicales. C'est aujourd'hui une majorité d'IFMK (22 sur 35) qui sont sur ce modèle avec les variantes que nous évoquons.

Les effets de ce recrutement « nouveau » sont de plusieurs natures :

- une plus grande variété dans l'origine sociale des étudiants puisque la barrière financière de l'année préparatoire disparaît (celle des années diplômantes demeure néanmoins) ; avec pour corollaire un plus grand nombre d'étudiants en situation financière difficile.
- une régionalisation du recrutement (ce qui plaît aux conseils régionaux qui financent certains IFMK) ;
- un meilleur niveau des étudiants : ils ont eu un bac S avec mention et l'année de PCEM1 leur donne des premières connaissances utiles en santé ;
- un taux apparent de sélection moindre : un étudiant ne concourt qu'à un endroit et qu'il y a une sélection en nombre à l'entrée en PCEM1 qui n'existe pas dans les prépas privées.
- Enfin, ce peut être une année valorisable quand le cursus en IFMK est organisé selon le double cursus : Licence Master 1 / DE, mais nous y reviendrons.

Pour toutes ces raisons, les institutions représentant la profession que nous avons rencontrées, hormis le CNKS, appellent de leurs vœux la généralisation de la sélection par PCEM1.

### ■ Ce que coûtent les études

Les frais de scolarité en IFMK sont de 156 euros à 8 300 euros par an, soit de 450 à 25 000 euros pour trois ans (cf. Tableau de la page 49). Les statuts des instituts, publics ou privés expliquent ces écarts mais pas seulement : le choix d'une région de prendre en charge tout ou partie des coûts réels de la formation sont déterminants. Les CHU peuvent également être contributeurs.

Le coût complet par étudiant pour un établissement public est estimé entre 3 500 et 4 000 euros par an dans les institutions lucratives qui font payer la scolarité de 7 000 à 8 000 euros par an.

Entre des études universitaires « classiques » avec des frais de scolarité de l'ordre de 150 euros par an et un cycle entièrement privé comprenant 2 années préparatoires, deux années de

frais de concours et trois années de formation : l'addition des frais de scolarité pourra varier de 500 à 35 000 euros.

Cet investissement a pour conséquence :

- Un recrutement forcément inégalitaire socialement (cf. infra) ;
- Des situations d'étudiants en difficulté financière ;
- Un possible endettement déterminant dans les choix d'installation et de pratique à la sortie des études.

Un peu moins d'un étudiant sur six est boursier : ils sont 17,5 % des effectifs présents en IFMK toutes années de cursus confondus à bénéficier en 2007 d'une bourse du Conseil Régional (source : enquête DREES 2007 sur les formations aux professions de santé).

L'initiative de l'IFMK de Marseille de monter une filière d'apprentissage à partir de la 2ème année est une des voies de solvabilisation et de sécurisation financière des étudiants. Une convention tripartite CFA-IFMK-employeur est établie. En contrepartie de son salaire d'apprenti, l'étudiant doit des années d'exercice à la sortie de ses études et travaille dans l'établissement employeur partiellement pendant les années d'IFMK (selon des modalités arrêtées en concertation avec l'ordre, l'étudiant ne pouvant pas tenir un poste).

## ■ Le contenu de la formation en IFMK

Elle est en apparence strictement définie par le cadre du décret qui la régit (cf. encadré page 50). Certains directeurs indiquent que « toutes les écoles appliquent le même programme, puisque c'est une profession réglementée ». Néanmoins, ce cadre ancien a pu changer sensiblement de contenu : il appartient à chaque établissement de définir son projet pédagogique « en innovant dans le cadre ». A la question « deux masseurs-kinésithérapeutes diplômés dans deux IFMK différents ont-ils reçu la même formation ? », la réponse serait plutôt « non ». La formation reçue dépend en partie de la capacité d'innovation et de la volonté d'adaptation de la direction. On a pu entendre « Les IFMK parisiennes sont plus proches des textes alors que la province ose plus », sans que notre démarche ne permette de mesurer la validité de cette assertion.

La formation est présentée comme une formation technique, une formation aux gestes assise sur un bagage de connaissances théoriques denses. La formation est lourde et exigeante.

L'esprit du décret est très contesté : périmé d'avance tant il est détaillé, il n'est pas conçu pour suivre les évolutions nécessaires à l'actualisation des pratiques. En outre, les esprits les plus critiques contestent une formation trop « applicative », qui ne forme pas à la réflexion, à la critique méthodologique, qui se contente d'« apprendre des recettes » toutes faites. « On leur apprend les solutions avant de poser les questions » dit un responsable d'IFMK.

Reste que ce cadre en apparence contraignant n'a pas empêché certains établissements de faire évoluer notablement l'esprit et le contenu des études. Certains comme nous allons le voir, souhaitent développer une initiation à la recherche, clé d'un apprentissage critique.

Source : FNEK, septembre 2009

| Région               | IFMK                        | Statut                  | Lucratif ou non | Type de préparation | frais de scolarité (par an)* | Caractéristiques des IFMK et frais de scolarité |
|----------------------|-----------------------------|-------------------------|-----------------|---------------------|------------------------------|-------------------------------------------------|
| Ile de France        | CEERRF Saint Denis          | Privé                   | Lucratif        | Concours            | 7850                         |                                                 |
| Ile de France        | Paris : Assas               | Privé                   | Lucratif        | Concours            | 8300                         |                                                 |
| Ile de France        | Paris : EFOM                | Privé                   | Lucratif        | Concours            | 8145                         |                                                 |
| Ile de France        | Paris : Liège               | Privé                   | Lucratif        | Concours            | 7900                         |                                                 |
| Ile de France        | Paris : Saint Michel        | Privé                   | Lucratif        | Concours            | 8000                         |                                                 |
| Auvergne             | Vichy                       | Privé                   | Non lucratif    | PCEMK               | 4400                         |                                                 |
| Basse Normandie      | Alençon                     | Privé                   | Non lucratif    | Concours            | 5500                         |                                                 |
| Bourgogne            | Dijon                       | Privé                   | Non lucratif    | PCEMK               | 4400                         |                                                 |
| Bretagne             | Rennes                      | Privé                   | Non lucratif    | Concours            | 5885                         |                                                 |
| Ile de France        | Paris : ADERF               | Privé                   | Non lucratif    | Mixte               | 7900                         |                                                 |
| Languedoc Roussillon | Montpellier                 | Privé                   | Non lucratif    | Concours            | 5700                         |                                                 |
| Limousin             | Limoges                     | Privé                   | Non lucratif    | Concours            | 4500                         |                                                 |
| Lorraine             | Nancy                       | Privé                   | Non lucratif    | PCEMK               | 3500                         |                                                 |
| Nord Pas de Calais   | Lille - Institut Catholique | Privé                   | Non lucratif    | PCEMK               | 4150                         |                                                 |
| Nord Pas de Calais   | Lille                       | Privé                   | Non lucratif    | PCEMK               | 4000                         |                                                 |
| Nord Pas de Calais   | Berck Sur Mer               | Privé                   | Non lucratif    | Concours            | 3600                         |                                                 |
| PACA                 | Nice                        | Privé                   | Non lucratif    | PCEMK               | 3400                         |                                                 |
| PACA                 | Marseille                   | Privé                   | Non lucratif    | PCEMK               | 3650                         |                                                 |
| Pays de la Loire     | Nantes                      | Privé                   | Non lucratif    | Concours            | 6000                         |                                                 |
| Rhones Alpes         | Saint etienne               | Privé                   | Non lucratif    | PCEMK               | 4800                         |                                                 |
| Alsace               | Strasbourg                  | Public hors Université  | Non lucratif    | PCEMK               | 800                          |                                                 |
| Aquitaine            | Bordeaux                    | Public hors Université  | Non lucratif    | PCEMK               | 989                          |                                                 |
| Centre               | Orléans                     | Public hors Université  | Non lucratif    | PCEMK               | 425                          |                                                 |
| Champagne Ardennes   | Reims                       | Public hors Université  | Non lucratif    | PCEMK               | 150                          |                                                 |
| DOM-TOM              | Martinique                  | Public hors Université  | Non lucratif    | PCEMK               | 700                          |                                                 |
| DOM-TOM              | La Réunion                  | Public hors Université  | Non lucratif    | Concours            | 180                          |                                                 |
| Franche Comté        | Besançon                    | Public hors Université  | Non lucratif    | PCEMK               | 495                          |                                                 |
| Haute Normandie      | Rouen                       | Public hors Université  | Non lucratif    | PCEMK               | 171                          |                                                 |
| Ile de France        | Saint Maurice               | Public hors Université  | Non lucratif    | PCEMK               | 431                          |                                                 |
| Ile de France        | Paris : Pitié salpêtrière   | Public hors Université  | Non lucratif    | Concours            | 171                          |                                                 |
| Midi Pyrénées        | Toulouse                    | Public hors Université  | Non lucratif    | PCEMK               | 575                          |                                                 |
| Poitou-Charentes     | Poitiers                    | Public hors Université  | Non lucratif    | PCEMK               | 171                          |                                                 |
| Picardie             | Amiens                      | Rattaché à l'Université | Non lucratif    | PCEMK               | 171                          |                                                 |
| Rhones Alpes         | Lyon                        | Rattaché à l'Université | Non lucratif    | PCEMK               | 2300                         |                                                 |
| Rhones Alpes         | Grenoble                    | Rattaché à l'Université | Non lucratif    | PCEMK               | 656                          |                                                 |

## Organisation des études en IFMK

Les études durent 3 ans, comprenant 1012 heures d'enseignements théoriques, 848 heures de travaux dirigés et de travaux pratiques et 1470 heures de stages, soit un total de 3065 heures. Elles se déroulent à temps complet. Le régime des études est l'externat.

### Premier cycle

Une première année est axée sur l'acquisition des bases fondamentales pour l'étude des pathologies et de leurs thérapeutiques lors de la deuxième et troisième année. Le programme des 4 modules de première année est identique dans tous les Instituts : 1) Anatomie, morphologie, cinésiologie et biomécanique de l'appareil locomoteur ; 2) Physiologie Humaine ; 3) Pathologie, psycho-sociologie ; 4) Masso-Kinésithérapie, activités physiques et sportives.

Un stage d'initiation de 70 heures est effectué avec comme objectifs :

- l'initiation aux soins de santé primaire ;
- l'observation des relations thérapeutiques avec les patients, des relations avec les médecins et les autres professionnels de santé ;
- l'appréhension des bases générales du futur exercice ;
- l'observation du fonctionnement d'un service hospitalier et de la bonne pratique professionnelle.

Le passage dans le second cycle s'effectue après avoir obtenu la validation des 4 modules et le parcours de stage qui compose la première année.

### Second cycle

Étude de la pathologie et de la thérapeutique appliquée.

La deuxième et la troisième année comportent 12 modules qui peuvent être scindés entre les deux années :

- 1) Technologie en masso-kinésithérapie
- 2) Psychosociologie
- 3) Rééducation en pathologie traumatique et orthopédique
- 4) Rééducation en neurologie et pathologie nerveuse
- 5) Rééducation et réadaptation en rhumatologie
- 6) Pathologie cardio-vasculaire
- 7) Pathologie respiratoire
- 8) Kinésithérapie en médecine et gériatrie
- 9) Pathologie infantile
- 10) Prévention. Promotion de la santé. Ergonomie
- 11) Kinésithérapie et sports
- 12) Législation. Déontologie. Gestion.

Le parcours de stage des deuxième et troisième années est de 1 400 heures (40 semaines), dont un minimum de 980 heures de présence (28 semaines) : a) 700 heures (ou 20 semaines) dans les cinq champs cliniques suivants : musculo-squelettique ; neuromusculaire ; cardio-respiratoire et viscérale ; gériatrie ; pédiatrie. b) 280 heures (ou huit semaines) : autres stages, cliniques ou hors cliniques.

Les stages, sont depuis 2009 encadrés par « un référent kinésithérapeute » et non plus un cadre de santé, ce qui ouvre la possibilité d'effectuer les stages dans plusieurs types de structures « susceptibles de concourir à la construction des compétences professionnelles attendues de l'étudiant », et ce qui inclut la possibilité de stage dans des cabinets libéraux.

Enfin, toujours depuis 2009, au cours du parcours de stage, l'étudiant doit réaliser un travail écrit de trente pages dactylographiées maximum se référant à l'étude d'une intervention en masso-kinésithérapie au regard d'une situation clinique ou hors clinique ».

Le passage de 2ème en 3ème année impose les mêmes modalités que celles prévues pour les modules de 1ère année. C'est la moyenne des notes obtenues dans chaque module qui est prise en compte pour la validation. Pour chaque module une épreuve de rattrapage est prévue.

In fine, sont reçus au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute les candidats qui ont obtenu au moins 60 points sur 120 à un total de points se décomposant comme suit : 1. Note à la soutenance du travail écrit (60 points) ; 2. Note calculée en effectuant la moyenne des notes obtenues aux douze modules de 2e et 3e année (60 points) ; Total général 120.

Source : FNEK

## ■ La recherche pour se rapprocher de l'université ou l'université pour se rapprocher de la recherche

La kinésithérapie française ne produit aucun corpus de recherche dans son domaine. Elle n'est pas organisée pour cela, les praticiens n'y sont pas formés, la recherche se faisant à l'université.

Certaines directions pédagogiques d'IFMK voient un enjeu stratégique pour la profession dans le fait à remédier à cette situation.

Le cursus des trois années, pourtant chargé, est enrichi de modules d'initiation à la recherche portant sur les protocoles d'évaluation et le travail bibliographique. Il requiert une pratique de l'anglais scientifique qui est enseigné dans les établissements qui en ont les moyens. Il se poursuit dans des travaux de recherche réels réalisés dans le cadre de stages ou venant remplacer le cas clinique standard de fin de cursus.

Cette approche a un double enjeu :

- Constituer les premiers niveaux d'apprentissage de la recherche qui seront pleinement développés par les quelques étudiants qui choisiront de poursuivre en Master II, voire en thèse ; construire ainsi les prémices de filières de recherche ;
- Développer une pédagogie critique pour des étudiants qui apprennent un art et qui auront demain comme hier à « faire leur sauce » dans la pratique selon l'expression consacrée.

## ■ Les stages

Les stages représentent un volume substantiel d'heures de formation :

- En première année, stages d'observations de 70 heures ;
- En deuxième et troisième année : 1400 heures au total (cf. encadré page précédente).

L'hôpital demeure le lieu de formation des professions de santé même quand une profession est majoritairement libérale. Cela devrait évoluer sensiblement avec la réforme du Diplôme votée en 2009. La contestation de l'Ordre par les hospitaliers a eu deux conséquences : une réforme de la validation des mises en situation professionnelle et une ouverture en 2ème et 3ème année à des lieux de stage plus variés, en particulier en libéral. Là encore, certains IFMK ont devancé l'appel. Est-ce que cette mise en place du stage libéral sera aisée ? Le recrutement des tuteurs libéraux est en cours, ainsi que la définition du contenu des stages et de celui de la formation des tuteurs.

## ■ Un diplôme mal reconnu

Les études de masso-kinésithérapie sont sanctionnées par un diplôme d'État, classé de niveau III au RNCP (répertoire national des certifications professionnelles). Ce niveau désigne en général des certifications assimilables à une licence.

Or la réalité du parcours est à minima de 4 ans d'études post-bac, et pour près d'un étudiant sur deux, de 5 ans.

Certains instituts n'ont pas attendu l'application de la réforme Licence Master Doctorat dans les textes applicables aux IFMK pour construire des parcours diplômant simultanés dans le

cadre universitaire allant ici jusqu'à la licence, là jusqu'à la première année de master et à quelques endroits (Amiens et Grenoble) jusqu'à la deuxième année de master :

- obtention d'un L2 (parfois commun aux ergothérapeutes) en fin de deuxième année moyennant un habillage des modules en ECTS, et quelques formations complémentaires à l'université : anglais scientifique, informatique.
- Obtention d'un Master I en 3<sup>ème</sup> année ;
- Poursuite en Master II à la sortie de l'IFMK.

Ces constructions, quand elles vont jusqu'au Master I, sont reconnues par l'université mais la position du ministère de la Santé n'est pas tranchée. Il n'y a pas de reconnaissance mais « on laisse faire ». Ces évolutions inscrivent le diplôme au niveau 2 ce que les textes de classification ne font pas, ce que les textes de classification des certifications feignent d'ignorer : la réalité du niveau II du diplôme d'État.

Outre l'effet symbolique qu'elle porte, cette reconnaissance au niveau III, a pour corollaire une classification basse dans les grilles de la fonction publique hospitalière, et par voie de conséquence, dans les conventions collectives des établissements hospitaliers non lucratifs.

L'âge médian des diplômés est de 23 ans et l'âge moyen est plus près de 24 ans.

#### Âge d'obtention du Diplôme d'État

|                 | %    |
|-----------------|------|
| 22 ans et moins | 27 % |
| 23 ans          | 34 % |
| 24 ans          | 17 % |
| 25 ans et plus  | 22 % |

Source : DREES- enquête 2007 formation des professions de santé

Une tension évidente existe entre la longueur réelle du parcours d'étude et le niveau de reconnaissance du titre. A cette tension s'ajoute celle de l'effort financier qui transforme ces études en véritable investissement financier pour une part substantielle des étudiants.

Seuls un peu plus d'un quart réalisent un parcours qui les mène à un âge de bac +4, soit 22 ans.

#### ■ Qui « fait kiné » ?

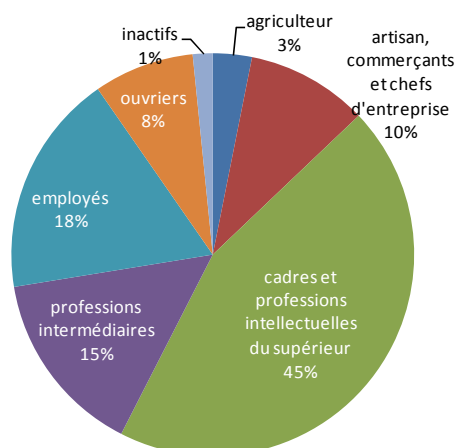
L'enquête sur les formations aux professions de santé de la DREES réalisée en 2007 fournit quelques données de profil sur les étudiants qui entrent et sortent des IFMK.

Premier constat : ils sont en presque totalité titulaires d'un Bac S.

Les directeurs d'IFMK interrogés témoignent de ce que le passage du recrutement par concours requérant une préparation privée à un recrutement via PCEM a conduit à une ouverture de la formation à des profils moins privilégiés. Reste que la catégorie socioprofessionnelle des parents des diplômés de 2007 est encore très concentrée sur les catégories socioprofessionnelles les plus aisées. Comme le montre le graphique ci-dessous : 45 % sont issus d'une famille de cadres supérieurs ou professions intellectuelles du supérieur et à peine un quart sont issus de familles d'ouvriers ou d'employés.



### CSP du chef de famille des étudiants en IFMK en 2007



Source : DREES- enquête 2007 formation des professions de santé

### ■ Les enjeux de la réforme

La formation initiale semble avoir au fil des ans augmenté en exigence *de fait* compte tenu du niveau où se situe la compétition entre étudiants à l'entrée. La tentation existe chez certains de voir s'allonger la durée des études. D'autres soulignent qu'il faut veiller à ne pas former que des experts. Le système de santé a besoin d'un grand nombre de praticiens « de base », bons techniciens. L'expertise poussée ne saurait devenir la norme, faute de moyens, mais peut-être aussi, parce que ce n'est pas nécessaire.

L'inscription dans le modèle LMD est une nécessité en plus d'être un souhait porté par les organisations professionnelles. Reste que les modalités sont à définir, et que les premiers signaux sont « décevants », car les masseurs kinésithérapeutes seraient tenus à l'écart du L1 santé.

La profession appelle de ses vœux une généralisation d'un concours partagé, mais pas commun, sur le modèle des expérimentations de la voie par PCEM1. L'enjeu est de rendre l'année préparatoire utile.

L'inscription dans l'université est également un souhait partagé, puisque c'est un levier de reconnaissance et de développement de la recherche. Les modèles étrangers à deux niveaux (3 et 4 ans) sont parfois présentés comme exemplaires : 3 ans pour la masse des praticiens et 4 ans pour former des cadres et des enseignants qualifiés.

L'objectif de faire baisser sensiblement le coût des études n'est pas véritablement exprimé, alors même que ce coût est jugé déterminant dans les orientations lucratives des jeunes praticiens.

## **Deuxième partie :**

### **Le métier tel qu'il se pratique**



## Cadres d'exercice

**Le métier de masseur-kinésithérapeute peut s'exercer au sein d'univers très différents qui s'entremêlent aisément au gré d'une carrière, bien au-delà des discours « obligés » sur l'antagonisme « philosophique » de certains types d'exercices. La variété même des « métiers » possibles est vécue comme un attrait fondamental de la profession : rien n'est figé, le passage d'un type d'exercice à un autre reste toujours ouvert.**

**A l'issue des différents entretiens, quatre modalités type d'exercice apparaissent : l'exercice libéral en cabinet, l'exercice au domicile des patients, l'exercice en centre de rééducation, l'exercice en hôpital. Il existe bien sûr des situations intermédiaires qui présentent des caractéristiques se rattachant aux deux types d'exercices, par exemple un exercice en libéral auprès d'un centre de rééducation, ou des pratiques qui mixent deux exercices : le domicile comme partie intégrante de l'exercice libéral, le double mi-temps salarié et libéral. Il existe également d'autres formes de salariat hors de l'hôpital et des centres de rééducation : au sein d'autres établissements de soins telles que les maisons de retraite, les établissements thermaux ou bien encore les centres médicaux et pédagogiques. Certains jeunes diplômés choisissent également d'exercer leur métier en salariat en intérim attirés par la mobilité, les avantages financiers de la « précarité » ici très relative étant donnée la demande et l'idée de ne travailler que ponctuellement. Ces personnes sont avant tout à la recherche d'un mode de vie : elles souhaitent découvrir des postes et des contextes.**

**Ce que nous explicitons dans cette partie, c'est de façon schématique comment chacune des quatre modalités type d'exercice dominantes correspond à des cadres d'emploi (horaires, salaires) spécifiques, à des positions plus ou moins autonomes dans la chaîne de soin, et à des catégories de patients et de soins.**

# L'exercice libéral en cabinet

---

***L'exercice libéral en cabinet représente le premier univers professionnel, en nombre de masseurs-kinésithérapeutes concernés. Le choix de l'exercice libéral se fait très souvent sur trois critères : le premier est celui de la diversité de la patientèle, le second est celui de l'attractivité financière (relativement au salariat), et enfin, le dernier est celui de l'indépendance dans la gestion de son activité. Il est intéressant de noter que le caractère libéral n'est que très rarement mentionné de façon explicite lors des entretiens, c'est peut-être parce que le kinésithérapeute est dans un système de relative dépendance d'avec le système de soins. Pourtant, le plus frappant est l'autonomie de fait du praticien libéral. Autonome jusqu'à l'isolement, le masseur-kinésithérapeute libéral est loin d'être inscrit dans un système de soins coordonné.***

## ■ Les revenus

L'exercice libéral semble en effet offrir des revenus jugés confortables. C'est par ailleurs une des raisons de l'orientation professionnelle des étudiants rencontrés.

Il est possible de très bien gagner sa vie en exerçant ce métier tout comme il est possible de s'assurer de revenus corrects en faisant le choix d'une durée hebdomadaire de travail moindre. La question financière est en effet intimement liée à celle de l'agenda : « travailler plus pour gagner plus » est le *motto* d'un certain nombre de kiné libéraux même si d'autres peuvent au contraire parler d'un choix de « gagner moins pour vivre mieux ». En tout état de cause, les masseurs-kinésithérapeutes libéraux sont face à un choix ouvert.

## ■ Le rythme de travail

Le rythme de travail paraît globalement assez soutenu, surtout en début de carrière, même si celui-ci est – encore une fois- généralement configuré selon le choix du kinésithérapeute. Le fait de pouvoir structurer soi-même son agenda - c'est-à-dire à la fois de pouvoir se ménager des plages de disponibilité (pour sa vie familiale, ses hobbies, sa formation...) mais aussi de pouvoir travailler « autant que l'on le souhaite » (par intérêt professionnel ou financier)- est un des attraits essentiel de ce type d'exercice. Certains masseurs-kinésithérapeutes mentionnent toutefois une forme de pression de la demande sur leur rythme de travail. L'idée que « si on y était prêt, il y aurait de quoi travailler sept jours sur sept » conduit certains kinés à travailler plus qu'ils ne l'auraient imaginé initialement. La question se pose à la fois pour l'amplitude horaire de la journée (pouvant aller parfois jusqu'à des journées de plus de 12h) et pour l'amplitude de la semaine (travail jusqu'à six jours sur sept et tenue de permanence les dimanches). Une fois encore cependant, toutes les situations rencontrées même les plus « extrêmes » relèvent d'un choix de la part du thérapeute et non d'une obligation concrète, sauf quand la pression de la demande est plus marquée, c'est-à-dire dans les zones à faible taux de kinésithérapeutes.

Le plus souvent les praticiens privilégient de longues journées à de longues semaines. La coupure d'une journée non travaillée en semaine vient parfois compenser des samedis

travaillés mais pas toujours. Elle est guidée par les contraintes familiales mais aussi par le besoin de coupure en compensation de l'intensité des journées. Celles-ci sont sans répit. Les patients se succédant au rythme choisi (nous reviendrons sur la question des rythmes de séance), mais sans discontinuer.

### ■ La nature des soins

Exercer en libéral c'est le plus souvent faire le choix de la diversité des patients et des pathologies. C'est par défaut une pratique très généraliste. Ce positionnement généraliste n'exclut pas des spécificités :

- Des techniques que l'on ne maîtrise pas et donc des patients que l'on ne prend pas
- Des techniques que l'on maîtrise particulièrement et qui conduisent à développer une patientèle ciblée.

Nous reviendrons plus avant sur ce qui fait le cœur des soins et sur les orientations particulières. Retenons ici une équation de principe qui est inhérente à la position de premier recours : le cabinet de ville, même et surtout à la campagne, soigne tout le monde.

C'est cette diversité des personnes en termes d'âge, d'expérience, de positions sociales et la diversité des pathologies qui fonde l'intérêt de cette pratique. Mais au centre de cette diversité, il y a une pathologie phare qui semble envahir progressivement les cabinets : le mal de dos, les douleurs liées au rachis.

### ■ Travailler seul ?

Travailler en libéral ne signifie pas nécessairement travailler seul. Tout d'abord, il faut rappeler que le masseur-kinésithérapeute travaillant toujours sur prescription d'un médecin, l'exercice s'inscrit dans une communauté minimale de travail même si celle-ci est parfois plus mécanique qu'organique. La question de la prescription est essentielle dans la représentation que les kinésithérapeutes ont de l'autonomie dans leur exercice. Ce point sera abordé plus avant.

Il semble, de façon générale, que l'exercice libéral s'agrémente assez peu de travail en équipe. Certains choisissent d'exercer en cabinet individuel par goût, « pour être tranquille ». Comme ce praticien qui confie :

*« J'ai toujours été seul, j'ai eu des assistants mais ça ne me convient pas. »* Homme, libéral, 48 ans

Parmi ceux qui choisissent de travailler en cabinet de groupe, les raisons invoquées sont rarement celles du travail en équipe. La volonté de partager l'investissement que représente l'achat d'un cabinet en est une. Par ailleurs, l'intérêt du cabinet de groupe est plutôt un intérêt en termes d'organisation pour pouvoir mieux répondre à la demande des patients. Elle permet de répondre à la demande de soins à domicile par exemple tout en garantissant une permanence au cabinet. Ce qui s'apparente le plus à un travail en équipe est en fait la répartition des types de pathologies que l'on peut observer entre membres d'un même cabinet.

## ■ Les rapports avec les médecins prescripteurs, la prescription

Les kinésithérapeutes nouent progressivement des rapports professionnels avec certains médecins qui leurs « envoient » des patients. La construction de ces rapports et d'une réputation est un objet stratégique important pour les jeunes kinésithérapeutes qui constituent leur clientèle. Il s'agit plus d'un état de fait pour les praticiens plus expérimentés. S'il est important de se faire identifier par certains médecins pour « s'installer », cela est présenté comme un moment de la carrière et non pas comme un « risque » encouru. Cette recommandation des médecins n'est pas une condition mais un facilitateur de constitution de clientèle. Au total, en ville du moins, les relations avec les médecins prescripteurs sont le plus souvent distantes et anonymes, somme toute peu établies dans un système de soin qui se voudrait intégré.

### > Des prescriptions quantitatives sans diagnostic détaillé sur la pathologie

Les prescriptions continuent d'être quantitatives. Les kinésithérapeutes ne s'en plaignent pas. La force de l'habitude est là. Certains vont même jusqu'à dire que l'idée d'une prescription non quantitative n'a pas de sens dès lors que le diagnostic appartient au médecin.

La quantité indiquée n'est pas nécessairement la bonne mais ce qui est important c'est d'être dans un système ajustable en fonction des besoins. La plupart des praticiens expliquent que des séances ne se prolongent pas si le patient est rééduqué. En revanche, il n'est pas rare que le praticien juge utile une prolongation et les difficultés qu'ils rencontrent parfois à obtenir un renouvellement par le médecin les exaspère. Cela d'autant plus qu'ils sentent parfois une réticence guidée par une idée d'un quota de prescription à ne pas excéder. Dans le même ordre d'idée, une jeune praticienne s'offusque de recevoir des patients sortant de l'hôpital avec une prescription pour dix séances là où tout le monde sait qu'il y en aura, au bas mot, trente. Mais l'hôpital doit rendre compte « de ses quotas ». Les logiques de surveillance d'indicateurs prennent le pas sur les logiques de soins pertinent.

Quant à ce qu'elles explicitent des actes à mettre en œuvre, les prescriptions sont le plus souvent très laconiques. L'exception concerne les médecins spécialistes tels que chirurgiens et rhumatologues qui peuvent être très directifs, voire trop aux yeux de certains kinésithérapeutes, alors même qu'ils se sentent généralement libres d'adapter leurs actes comme ils l'entendent. Dans le cas des médecins généralistes, le « vide » de la prescription vient de ce qu'« ils ne connaissent rien à la kiné ». Certains kinésithérapeutes interprètent cela comme une forme de mépris. Mais le problème ne serait pas tant là, car après tout, chacun a son domaine d'expertise. Ce qui est plus contestable c'est que manifestement, les éléments de diagnostic, les radios, les comptes-rendus opératoires sont très généralement absents. Les kinésithérapeutes en semblent mécontents. Certes les contrindications sont explicitées mais cela paraît peu.

C'est le patient qui devient de fait son propre dossier médical. Le plus surprenant est que cette situation se retrouve à la sortie de l'hôpital. Les quelques praticiens hospitaliers que nous avons rencontrés confirment d'ailleurs cette absence de liaison vraiment pensée avec la prise en charge libérale.

## > Des bilans rarement écrits car personne ne les attend

Concernant l'exercice du bilan, la situation est mitigée. Si auparavant les masseurs-kinésithérapeutes en rédigeaient pour eux-mêmes, la tendance globale a changé face à l'imposition légale d'en faire un systématiquement au-delà de dix séances. Le côté systématique et l'aspect très contraignant - car jugé peu réaliste- des modèles de bilan imposés ont braqué de nombreux professionnels. Ceux-ci arguent en plus du fait que les médecins ne les demandent pas, voire disent ne pas souhaiter recevoir ces bilans car ils sont déjà « noyés sous la paperasse ».

Cela n'empêche pas certains masseurs-kinésithérapeutes de tenir un cahier pour tout noter et réfléchir aux évolutions des patients, notamment les patients récurrents. Certains cabinets ou praticiens, très rares parmi nos interlocuteurs, nous ont dit s'obliger à un courrier systématique pour tous leurs patients chroniques à l'occasion des visites chez le spécialiste qui les suit. Les patients font part en retour de la satisfaction du spécialiste de cette pratique.

Mais au total, la situation est aujourd'hui la suivante : peu de bilans sont réalisés par les libéraux, ou bien ils sont faits mais de façon irrégulière, dans des formats différents, sont rédigés mais non envoyés... Cette contrainte légale jugée absurde au fond en raison de son systématisme est d'autant plus mal perçue qu'elle est mise en regard de la qualité de la prescription qui est jugée globalement médiocre sinon déficiente.

## > Les kinés en bout de chaîne de soin mais pas dans la chaîne des soins ?

Aujourd'hui les masseurs kinésithérapeutes soulignent la distance d'avec le schéma idéal du médecin traitant qui connaît, analyse et transmet les informations sur son patient aux autres professionnels de santé. Le patient est en réalité le porteur de son propre dossier médical : tout se passe comme s'il pouvait transmettre aux kinésithérapeutes les éléments sur son état de santé, le diagnostic du prescripteur. Il n'en est en fait que très peu souvent capable.

L'idée, évoquée en début d'étude par certains, selon laquelle le kinésithérapeute en hôpital serait en passe de devenir un super-prescripteur qui oriente vers d'autres soins kiné à l'extérieur de type centre ou libéral n'a jamais été mentionnée par les praticiens en exercice rencontrés.

Au total, le kinésithérapeute libéral est très libre dans le choix de ses actes, et ne rend compte à personne de sa pratique. Cette position a pour vertu de lui conférer un fort sentiment d'autonomie et d'expertise impartageable, mais elle a pour contrepartie une absence de reconnaissance. C'est aussi pour cette raison même que personne ne regarde ce que font les kinésithérapeutes libéraux, que les « bons » ne sont pas distingués des « mauvais ».



# L'exercice au domicile des patients

---

***L'exercice au domicile est avant tout un exercice libéral (il peut être salarié, mais c'est très rarement le cas). Il a l'essentiel des caractéristiques de l'exercice libéral. Néanmoins, il se caractérise par une patientèle particulière et il présente apparemment plus de désavantages que d'avantages.***

## ■ Une pratique rarement exclusive, peu avantageuse

L'exercice de la kinésithérapie à domicile exclusivement, c'est-à-dire sans la matérialisation même minimale d'un cabinet, est assez peu fréquent même en milieu rural. Ceux ou celles qui ont fait ce choix soulagent leurs confrères des environs car au total, cet exercice semble présenter plus de désavantages que d'avantages.

L'avantage premier de cette pratique est qu'elle ne requière pas de locaux. Même si parfois, le kinésithérapeute se rattache symboliquement à un cabinet qui lui assure une forme de stabilité et de légitimité aux yeux de la patientèle.

En dehors de cette économie de moyens, travailler au domicile des patients induit des conditions matérielles d'exercice moins bonnes et un agenda rempli de façon moins efficace (le temps pris pour les déplacements et l'installation des outils n'étant pas du temps de travail à proprement parler).

Le rythme de travail semble sensiblement le même qu'en cabinet libéral ; les journées s'adaptent à la volonté du kinésithérapeute : elles peuvent être longues ou bien aménagées. Bien sûr, il faut rappeler que ce temps de travail est rythmé ici par les déplacements –parfois longs en milieu rural. Les soins sont « aussi mal rétribués » qu'en cabinet, et plus encore en raison du faible niveau des indemnités de déplacement.

Il faut intervenir avec très peu de matériel. Le praticien réalise ses actes dans un relatif inconfort physique en raison de l'absence de table.

## ■ La patientèle

Ce type d'exercice est surtout caractérisé par une surreprésentation de la patientèle âgée et une relative monotonie des actes. Ces patients ont recours à la kinésithérapie (souvent parmi d'autres types de soins) pour se maintenir à domicile. Le kinésithérapeute est souvent amené ici, malgré sa pratique individuelle, à s'insérer dans un groupe de soignants, du moins aux yeux du patient (médecin généraliste, infirmière, aide-soignante...). Si les rencontres entre soignants ne semblent toutefois pas la norme, le patient fait lui le lien et inscrit le praticien dans un collectif de soin.

# L'exercice salarié en centre de rééducation

---

***Il est par trop schématique de parler du travail en centre de rééducation tant ce travail peut être varié et les cadres différents. Néanmoins, le salariat en centre présente des caractéristiques d'emploi très nettement distinctes du libéral. Les pathologies et les patients ne sont pas les mêmes qu'en ville et le travail s'inscrit dans un collectif actif de soin dont on a vu qu'il était particulièrement distendu en libéral.***

## ■ Le rythme de travail

L'exercice en centre de rééducation est le plus souvent un exercice salarié, même si comme dans les hôpitaux le recours à des libéraux en particulier pour des soins d'externat tend à se développer. Il diffère donc considérablement des exercices présentés précédemment. Rythmes de travail et revenus sont autres et le travail en équipe y occupe une place plus importante.

La pratique en centre s'exerce dans le cadre d'un contrat à temps partiel ou temps complet n'excédant pas les 35 heures par semaine. Les horaires sont généralement les mêmes tous les jours et leurs aménagements potentiels dépendent de l'accord du cadre responsable du service. Ainsi, la journée débutera généralement vers 9h pour s'interrompre vers 12h, reprendre vers 14 ou 15h et finir vers 17 ou 18h.

## ■ Les revenus

D'un point de vue financier, le centre représente une situation intermédiaire entre le libéral et l'hospitalier : moins bien rémunéré que le libéral (probablement car le temps de travail n'excède pas les 35 heures), il laisse au moment du recrutement une marge de négociation qui permet l'obtention de meilleurs salaires qu'en hospitalier (en référence aux grilles de la fonction publique hospitalière).

## ■ Le travail en équipe

Le travail s'effectue en équipe même si les patients ont un kinésithérapeute attitré dans la plupart des cas. En son absence, un de ses collègues peut le remplacer car les dossiers font l'objet d'un minimum d'échanges et de partages. Les kinésithérapeutes travaillent sous la direction d'un cadre du métier qui a généralement également en charge des ergothérapeutes et d'autres rééducateurs. Des réunions de service ont lieu rassemblant l'ensemble des rééducateurs et un système de tutorat est parfois mis en place pour les nouveaux arrivants. Les centres de rééducation accueillent par ailleurs régulièrement des stagiaires ce qui donne l'occasion aux kinésithérapeutes employés de transmettre leurs

compétences et de former de nouveaux praticiens. Le centre est donc un lieu de travail en commun même si dans la réalisation quotidienne du soin, le kinésithérapeute est seul face à « ses » patients.

*« Je travaille dans un centre parce que je veux avoir le temps de bien faire, d'échanger et de transmettre. Ici je travaille en équipe, j'ai des stagiaires que je forme. » Homme, salarié en centre, 29 ans.*

### ■ Une place reconnue du masseur-kinésithérapeute dans un environnement médical de pointe

Le centre de rééducation est généralement perçu comme un lieu de pratique « pointue » par opposition à la pratique généraliste de ville. Les kinésithérapeutes occupent une place reconnue dans un espace de collaboration étroit avec les médecins et chirurgiens. L'inscription dans l'univers médical, l'homogénéité des pathologies prises en charge, font que ce sont des lieux d'apprentissage permanent.

Il y a les centres de l'aigu où le métier est le métier historique de la rééducation orthopédique. Les kinésithérapeutes sont au cœur de la fonction de soin de l'établissement et jouissent d'une reconnaissance indiscutable. L'encadrement est assuré par des pairs. Le métier est stimulant parce que gratifiant. Les patients sont pour une grande part des patients en bonne santé, même s'ils ont à recouvrer une mobilité.

Il peut s'y développer des expertises très particulières comme la prise en charge des amputés, qui n'a pas son équivalent technique en ville.

Dans les centres dédiés aux affections neurologiques, le kinésithérapeute n'est pas le seul pilier du soin mais il a également un rôle reconnu. Il s'agit d'une patientèle « lourde » : ce peut être difficile psychologiquement, mais c'est aussi très stimulant intellectuellement.

La prise en charge des patients en centre est nettement plus longue qu'à l'hôpital (hormis dans les services de gériatrie peut-être où les patients peuvent rester très durablement). Une relation peut donc s'installer le temps des soins. De ce point de vue aussi, le masseur-kinésithérapeute est « reconnu » par son patient.

### ■ Prescription et bilan : les signes écrits de la chaîne de soin

En centre, la prescription recueillie est très précise. Elle peut même aller jusqu'à l'élaboration d'un protocole complet. Le travail est guidé ou a minima régulièrement discuté avec l'équipe chirurgicale ou médicale.

La culture du bilan évolue rapidement et très nettement : il faut écrire les actes réalisés, les expliquer, laisser une trace. Ce changement a été initié par les démarches qualité mises en place par les établissements. Cela n'est pas jugé inutile par les professionnels mais demande aujourd'hui beaucoup de temps et pèse sur l'organisation du travail. Certains mentionnent par ailleurs l'importance de la trace écrite dans une logique de protection des professionnels : pouvoir prouver ce qu'on a fait et argumenter le choix du mode de soin.

# L'exercice salarié en hôpital

---

***L'hôpital est, dans l'imaginaire des masseurs-kinésithérapeutes, l'autre grande voie d'exercice du métier. Plusieurs caractéristiques sont associées à cet univers, qui diverge fortement selon que la personne travaille actuellement en hospitalier ou en libéral. Tous les masseurs-kinésithérapeutes rencontrés avaient quelque chose à dire sur l'exercice en hôpital.***

## ■ Les atouts

Pour les personnes ayant choisi ce type d'exercice, plusieurs atouts sont mis en avant :

- La protection du salariat : l'hôpital recrute activement et protège de la prise de risque financier inhérent à l'exercice libéral. De plus, les horaires de travail et le suivi des 35h permettent de disposer de plus de temps en dehors de son travail ; les personnes rencontrées ont souvent fait le choix de cet exercice afin de bénéficier de plus de temps pour mener leur vie de famille.
- Les possibilités de formation continue offertes : l'hôpital finance en théorie des formations de bon niveau auxquelles il est plus difficile d'accéder en exercice libéral. En pratique, le sous effectif chronique pourra empêcher que le personnel parte en formation.
- Le travail en équipe soignante et les échanges entre différents métiers 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.
- La spécificité des pathologies traitées : pour les professionnels rencontrés, l'hôpital permet « d'approcher » des pathologies singulières non traitées dans les autres types d'exercices et de se forger des compétences spécifiques.
- La dimension de service public : les professionnels travaillant en hospitalier soulignent régulièrement leur volonté de « ne pas faire d'un acte de santé un acte marchand » et s'extraire des contingences financières imposées par l'exercice en libéral qui peuvent par exemple conduire à voir moins longtemps le patient pour en voir plus.
- La possibilité de travailler au sein d'un service de qualité, de pointe et au cœur des avancées techniques de soin : les hôpitaux sont également perçus comme des lieux de recherche qui permettent des avancées, y participer est jugé valorisant.

## ■ Les freins

Pour les personnes ayant choisi d'exercer en libéral, et ce même si elles envisagent un jour de travailler en hospitalier ou l'ont même déjà expérimenté, plusieurs travers sont avancés :

- Le faible salaire : c'est la raison principale évoquée pour expliquer le choix d'un autre mode d'exercice. Le salaire en début de carrière notamment est jugé très durement, il semble peu valoriser le métier et les compétences. Dans les faits, face à la pénurie,

les établissements parviennent cependant à dégager quelques marges de liberté par rapport « à la grille ».

- La reconnaissance fluctuante du rôle du masseur-kinésithérapeute : entre « cinquième roue du carrosse » et partie prenante reconnue du soin, l'hospitalier apparaît pour beaucoup un exercice où la légitimité peut être remise en cause par une sorte de hiérarchie de valeur des métiers hospitaliers.
- Les relations avec les patients, parce que les séjours sont courts, sont assez limitées.
- La déperdition progressive en termes de motivation, investissement et intérêt pour son métier : les praticiens en hospitalier sont souvent perçus par les autres comme démotivés voire « lessivés ». Il est possible que cette représentation soit en partie induite par le fait qu'une journée de travail en hospitalier soit de 7h et celle d'un libéral d'environ 10h : celui qui ne travaille « que » 7h serait alors implicitement perçu comme démotivé. Par ailleurs la « forme » du temps n'y est pas la même qu'en libéral : il y a l'image caricaturale mentionnée par certains, ou par des étudiants récemment revenus de stages, du kiné qui passe son temps entre pauses café et pauses cigarettes... Sans aller jusqu'à cette extrémité, il reste que le travail salarié est perçu comme moins dense qu'en libéral. Il y a dans ce mode d'exercice des pauses possibles et la journée n'est pas toujours une succession ininterrompue d'actes. Cela étant, dans certains établissements où la pénurie de praticiens est forte, les conditions de travail sont vécues comme très dégradées jusqu'à empêcher le bon travail.

## ■ Quand l'autonomie est mauvais signe

L'exercice en hôpital se réalise dans le cadre d'une hiérarchie et d'un rattachement à un cadre référent. Cette hiérarchie peut limiter nettement l'autonomie des masseurs-kinésithérapeutes. Ceci est une caractéristique qui éloigne certains professionnels de ce type d'exercice. Cependant elle n'a pas le même sens selon qu'elle est portée par un pair ou pas,

Il y a, selon les services et les hôpitaux, des kinésithérapeutes qui se trouvent de fait dans une situation proche de celle décrite pour les libéraux. Ils sont autonomes, ont une prescription parfois vague, rendent des comptes dans la limite de fiches de liaison succinctes. La hiérarchie infirmière n'est pas à même de superviser leur travail.

Dans d'autres services, la situation va être tout à fait comparable à celle du centre de rééducation : inscription dans une équipe de pairs, encadrement par un kinésithérapeute garant d'une meilleure visibilité de la fonction, relation étroite avec les prescripteurs impliqués dans le suivi, systématisation des bilans.

Parler indistinctement de l'hôpital paraît donc trop réducteur, les récits de praticiens hospitaliers et les expériences de stage témoignent de l'extrême variété des situations. En particulier, tous les désavantages matériels (en réalité très relatifs quand les praticiens calculent leur rémunération horaire réelle), peuvent être mis au second plan de l'intérêt pour une pratique de pointe, réalisée dans un environnement d'excellence. Le CHU ou le CHR n'offrent d'évidence pas les mêmes postes que les petits établissements ruraux ou la gériatrie occupe une grande place dans la demande de soin.

## II

# Soins et résultats

# Les patients

---

**A la question initiatrice des échanges « Qu'est ce qui vous plait dans votre métier ? », la réponse des masseurs-kinésithérapeutes aura été, tous âges, tous exercices, toutes méthodes et toutes spécialisations confondus- le contact. Le contact au sens de l'échange avec d'autres individus, de l'écoute des patients, de l'adaptabilité à leurs êtres mais aussi, littéralement, le contact physique, condition du soin.**

Ce double contact, tactile et psycho-social, est perçu comme le cœur du métier : savoir entendre les individus et connaître le geste pour les soigner. Certains professionnels ont d'ailleurs pu mentionner un manque de préparation à l'aspect psychologique de leur métier que ce soit pour mieux soigner les patients ou bien pour se protéger eux-mêmes de certains aspects durs de leur pratique.

*« Je suis très heureux, je fais un travail très intéressant qui compte beaucoup. Ce qui est dur, ce sont les cas où la situation se dégrade; les décès. Psychologiquement c'est dur, on sait qu'on n'est pas tout puissant. » Homme, salarié, 28 ans*

*« J'aime le contact avec les gens, connaître leur vie et leur parcours. Ils se confient beaucoup. On est une passerelle. On passe du temps avec eux. Quand vous touchez quelqu'un au fur et à mesure il se livre. Mais il faudrait qu'on soit mieux formés sur la partie psy. » Femme, libéral, 25 ans*

## ■ Les patients singuliers

Les patients, leurs caractéristiques, leurs besoins, leurs travers ont donc irrigué le discours des praticiens rencontrés. Certaines grandes catégories de patients ont été particulièrement mentionnées.

- Les **enfants** : il s'agit ici de fait d'une spécialisation pour les professionnels, qu'elle réponde à une volonté ou à un effet de l'expérience. Parmi les libéraux, tous ne « prennent pas les enfants ».

*« Un enfant, il faut arriver à attraper son attention à entrer en communication pour pouvoir lui demander des choses. Il faut arriver à ce que l'enfant ait du plaisir à faire ce que vous voulez qu'il fasse. Ca prend du temps. C'est pour ça qu'il y a peu de kinés libéraux qui les prennent. » Femme, salariée, 60 ans*

*« Travailler avec des enfants, c'est rendre leur séjour en hôpital moins pesant en diminuant la douleur. Lutter contre la résistance passive de l'enfant et puis aussi aller vers le soulagement des parents. » Homme, salarié, 36 ans.*

Une patientèle par nature plus agréable aux yeux de certains :

*Je préfère soigner les enfants, je préfère un gamin qui pleure à un vieux qui râle.*

Le mode de communication et d'échange différent d'avec les adultes : il est nécessaire d'utiliser le jeu pour les amener à travailler. L'idée qu'en soignant l'enfant on soigne également l'inquiétude des parents est importante.

*« J'aime bien les enfants à cause du contact, de leur plasticité et du travail qu'il faut faire avec les parents. Mes collègues m'envoient les enfants. » Femme, libérale, 30 ans.*

- les **personnes âgées** : il s'agit d'une patientèle qui devient de plus en plus importante dans la pratique du métier, notamment parce que l'espérance de vie s'allonge. Le travail avec cette patientèle est perçu à la fois comme très gratifiant humainement et de façon ambivalente en termes professionnels. La relation interpersonnelle est gratifiante (sauf dans les cas de démence) car les personnes âgées sont dans la demande forte d'un échange et qu'elles ont beaucoup d'expériences à faire partager.

D'un point de vue professionnel, la perception des masseurs-kinésithérapeutes varie selon qu'il s'agit d'une vraie rééducation, d'un travail permettant à la personne de conserver son autonomie ou bien d'une sorte d'entretien physique – le fameux « trotte-mamie ». Par ailleurs, le travail avec cette patientèle est marqué par le spectre de la mort dans les cas de suivi chronique.

*« Avec les personnes âgées, on est parfois démunis. On ne sait pas ce qui est utile dans la perspective d'une fin proche. On dialogue avec les infirmières. » Femme, libérale, 32 ans.*

- les **sportifs** : ils sont une patientèle spécifique mais qui n'est pas toujours aussi « intéressante » qu'escompté.

*« C'est un leurre de penser que les sportifs c'est intéressant, les personnes âgées c'est plus satisfaisant car on redonne de l'autonomie, on ne fait pas la nounou pour des sportifs qui geignent » Homme, libéral, 48 ans.*

Le point d'achoppement mentionné dans le traitement de sportifs est qu'ils souhaitent parfois aller « plus vite que la musique ». Ils sont exigeants mais pas toujours de la façon la plus pertinente : il faut que ça aille vite et qu'ils aient l'impression de beaucoup travailler.

*« Les sportifs c'est casse pieds. Ils sont exigeants. Ils se poussent. On est obligé d'aller plus loin dans la rééducation. » Homme, salarié, 28 ans.*

Une étudiante, sportive de haut niveau, dit bien que jamais elle ne fera de la kiné sportive, elle connaît trop bien les travers des sportifs.

- les **Infirmes Moteurs Cérébraux** et les poly pathologies : ce sont des patients désignés par leur pathologie. Ils font l'objet de suivis durables qui conduisent à un attachement durable. Le poids psychologique d'une telle patientèle (que tous les praticiens ne prennent pas en charge) qui est à la fois un vrai enjeu de travail mais qui, lorsque les soins ne fonctionnent pas aussi bien que souhaitable, peut démoraliser.

*« C'est sûr que c'est valorisant quand ça marche mais on subit aussi les peurs et les attentes de la famille, c'est ça le plus difficile. On passe par des phases éprouvantes de remise en question. Il faut avoir l'énergie de se relancer. » Homme, salarié en centre, 29 ans.*



## ■ Demandes, comportements et « éducation » du patient

Les patients arrivent auprès des masseurs-kinésithérapeutes avec un problème et une prescription permettant d'initier un travail pour le résoudre. Si la situation est relativement encadrée en hôpital ou en centre et laisse peu de place à d'autres types de requête que le soin, la situation diffère en cabinet.

Les masseurs-kinésithérapeutes exerçant en libéral sont exposés à divers types de demandes. La première reste bien sûr celle du soin et de son efficacité. Certains patients viennent dans le cadre d'une situation d'urgence marquée par l'angoisse – le soin de la bronchiolite en est l'exemple type. Le praticien doit ici, en plus de soigner, agir vite et rassurer.

D'autres patients viennent chercher le contact physique, dans une société décrite par certains kinésithérapeutes comme ayant confiné, voire oblitéré les rapports physiques.

*« Il y a une recherche du contact physique chez les patients pour le bien-être. C'est peut-être lié au fait qu'aujourd'hui il y a peu de contact dans la société de façon générale. »*  
Homme, libéral, 45 ans.

Pour d'autres encore, on l'a vu, le masseur-kinésithérapeute est pourvoyeur de lien social et d'écoute psychologique. Cela est particulièrement vrai pour les personnes âgées isolées à leur domicile.

*« Il y a des cas où on ne sert à rien : quand c'est psy, on fait de la "pipeau thérapie", on est obligé d'être là pour le patient mais ça ne sert pas à grand-chose. On est là auprès du patient, on explique, on s'en occupe, c'est important, mais le mal est autre part. »*  
Homme, libéral, 46 ans.

Quelles que soient les attentes explicites ou implicites des patients lorsqu'ils entrent dans le cabinet du masseur-kinésithérapeute, un élément est jugé par tous déterminant pour le bon déroulement des soins : l'implication dudit patient dans son traitement. Cela est vrai pour tous les modes d'exercice du métier mais cela est encore plus flagrant en libéral. Le cœur du problème ou de la solution réside dans la contribution, l'investissement du patient.

*« La Kiné est efficace mais il faut être modeste dans nos aspirations, il y a des cas compliqués, sans parler des maladies évolutives. Il y a aussi des patients non coopératifs. »*  
Homme, mi-libéral, mi-salarié, 55 ans.

Nombreux sont les kinésithérapeutes qui soulignent l'importance - et la difficulté parfois - d'expliquer et de répéter à de nombreuses reprises aux patients que leur participation est cruciale.

Accepter d'être actif, ne pas se dire que la kinésithérapie s'arrête à la fin de la séance n'est pas toujours évident pour les patients.

*« Un patient qui m'insupporte c'est un patient qui me déballe sa vie, et qui ne s'occupe pas de ce qu'il est en train de faire chez le Kiné. Je ne suis pas psy. Je crains aussi beaucoup les personnes qui ont une vision courte et qui attendent tout du kiné. Qui nous reprochent notre travail si les résultats ne sont pas là, et qui ne se donnent*

*aucune responsabilité dans le résultat. C'est un effort d'amener les patients à prendre conscience de ce qu'ils font. » Homme, libéral, 62 ans.*

En conséquence, pour de nombreux kinésithérapeutes libéraux, trouver les patients qui veulent bien jouer le jeu de l'éducation à la santé est un véritable enjeu. Pour certains, la stratégie la plus pertinente est le déconventionnement par le choix de méthodes spécifiques. C'est une façon de sélectionner des patients qui ont des exigences et une demande intelligente et qui sont prêts à donner d'eux-mêmes pour avancer. En effet, par exemple, la méthode Mézières est jugée demander une plus grande implication du patient :

*« J'aime mon métier uniquement parce que je l'ai organisé comme je l'ai organisé, j'ai travaillé au début autrement et c'était à devenir neurasthénique. Les gens consomment de la santé, parce que c'est la seule consommation à laquelle ils ont droit, ils ne font rien pour aller mieux et sont toujours contents de ce qu'on leur fait, il n'y a aucun critère d'efficacité. C'est rentable mais ça ne m'intéresse pas, j'ai besoin que les gens s'investissent dans leur santé. C'est pour ça que je me suis orientée vers des méthodes qui requièrent cette participation. (...) Avec des méthodes comme Mézières et Feldenkreis, les gens viennent chercher un moyen de ne plus avoir besoin de kiné. Ils payent un dépassement et ils ont une plus grande attente. Mon rôle est de dynamiser les gens. » Femme, libérale, 55 ans.*

# A quoi sert la kinésithérapie ?

---

***Les praticiens n'ont pas de doute sur l'utilité de la kinésithérapie. Ils aiment leur métier en grande partie en raison même de l'efficacité des soins qu'ils dispensent : ils constatent dans l'ensemble des résultats sur leurs patients. Leurs patients se montrent redevables des progrès réalisés ou du mieux être acquis grâce à la kinésie. La question de l'efficacité comme effet propre mesurable, par exemple par le moyen d'expériences randomisées, n'est que très rarement posée. Ce qui est constaté et avéré ce sont les progrès réalisés au fil des séances. En tout état de cause, la profession ne saurait être soumise à une obligation de résultat systématique, elle s'engage dans une obligation de moyens.***

Il est assez normal de ne pas trouver chez les praticiens l'expression d'un doute sur les apports de leur pratique : comme dans toute profession de santé, le sentiment d'être utile est central dans le goût pour le métier et par ailleurs, ils agissent sur prescription : tout se passe donc comme si leur utilité était posée ex ante. Il y a bien une compétence médicale qui pose a priori l'hypothèse de cette efficacité. De plus, la demande est en constante augmentation. Il n'y a pas de doute sur les apports de la kinésithérapie.

Mais les praticiens rencontrés ne s'arrêtent pas à ce constat global, ils savent analyser les situations qui conditionnent l'obtention de résultats indiscutables et cerner également les limites de leurs soins. C'est même parfois la représentation qu'ils ont de l'efficacité de tel ou tel domaine de la kinésie qui les pousse à s'orienter en partie selon qu'ils recherchent des pratiques qui conduisent le plus souvent à des progrès notables, des pratiques plus incertaines mais jugées plus stimulantes intellectuellement, voire des pratiques qui visent à prendre en charge simultanément les aspects psychiques et somatiques dans une approche globale de la personne.

## ■ L'analyse de l'efficacité

L'analyse de l'efficacité au terme d'une séance ou d'une série de séances comprend deux composantes. Il y a des constats objectifs liés au résultat thérapeutique : une mobilité retrouvée, une amplitude de mouvement accrue, des fonctions récupérées, une respiration désencombrée.... Il y a par ailleurs ce que pense et ressent le patient et ce qu'il exprime de la satisfaction de sa demande propre, ce qu'il dit de son mieux être. Il y a des cas aussi où « ça ne marche pas » mais le constat global est d'abord une évidence : C'est efficace, sinon on serait démoralisé.

*L'efficacité elle est variée. Je pense d'abord qu'il y a une efficacité en soi à prendre soin des gens, cela répond à un besoin de la société. Il y a aussi une réalité théorique du mouvement corporel : des gestes mieux faits ce sont des douleurs en moins. Ma motivation repose en grande part sur l'aide que j'apporte aux gens pour qu'ils s'entretiennent. Je fais des choses qui ressemblent plus à de la prévention qu'à de la thérapeutique. Et la prévention c'est efficace. Il y a par ailleurs des résultats concrets.*

*On peut toujours se demander si la personne s'en serait sorti aussi bien toute seule, mais on a un rôle de conseil essentiel. On évite parfois des opérations. Mais on est dans le champ de la santé et il y a une part normale d'échec en thérapeutique. Notre obligation est celle de tout mettre en œuvre pour soigner mais on n'a pas d'obligation de résultat. Homme, libéral, 41 ans*

Ainsi, interrogés sur la question de l'efficacité de leur thérapeutique, les praticiens répondent très spontanément qu'efficacité il y a. Leur argumentation ne fait pas ou peu référence à la question de la démonstration scientifique de cette efficacité, elle repose sur la conviction d'un effet placebo important dans cette pratique de contact, bénéfice « de base » auquel vient s'ajouter le constat d'une différence entre un avant et un après séance ou série de séances : ce que le patient ou le praticien observent c'est un progrès. La question de savoir ce qui se serait passé sans l'intervention du kiné reste une inconnue en grande partie, mais ce n'est pas parce qu'il n'y a pas l'argument de la mesure scientifique de l'effet « toutes choses égales par ailleurs » qu'il n'y a pas d'effet propre de la kiné.

## ■ Une analyse variée selon les champs disciplinaires

Pour analyser les types de progrès réalisés grâce ou avec la kinésie, les professionnels distinguent les différents champs disciplinaires. Il n'était pas question en entretien d'examiner chacun d'eux, mais les discours spontanés font état d'un certain nombre de constats partagés sur de grands domaines qui identifient bien des champs de pratique de nature très différente du point de vue de la forme des pathologies et des résultats attendus de la kinésithérapie.

### **a. La réparation post-traumatique orthopédique ou musculaire : les lettres de noblesse du métier**

*Les résultats on les voit : les personnes reprennent leur travail, leur activité sportive. On est des éléments essentiels. Ils ont mal, on leur redonne leurs fonctions. Femme, libéral, 32 ans*

*On a bien travaillé quand on voit un fauteuil roulant qui repart sur ses deux pieds. Les rendre autonomes en trois mois c'est motivant. Femme, salariée en hôpital, 34 ans*

Au cœur « historique » du métier il y a la rééducation orthopédique, domaine fondateur du métier qui a d'abord été celui de la réparation post-traumatique. Dans ce domaine, la kinésie est utile pour accélérer et fiabiliser un processus de rééducation.

En cas d'opérations (hanches, genoux...), il est souvent fait référence à la règle des trois tiers : le résultat d'une réparation orthopédique est imputable pour un tiers au chirurgien, pour un tiers au patient et pour un tiers au kinésithérapeute. Étant entendu que si l'on peut en théorie envisager une rééducation réalisée seulement par le patient de façon autonome, c'est prendre le risque de mauvais gestes, d'une moindre rapidité dans la revalidation, c'est prendre le risque que le patient ne se mobilisera pas seul. Plus qu'une science, c'est une expertise du corps qui est ici fournie par le praticien qui a un rôle d'éducateur.

*Une prothèse de hanche sans kinés, ça pourrait peut être aller, mais ce qui est sûr c'est que les patients font peu les choses d'eux-mêmes. On optimise le travail du chirurgien. Sur une hémiplégie, c'est difficile de se dire : qu'est ce qui se passerait sans ?*  
Femme, libéral, 29 ans

Dans le champ orthopédique il y a des domaines experts particuliers liés à l'orthèse ou à la prothèse. Là aussi, les praticiens qui œuvrent dans ces domaines en centre ou à l'hôpital, n'ont pas de doute sur l'efficacité de leur pratique qui mêle expertise, collaboration étroite avec les chirurgiens et accompagnement psychologique des patients. Un praticien rencontré spécialisé dans la prise en charge des amputés définit son rôle comme devant faire coïncider ses objectifs (l'ambition de restauration de l'autonomie) et ceux du patient (pas forcément réalistes), il a aussi une fonction d'accompagnement à l'acceptation d'un nouvel état.

Dans tout ce domaine orthopédique, la plupart des patients sont des patients éphémères suivis le temps d'une réparation. Il s'agit d'une rencontre et d'une histoire brève mais intense aux enjeux forts pour le patient pressé de retrouver son autonomie.

#### **b. Les domaines plus incertains parce que moins « mécaniques »**

La kinésithérapie a au fil des ans dépassé le champ de la seule rééducation orthopédique pour investir des domaines souvent présentés comme plus complexes car ne faisant pas seulement appel à l'analyse détaillée de l'anatomie et de sa « mécanique » : ce sont les domaines de la rhumatologie, de la neurologie.

*La neuro c'est des gros cas, c'est pointu, mais quand ils remarchent c'est spectaculaire. La rhumato c'est aussi pointu mais les résultats sont plus fragiles, on ne fait qu'améliorer. J'aime la neuro car je travaille aussi pour ma satisfaction. Mais je n'aime pas beaucoup les maladies dégénératives, c'est très limité, rien n'est sûr.*  
Homme, libéral, 48 ans

La rééducation neurologique ou des pathologies rhumatologiques paraît par nature plus incertaine, c'est d'ailleurs ce qui en fait l'intérêt aux yeux de quelques praticiens. Cette incertitude procède pour une part du caractère évolutif de certaines pathologies. La kinésie vient ralentir les effets d'un processus dégénératif, il y a une conviction de la réalité de cet effet modérateur, suggérée par l'existence même d'une prescription et renforcée par là encore par l'appréciation qu'ont les patients de leurs soins. Ce sont des suivis longs et réguliers, parfois jusqu'à la mort dans les pathologies graves et évolutives. Parce qu'on sait le combat « perdu d'avance », c'est pour certains praticiens un motif d'éviter ce type de pathologies, à tout le moins de ne pas les rechercher. A l'inverse, c'est pour d'autres une ambition que de contribuer aux soins même palliatifs de ces pathologies.

D'autre part, dans les domaines où on en attend un progrès et non pas seulement un ralentissement de la dégradation (certains IMC, hémiplésies), la rééducation neurologique est incertaine pour des raisons autres : il semble qu'il y ait une plus grande singularité des patients et de fait une part d'ignorance fondamentale des ressorts de la pathologie (ignorance médicale d'abord, avant d'être une ignorance paramédicale). Pour autant la

rééducation dans ce domaine peut aussi donner un sentiment d'utilité bien plus grand dans le cas de récupérations « spectaculaires ».

Les tableaux cliniques sont très divers et parfois sans référence connue. Les praticiens disent avoir à « inventer » la prise en charge. C'est une démarche plus tâtonnante, en même temps que plus créative. C'est justement le progrès avéré ou pas qui oriente les essais de pratique. Par ailleurs, ce sont des approches forcément inscrites dans un environnement plus médicalisé : les patients sont suivis par des spécialistes, le kinésithérapeute est, en libéral comme en centre, au sein d'une équipe de soignants.

### **c. L'urgence et les effets immédiats de la « kiné-respi »**

A l'inverse de ces prises en charge longues et incertaines, il y a la « kiné-respi » qui se développe très fortement : séances courtes qui produisent des effets immédiats, à chaque séance. C'est mécanique et pourtant délicat : d'abord parce que pour l'essentiel il s'agit d'enfants, mais aussi parce que cela relève d'une technicité très particulière à propos de laquelle chacun s'accorde à dire qu'elle nécessite une formation ad hoc.

C'est assez lucratif en raison de la très forte demande en particulier l'hiver. C'est une prise en charge urgente, la seule. Mais c'est parfois jugé comme peu ragoutant. Ce sont pour l'essentiel des enfants, il faut répondre à l'angoisse des parents. Au motif qu'il faut y être formé, cette prise en charge est un choix de pratique : on en fait ou pas. L'arbitrage est possible sauf dans les environnements où le praticien est le seul kinésithérapeute dans un très large périmètre.

### **d. Les flous du « mal de dos »**

Enfin, il y a une figure de pathologie bien à part qui confronte les praticiens (et ceux les plus enclins au questionnement réflexif sur leur pratique) à un certain sentiment d'impuissance : c'est celle du « mal de dos ».

L'usage même d'un vocabulaire non médical pour désigner la pathologie indique qu'il s'agit d'un ensemble assez protéiforme de troubles, dont le diagnostic est parfois insuffisamment énoncé par les médecins. Des troubles somatiques pour lesquels la kinésie va apporter au mieux un soulagement passager mais va rarement supprimer les origines : soit parce qu'elles sont ostéo-articulaires, soit parce qu'elles sont « ailleurs », loin du symptôme et non identifiées, ou parce que leur origine serait dans certains cas avant tout psychologiques.

Ainsi, alors même que « le mal de dos » est à l'origine d'une part croissante de consultations, les kinésithérapeutes sont assez nombreux à reconnaître le peu d'efficacité de leur thérapeutique. Les plus jeunes soulignent que ces pathologies si importantes dans la pratique de ville sont relativement marginales dans la formation initiale qu'ils ont reçue.

*L'efficacité c'est une question presque philosophique. Ça dépend de la pathologie. Mais je suis assez satisfaite des résultats qu'on a, sinon je ne pourrais pas continuer. Maintenant on a beaucoup de problèmes de dos. On agit sur le psychique, on contribue à la détente. Je garde espoir mais les résultats sont fragiles. Femme, libéral, 29 ans*

Face à cette limite d'efficacité, les plus curieux vont rechercher des solutions en se tournant en particulier vers des méthodes qui visent très particulièrement les pathologies du rachis (Mézières, Chaines musculaires, Mac Kenzie, Sohier), ou en se formant à l'ostéopathie. D'autres vont évoquer le caractère très psychosomatique de ces pathologies pour expliquer les limites de leur intervention, certains iront jusqu'à suggérer une prise en charge psychiatrique ou feront en sorte que les traitements ne soient pas renouvelés malgré le peu d'amélioration.

*Il faut être curieux, se remettre en question. On ne peut pas s'arrêter à dire c'est psychosomatique. A un moment donné on lit Mézières par hasard, on s'aperçoit que ça propose autre chose, on y va parce qu'on est curieux. Il faut sortir du domaine de la Kiné classique. On ouvre une première porte et elle ouvre sur l'univers. On sort de la routine. Homme, libéral, 62 ans*

La douleur psychique somatisée ne prend pas nécessairement la forme du mal de dos, mais peut s'incarner dans de multiples pathologies douloureuses. Les kinésithérapeutes disent reconnaître assez vite ce type de pathologies pour lesquelles ils se savent au fond de peu d'apport. Ils racontent des situations où les douleurs d'un patient disparaissent au fur et à mesure des séances pour réapparaître très subitement à l'approche de la fin de la série de séances prescrites. Ils se désolent de constater aussi parfois que le médecin a prescrit une série de séances faute de diagnostic énoncé et donc de solutions thérapeutiques réellement identifiées.

*On est la dernière roue du carrosse. Le kiné c'est quand tout le reste à échoué. Homme, libéral, 51 ans*

*Il y a des patients qui s'installent en rhumato, un petit pourcentage qui sont en renouvellement automatique éventuellement en tournant sur les différents médecins du coin. Le médecin ne sait pas quoi faire, alors le kiné récupère.*

Tout semble se passer comme si les difficultés de prise en charge des pathologies psychiatriques par les généralistes qui n'ont ni le temps ni forcément les compétences pour traiter ces patients, avait pour conséquence un petit volant de patients plus ou moins permanents en kinésithérapie. L'efficacité de la kinésie pour ces patients paraît se limiter à une sorte d'effet placebo, c'est-à-dire à une efficacité en soi de la seule prise en charge. Il semble néanmoins que cet effet ne peut être réel que dans le cas de praticiens qui passent du temps avec leurs patients.

Enfin, il faut dire un mot de l'efficacité des soins de confort, car la question se pose aussi dans ce domaine. Si le massage de confort est par nature efficace car il répond à une demande de « soin de soi » qui est satisfaite en grande partie dès lors que le massage est réalisé, les soins esthétiques sont eux beaucoup plus aléatoires sans une discipline d'entretien et d'hygiène des patientes (ce sont des femmes). Un praticien se dit lasser de « pomper la graisse » de certaines pour leur permettre de manger plus. Il y a là aussi une question d'efficacité et donc de sens de la pratique.

## ■ L'efficacité des méthodes

S'il n'y a pas de doute global sur les effets bénéfiques de la kinésithérapie, il y a en revanche des points de vue individuels moins unanimes sur ce qui, dans le détail des méthodes mises en œuvre, marche ou pas. Ce sont ces points de vue qui vont bien sûr orienter les pratiques individuelles des kinésithérapeutes.

Le premier constat est que bien souvent, une séance est un assemblage de différentes techniques ou exercices. Il est alors très difficile d'identifier l'effet propre de chacun. Interrogée sur le recours aux différents outils de physiothérapie présents dans le cabinet, une jeune kiné nous a expliqué qu'elle en utilisait le maximum de façon à mettre toutes les chances du côté du patient. Cette logique de l'assemblage est présente chez tous : le protocole leur appartient et ils mobilisent une palette large de méthodes ou de techniques.

Même les praticiens qui s'affichent comme pratiquant une « méthode » donnée, soulignent qu'elles ne sauraient être considérées comme une panacée. Leur approche continue d'être celle de l'assemblage.

Au total, la profession est très loin de protocoles établis et suivis sauf peut-être dans certains centres de suivi post-chirurgical. Ainsi en raison de l'inexistence de corpus de preuves scientifiquement établies, et de protocoles décrits, chacun doit se faire sa propre « opinion » sur l'efficacité de telle ou telle approche. Quelques uns disent continuer à pratiquer le test « sur eux » des méthodes qu'ils entendent mettre en œuvre : un type d'exercice, un nouveau matériel, en particulier électrique. Rémanence de la période de formation initiale, cette approche révèle l'absence de certitude établie a priori sur ce qui marche ou pas.

D'autres vont privilégier les méthodes « qui leur parlent », il faut entendre par là des méthodes dont ils saisissent le fondement logico-déductif : une analyse objective du corps, de l'anatomie, de la physiologie qui permet de comprendre pourquoi telle méthode doit être efficace. C'est en particulier le cas des praticiens qui investissent de façon assez approfondie une méthode donnée (Mézières, Busquet ou chaînes musculaires, ...).

Certains vont avoir recours aux adjuvants physio thérapeutiques (thermothérapie, cryothérapie, ultrasons), et d'autres vont voir la valeur ajoutée de la kinésithérapie dans le seul travail manuel du praticien.

In fine, les appréciations individuelles s'opposent : nous avons entendu tout et son contraire sur des méthodes orthodoxes (le drainage lymphatique, la physiothérapie), comme sur les méthodes hétérodoxes (la biokinergie par exemple, ou de façon plus générale sur ce qui est désigné par ceux qui ne les pratiquent pas comme un ensemble de pratiques plus ésotériques qu'exotériques).

Cette liberté de choisir et d'agir est sans doute une des clés de la richesse perçue du métier. Les études sont unanimement dénoncées comme trop courtes et ne permettant qu'aborder certains apprentissages de base, elles ne peuvent en si peu de temps prétendre fournir un apprentissage approfondi de la très grande variété des approches et méthodes thérapeutiques. Elles fournissent la base d'une kinésie qualifiée de classique dont certains éprouvent assez rapidement les limites, soit qu'ils y trouvent une certaine routine, soit qu'ils constatent une inefficacité relative. Les plus curieux, c'est ainsi qu'ils se définissent, sont donc



amenés à chercher, à se former, à faire une évaluation autonome de ce qui est utile ou pas pour améliorer la performance de la pratique.

## ■ La démonstration scientifique de l'efficacité

La question de la justification scientifique de la pratique est parfois abordée spontanément par les praticiens, mais néanmoins très rarement. Les étudiants en fin de cursus semblent sensibilisés à la question, les praticiens proches d'un syndicat ou de l'ordre également, mais au total, cette absence de scientificité ne tараude pas les masseurs-kinésithérapeutes. Et si certains voient la profession en partie menacée, ce n'est jamais pour cette raison, mais éventuellement en raison de l'émergence de professions concurrentes qui investiraient progressivement les domaines de compétence de la kinésie.

Notons que la convention avec l'assurance maladie fait référence à une science établie lorsqu'elle parle de «soins consciencieux, éclairés, attentifs, et prudents, conformes aux données actuelles de la **science**.», il y a donc bien un implicite scientifique même si le corpus de littérature grise est restreint (en France du moins au dire des praticiens rencontrés). En outre, les kinésithérapeutes de moins de quarante ans ont eu à passer par les fourches des concours sélectifs qui ne traitent que de matières scientifiques, suivi d'une première année d'IFMK très scientifique. Ils ont acquis une base de connaissances importante.

Certes, la formation est parfois contestée quand elle prend la forme d'une formation à des méthodes préétablies, présentées comme des «recettes», sans que soient forcément explicités les fondements scientifiques de ces méthodes. Mais ces recettes sont le fruit d'une logique expérimentale fondée sur la répétition de l'expérience. Or la reproductibilité des résultats est un élément constitutif de la méthode scientifique. Aucun praticien ne peut avoir un sentiment de mettre en œuvre des méthodes «magiques» et personne ne dit «ça marche mais on ne sait pas pourquoi». La question de savoir «combien ça marche» est effectivement une question non instruite mais c'est une autre question.

*Est-ce que c'est scientifique ? C'est Mézières qui disait : j'observe, je reproduis, ça marche. La kiné c'est un peu ça. Femme, libéral, 35 ans*

Un praticien en centre souligne que les protocoles post-chirurgicaux «ne tombent pas du ciel», et que ce sont des équipes de médecins qui les établissent et les valident. Au total, les kinésithérapeutes ne perçoivent pas un décalage de nature entre leur pratique et le reste de la pratique médicale. Enfin, certains praticiens rappellent qu'il est illusoire de rêver à une science pure : les résultats ne sauraient être systématiques et les approches normatives. Toute tentative de standardisation des soins est d'ailleurs décriée :

*Le projet de loi qui dit une tendinite c'est 15 séances, c'est absurde. Femme, libéral, 35 ans*

# Masser ou ne plus masser

---

**Le massage est légalement un monopole des masseurs-kinésithérapeutes. De cette théorie du droit découlent deux questions très spontanément posées par les praticiens : Que font les praticiens de ce monopole ? Est-il bien légitime de le maintenir ?**

## ▪ Le massage comme éthique

« Moi, je masse », il faut entendre ici : tous mes confrères ne le font pas. Les praticiens qui massent, ou à tout le moins ceux qui insistent fortement sur le fait qu'ils le font, semblent vouloir dire qu'il y a dans leur pratique le signe d'une distinction qualitative évidente d'avec ceux qui ne massent pas.

*« Notre métier c'est soulager les corps avec les mains, soulager les maux à travers le contact. On est masseur-kinésithérapeute. » Femme, salariée en hôpital, 35 ans*

Pour ceux qui le pratiquent, l'attachement au massage est fondé sur un argument d'utilité incontestable. Le massage c'est le mode du « contact » avec le malade, avec la pathologie. Ce contact, tant concret que relationnel, est le cœur de la passion pour le métier. Le massage est un outil de diagnostic en même temps qu'une thérapeutique. Il est une thérapeutique physiologique dans bien des pathologies mais aussi une thérapeutique psychique dans toutes. Les patients sont demandeurs de ce « soin du corps » qui est par construction un « soin de soi ».

*« Ma première arme thérapeutique c'est le massage. Quand j'entends dire que ça ne sert à rien, je me dis que ce sont des gens qui n'ont pas envie de prendre le temps de masser, ou que ce sont des gens qui ne savent pas masser. » Homme, libéral, 65 ans*

Il y a évidemment derrière cette question du massage bien des choses cachées : l'ensemble de la pratique ou presque, en particulier pour les libéraux, puisqu'il faut du temps pour masser. Quand un kinésithérapeute dit « moi, je masse », il dit d'abord qu'il prend le temps de masser contrairement à d'autres qui auraient une conception plus lucrative de leur activité et qui sacrifient ce temps passé avec le patient, pourtant essentiel selon lui. Ceux qui en particulier « prennent en parallèle » plusieurs patients sont dans l'incapacité matérielle de masser.

Au total, on peut penser que le temps de massage est un indicateur de pratique assez clivant. Il va être très important chez les praticiens qui font le choix du « tout manuel » et qui excluent le recours même adjuvant à des matériels électriques, il va être nul chez des praticiens qui passent très peu de temps en continu à s'occuper de façon individualisée d'un patient.

## ■ Un monopole à défendre ou pas

La mise en place du Conseil de l'ordre a donné une nouvelle actualité à la question du monopole du massage. Les positions des différents praticiens rencontrés, comme celle des étudiants en fin de cursus sont très variées.

Ceux qui défendent le monopole au sens strict du terme, avancent surtout des arguments de santé publique : masser peut être un acte dangereux car il y a des contrindications connues. Certains étudiants nous parlent très mécaniquement, comme sous l'effet d'une leçon bien apprise, du risque qu'il y a à masser une phlébite. Des praticiens nous parlent de risques en cas de tumeurs.

Pour d'autres, l'attachement au monopole est fondé sur un argument de compétence. Leur formation, leur pratique du métier, n'a pas son équivalent chez les concurrents non kinésithérapeutes. Cette position ne vise pas tant à soutenir le monopole légal, qu'à souhaiter faire valoir et reconnaître cette compétence, qu'à la rendre plus visible et plus distincte dans l'esprit des clients/patients. D'une certaine manière, dans un espace de concurrence normale (il existe à l'étranger), « il suffit d'être meilleur » et de faire savoir que les kinésithérapeutes le sont.

Une troisième catégorie de praticiens juge que les kinés ont ce qu'ils méritent puisqu'ils ne massent plus ou insuffisamment. Les mêmes sont d'ailleurs tout à fait prêts à reconnaître des compétences de massage chez des non kiné.

Une dernière catégorie est surtout indifférente aux réponses apportées par d'autres (professions constituées ou pas) à la demande de bien être ne se situant pas du tout dans ce domaine là.

*Le monopole du massage c'est ridicule. C'est le seul pays où c'est réservé aux Kinés. Les Kinés ne connaissent pas tous les massages. Je ne vois pas pourquoi on serait les seuls à bien le faire. Et pour ce qui est des risques, je pense que dans toutes les formations il y a des mises en garde. Femme, libéral, 35 ans*

*Les non kinés qui font du massage, j'avais une voisine qui faisait ça, des machins bio et compagnie. Elle massait des jobards en manque de tout. Elle mettait un peu de musique et de l'encens. Après tout, pourquoi pas. Homme, libéral, 62 ans*

Très peu posent d'emblée la question en termes de marché ou de nature de la demande. La distinction claire entre demande de bien être et demande de prise en charge sanitaire n'est pas vraiment posée a priori. Cela d'autant moins qu'un certain nombre de praticiens visent les deux demandes ou aspirent à le faire tout en reconnaissant à la profession un tropisme légitime à être du côté sanitaire. La question semble avant tout mal posée dans bien des esprits, et les arguments de santé publique très ténus.

Tout semble se passer comme si pour être indifférents à la question du monopole, il fallait avoir clairement arrêté une position personnelle sur sa propre pratique de massage de confort. Ceux qui en font peu mais aimeraient en faire davantage de façon à se déconventionner en partie voient dans le monopole une aide à ce positionnement rêvé.

Ceux qui n'en font pas et excluent d'en faire, considérant leur mission comme exclusivement thérapeutique, font plus facilement la distinction entre ce qui doit encadrer les soins thérapeutiques et ce qui ne doit pas encadrer les soins de bien être.

Comme nous le verrons plus loin, dans les faits la tension qui existe chez certains sur cette question est très liée à la difficulté qu'il y a en pratique pour des praticiens qui y aspirent ou disent y aspirer à se déplacer sur le champ du bien être.

L'attente implicite à l'égard du Conseil de l'ordre sur cette question paraît se situer davantage sur le versant de la promotion des compétences de la profession en la matière, de son expertise et des garanties qu'elle apporte pour la santé, plutôt que sur la répression d'une concurrence établie.

# Et le bien-être ?

---

***Les soins de bien-être, entendus comme des soins liés au confort, non prescrits et donc non conventionnés sont pour les praticiens, soit une composante à part entière de la pratique, soit une potentialité somme toute assez difficile à développer, soit une pratique exclue.***

La palette des actes de bien-être ne paraît pas si étendue : elle comprend les massages de différents types, des cours collectifs d'entretien, des actes liés à l'esthétique qui semblent prendre la forme essentiellement de la réduction de cellulite avec la technique du « Cellu M6 » et dans un cas qui a paru très exceptionnel d'une pratique d'esthétique pure sans rapport avec la kinésie (épilation).

Commençons par les praticiens pour lesquels le bien-être est exclu de la pratique. On distingue deux motivations : une motivation exogène liée au contexte, une motivation propre liée à une conception du métier.

Dans le premier cas, la pression de la demande thérapeutique est telle que le passage à des activités de bien-être paraît hors de propos. Ils ne se voient pas refuser des patients ayant une prescription de rééducation au profit de clients en demande de soins de confort. Dans certaines zones rurales où le nombre de kinésithérapeutes est notoirement insuffisant, la question du développement d'activités de confort ne se pose pas, du moins pour les praticiens que nous avons rencontrés. Ces zones à faible démographie sont d'ailleurs en général des zones fragiles économiquement, la demande de bien être y serait peut-être très faible.

Dans des environnements où du temps pourrait être consacré à des soins non thérapeutiques, certains praticiens disent exclure cette possibilité de leur exercice. Ce n'est pas le sens qu'ils donnent à leur métier, ils restent attachés à la sphère paramédicale et n'entendent pas s'en extraire même partiellement. Étant donné que le développement des activités de bien être ne se fait pas « naturellement » mais requiert généralement une démarche active du kinésithérapeute, c'est le maintien dans la sphère médicale qui est la situation la plus naturelle.

A l'opposé, en particulier en zone urbaine, certains font le choix de répondre pleinement à une demande de soins de confort qui va croissante. Ce choix s'accompagne d'une démarche que l'on pourrait qualifier de « marketing » et d'entrepreneuriale : les locaux changent de tonalité car il faut créer une ambiance idoine, il faut trouver les moyens de développer une clientèle par des modes de promotions en réseau car la publicité est interdite. Ce positionnement résulte d'une stratégie définie et n'est pas le fruit d'une évolution imposée par la demande. Cela s'accompagne d'un déconventionnement progressif d'une part de l'activité, qui est d'ailleurs le but visé.

*« Les patients sont devenus des clients : ils ont des exigences en termes de disponibilité, de qualité d'accueil, de parking, de magazines récents et puis d'ambiance. Les rapports sont devenus très commerciaux : en plus d'offrir du soin*

*j'offre des services. La piscine par exemple, peu de soins la requièrent mais les gens aiment l'idée de pouvoir y avoir accès. Ça participe de la réputation d'un cabinet. »*  
Homme, libéral, 36 ans

Entre les deux, les entrepreneurs du bien-être d'une part (rares) et les paramédicaux d'autre part (les plus nombreux), un grand nombre de praticiens voient dans les activités de bien-être une possibilité de nouvelle activité dans les marges offrant une voie de déconventionnement partiel. C'est selon l'expression d'une des kinésithérapeutes rencontrées une façon de « mettre du beurre dans les épinards » et d'ailleurs de préserver parfois une pratique de kinésie peu rentable parce qu'exigeante comme dans le cas es praticiens qui s'en tiennent strictement à un patient par demi-heure.

Reste que ce champ d'activité est un champ concurrentiel et qu'il ne paraît pas toujours simple de l'investir partiellement.

Par ailleurs, l'expérience même marginale des actes de confort révèle ce qu'est le contenu réel du métier du confort : une patientèle exigeante parfois insatisfaite de nature, une patientèle qui n'a plus la diversité et la richesse de profils de la patientèle « malade », un rapport d'argent, un sentiment d'utilité moins repérable, voire dans certains actes un faible niveau de compétence requis. A cet égard, le choix des actes de confort est très déterminant et si un massage ou un cours de gymnastique collective fait appel pleinement aux compétences du kinésithérapeute et fait penser qu'il se réalise là une prestation plus qualitative que si elle était réalisée par une esthéticienne ou un professeur de sport, en revanche « faire du Cellu M6 »<sup>5</sup> ne paraît pas un acte très gratifiant. Il y a donc plusieurs façons de faire du bien être : en abandonnant les gestes du métier ou pas, il faudrait peut être dire « en perdant son âme de kiné ou pas ».

*Le LPG<sup>7</sup> je n'en veux pas. Ça marche. Je m'en suis servi pour rentrer dans ma robe de mariée. Mais ce n'est pas intellectuel du tout. C'est du hors conventionnel. Je n'aime pas. Peut-être qu'à un moment j'arrêterai d'être utopiste. Je comprends mes collègues, ils ont 40 ans, des enfants, ils ont besoin d'argent aussi. Mais pour l'instant ce n'est pas ma priorité. Je m'éclate dans mon travail. Le jour où mes priorités changeront on verra, ça dépendra aussi de mon niveau d'endettement.* Femme, libéral, 25 ans

L'endermologie (marque déposée pour cette technique instrumentale) est le cœur de la pratique de soins d'esthétique des kinésithérapeutes. Le cellu M6 ou LPG est une machine qui représente un certain investissement. C'est une machine présentée d'abord comme visant à réduire la cellulite, et pouvant accessoirement servir à redonner de la souplesse aux tissus en cas de cicatrice ou pour des sportifs. Cet argument permet à certains praticiens d'afficher une motivation thérapeutique à leur investissement. La réalité est un peu différente : la rentabilisation de cet investissement ne peut se faire qu'avec des actes non conventionnés.

En termes de geste, comme le dit un praticien « c'est la machine qui fait tout ». Les gestes d'utilisation de la machine semblent très répétitifs et assez mécaniques. C'est un outillage qui se trouve également dans les salons d'esthétiques (en théorie avec des machines moins

---

<sup>7</sup> LPG : marque de matériel électrique de soins esthétiques. Commercialise en particulier le « Cellu M6 », machine dédiée à l'« endermologie », terme inventé par la marque pour désigner une technique de massage électromécanique.

puissantes), ou chez des médecins ou des kinésithérapeutes. L'assimilation à du massage en confère l'exclusivité théorique aux kinésithérapeutes.

Aux yeux de certains, la présence même de cette machine est un signe de déchéance déontologique. Dans les faits, si la présence de cette machine traduit effectivement l'intention de développer une part d'activité de confort, la réalité de la place prise par la machine dans l'activité est très diverse. Un certain nombre de praticiens regrettent leur investissement. Il a fait suite à quelques demandes ponctuelles de patientes, mais l'ampleur de la demande locale s'est parfois révélée en deçà des attentes. Dans un cabinet que nous qualifions d'« industriel », le cellul M6 est confié à des esthéticiennes salariées qui interviennent exclusivement sur ce soin au sein du cabinet.

*Le LPG on nous l'a demandé. On avait un crédit qui se terminait, on l'a pris. Mais on n'a pas une grosse clientèle comparé aux salons. L'efficacité, il faut vraiment cibler. Ça dépend des peaux. Ça m'arrive de refuser avant, si je pense que ça ne sert à rien. Cette semaine je n'en ai pas fait, mon associée en a fait un. Avec l'été ça va redémarrer un peu. Femme, libéral, 29 ans*

*Le LPG, je passe 45 minutes à faire quelque chose qui me gonfle un peu. Ça me repose l'esprit, c'est une détente. Le résultat vient de la machine. C'est une récréation. C'est comme une bulle dans mon activité, mais ce n'est pas rentable car je ne sais pas le vendre. Homme, libéral, 62 ans*

Au total, on constate que la « tentation du bien-être » est assez difficile à investir et que les praticiens sont assez rares à accepter d'abandonner leur métier pour investir pleinement un champ concurrentiel et marchand. Le développement du massage de confort est une voie médiane respectueuse des compétences propres au métier. Mais le développement de la clientèle « de confort » ne se fait pas naturellement. Il semble qu'il y ait des voies plus nobles de déconventionnement.



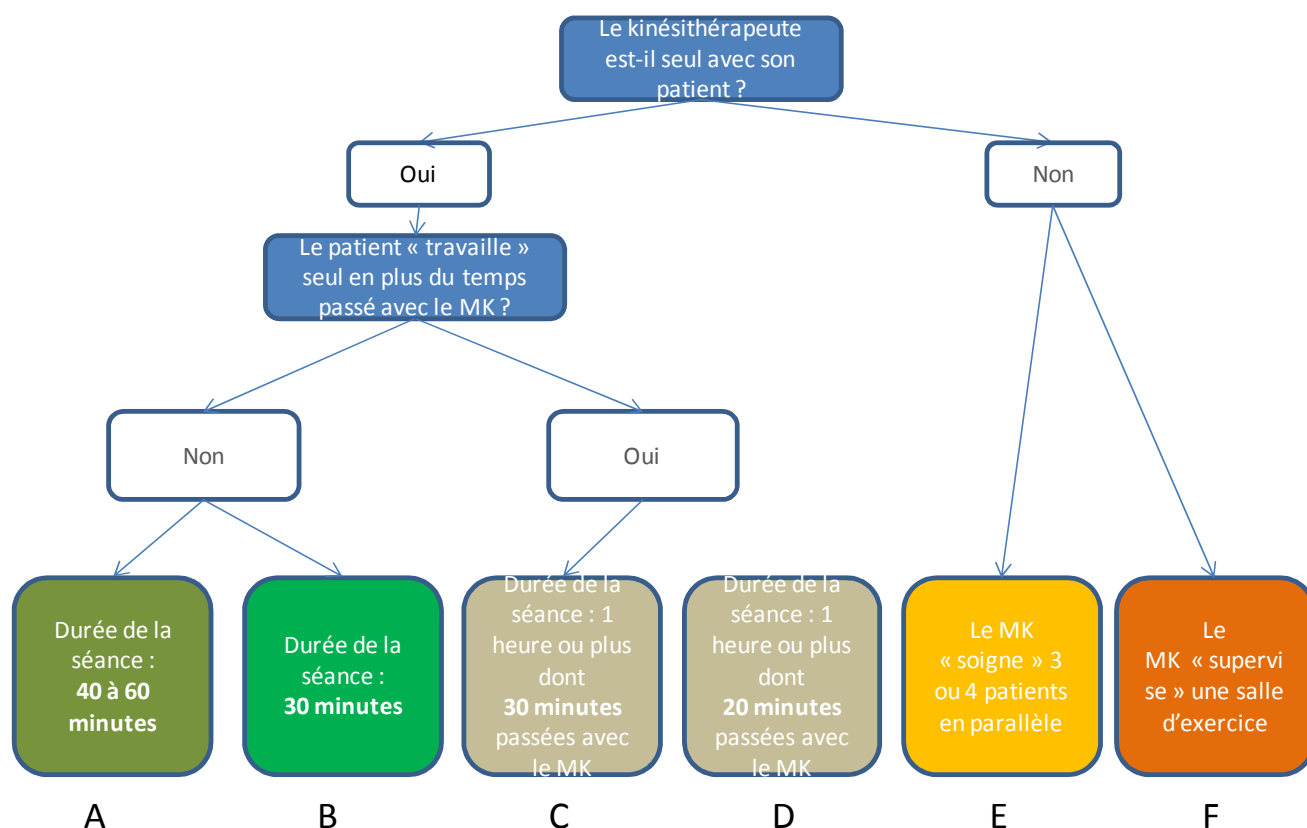
## Construire sa pratique



# Éthique et pratique des séances en libéral

Au terme de notre étude, il nous semble qu'une partition des pratiques d'organisation des séances en libéral peut être établie en six grandes classes, sans bien sûr que nous soyons en capacité de déterminer le poids respectif de chacune. Ces six grandes classes se distinguent selon que le kinésithérapeute est seul ou non avec son patient : selon les cas, le praticien est seul et entièrement dédié à son patient ou bien traite 3 ou 4 patients simultanément, ou plus encore quand les séances sont assimilables à de la pratique supervisée. Quand le praticien ne prend qu'un seul patient à la fois, la séance peut se limiter à 30 minutes, ou bien être éventuellement un peu plus courte mais se prolonger par des exercices ou de la physiothérapie, ou bien encore être entièrement manuelle mais nettement plus longue (45 minutes ou 60 minutes).

Se dessinent ainsi des modes de prise en charge extrêmement hétérogènes, davantage dictés par des choix de pratique du kinésithérapeute que par une référence de pratique variable en fonction des pathologies à soigner.



## ■ Un seul patient à la fois ou pas

*Rappelons que la convention d'assurance maladie (cf. page 23) prévoit un standard de soin qui voudrait que la praticien soit seul avec son patient durant des séances de 30 minutes, que la prise en charge simultanée soit limitée à 3 patients maximum et que la prise en charge de groupes, possible pour certaines pathologies, conduise à un temps moyen consacré à chaque patient toujours de 30 minutes.*

La première partition entre praticiens sépare ceux qui prennent effectivement des patients séquentiellement et qui à un instant donné se consacrent exclusivement à un seul patient, par opposition à ceux qui prennent « plusieurs patients à la fois ».

*Je déteste certaines pratiques de kiné : les lampes, les machines électriques...C'est scandaleux. Je ne prends qu'un patient à la fois. J'estime qu'on soigne des personnes et qu'il faut être avec elles, à l'écoute. Homme, libéral, 41 ans*

*Les boxes c'est scandaleux. Je n'ai jamais pris deux patients en même temps. Homme, libéral, 62 ans*

*Pour faire des séances d'une demi-heure, il faut plus aimer son métier que son compte en banque. Homme, libéral, 62 ans*

La majorité de ceux que nous avons rencontrés qui ne prennent qu'une personne à la fois disent passer une demi-heure avec chaque patient, à l'exception des séances de kiné respiratoire qui sont des séances brèves. Ils présentent la durée d'une demi-heure passée avec le patient comme une norme de référence. Pour les étudiants, cette norme est clairement présentée comme une recommandation forte prescrite par les enseignants. C'est le temps qu'il faut en particulier pour préserver un temps de massage en début de séance. Une demi-heure devient ainsi une référence éthique : c'est ce qu'il convient de faire pour bien travailler et ne pas sacrifier le patient à des contraintes de rentabilité.

On trouve parmi ces praticiens qui font du « deux à l'heure » ceux qui prônent et mettent en œuvre une prise en charge exclusivement manuelle. S'ils sont seuls, leur cabinet peut être très minimaliste, le matériel étant réduit à une table. Ils n'ont en particulier pas de matériel électrique et disent ne pas aimer « les machines ». Nous reviendrons plus loin sur ce qui fonde cette position en analysant la question de l'efficacité des soins.

D'autres, tout en maintenant la nécessité d'un temps dédié à chaque patient, distinguent le temps de soin avec le praticien (une demi heure, ou 20 minutes), du temps de la séance : elle dure une heure ou une heure trente, le patient prolongeant la séance avec de exercices réalisés seuls, ou avec des techniques adjuvantes : cryothérapie, ultrasons, électrothérapie...Ce mode de prise en charge paraît assez fréquent. Il suppose de l'espace et du matériel mais n'est pas seulement le fait de cabinets de groupe. Si les séances de 30 minutes entièrement passées avec le praticien peuvent ne pas se prolonger, en revanche, il semble que dès lors que le temps de soin dédié passe en deçà des 30 minutes, il y a nécessairement un prolongement où le patient est seul.

## ■ Raison et déraison des séances simultanées

A l'opposé car il s'agit bien dans l'esprit de ceux qui ne le font pas, d'une opposition forte dans la conception même du métier, il y a donc les praticiens qui « prennent plusieurs patients en parallèle ». Cette pratique est jugée condamnable par les pairs : elle est le signe d'une priorité donnée à la rentabilité, elle déprécie la profession toute entière et il est jugé désolant que l'assurance maladie rembourse au même niveau la séance individuelle et la séance où trois, quatre, cinq, six patients sont suivis en même temps. Il est ainsi assez souvent dit que l'assurance maladie encourage cette pratique implicitement : dans la négociation sur une éventuelle revalorisation des actes, elle mettrait en avant les revenus substantiels des praticiens obtenus par de telles pratiques.

Parmi les praticiens que nous avons rencontrés et qui prennent plusieurs patients en parallèle, il est clair que la somme du temps passé de façon continue ou fractionnée avec chacun est inférieure aux 30 minutes prescrites par la convention.

Prendre plusieurs patients à la fois est synonyme de thérapeutique instrumentalisée : matériel pour des gymnastiques autonomes mais surtout matériel électrique de techniques adjuvantes. Pour ceux qui la pratiquent, cette prise en charge simultanée et outillée n'a rien de condamnable même si en entretien, ils ne sont pas très enclins à dire clairement combien de patients ils prennent par heure. L'argument avancé pour taire ce chiffre est « qu'on ne peut pas comprendre ». Ils savent donc d'une certaine manière que « ce n'est pas bien », mais dans le même temps, il s'agit le plus souvent de praticiens plutôt expérimentés. Ils exercent leur métier avec le sentiment d'une grande maîtrise. Il s'agit en effet de « jongler avec les patients ». Le fait même d'en avoir beaucoup peut être interprété comme le signe d'un travail efficace par les praticiens comme par les patients.

Cette prise en charge du patient est condamnable aux yeux de certains car elle devient à leurs yeux superficielle, mais elle est aussi source de stress. Certains praticiens qui ont eu à expérimenter ce mode de prise en charge alors qu'ils étaient assistants, trouvent que c'est une gymnastique bien particulière que d'organiser cette supervision simultanée de plusieurs patients. Pour certains jeunes (plus particulièrement des femmes ?), c'est un exercice qui est source d'inconfort dans le travail. L'exercice ne serait facile que dans le cas de gymnases de grande taille où la supervision est une supervision panoptique.

*Les cabinets avec plusieurs patients en parallèle c'est très stressant. On a toujours l'impression d'oublier quelque chose.*

*Dans le premier cabinet, on prenait pas mal de personnes en même temps. C'est super facile mais on ne s'occupe de personne. On gère une salle. On masse de temps en temps. Ce n'est pas la peine de faire de la kiné. Mais il faut être honnête, des gens travaillent comme ça parce que les revenus en libéral sont bien trop bas par séance. Je ne leur reproche rien, mais je n'irais pas me faire soigner là. Le libéral oblige à beaucoup travailler et au bout du compte à mal travailler. Homme, salarié, 28 ans*

D'évidence, pour certains praticiens, cette pratique est un choix, mais pour d'autres, ce choix n'est pas délibéré. Dans les zones rurales où la demande est très soutenue, il paraît

difficile de refuser de prendre en charge une rééducation alors qu'« il faut faire 15 kilomètres pour trouver un autre kiné et que c'est un patient du pays qu'on connaît depuis des années ». Le praticien est amené au fil du temps à prendre de plus en plus de patients par jour, tout en ayant conscience de dégrader la prise en charge de chacun. Il n'est pas particulièrement heureux de cette évolution même si ses revenus s'en trouvent améliorés.

Poussée à l'extrême, la prise en charge simultanée de patients prend la forme, vue de l'extérieur, d'« usines de soins de kinésithérapie ». Il est difficile de lire ce qui est la cause de ce qui est l'effet : on trouve dans ces lieux pléthore de matériels jusqu'aux plus coûteux (bassins de balnéo) qui engagent des investissements. Il faut du monde pour avoir ce type de matériel, en même temps qu'il faut ce matériel pour avoir du monde. Ces taux d'équipement exceptionnels dans l'espace de la concurrence semblent attirer une clientèle et faire d'emblée la réputation du cabinet. C'est peut-être aussi la réputation d'un praticien qui peut le confronter à une demande de plus en plus soutenue. Nous avons vu deux cabinets sur ce modèle « industriel » : un urbain orienté vers le bien être et un périurbain orienté vers la prise en charge des pathologies lourdes neurologiques ou orthopédiques.

### ■ Les machines comme symptôme

L'absence de matériel de physiothérapie est présentée par ceux qui font ce choix comme un gage d'éthique, il est synonyme d'un temps de séance entièrement consacré aux patients.

Certains, nous l'avons vu, vont jusqu'à condamner très globalement le recours « aux machines ». Ce qui se cache derrière cette condamnation c'est une équivalence posée entre le recours aux « machines » et la prise en charge simultanée de plusieurs patients. Comme nous l'avons vu, cette équivalence n'existe pas. S'il faut des machines, du matériel, beaucoup, pour prendre en charge simultanément plusieurs patients, cela ne veut pas dire qu'il faille ne pas avoir de machine pour prendre un patient à la fois.

Il semble au contraire qu'un nombre substantiel de praticiens conçoivent leur exercice comme un mixte de séances individuelles complétées avec de l'exercice autonome ou des techniques électriques adjuvantes. Les centres de rééducation fonctionnent d'ailleurs sur ce modèle. L'enseignement des IFMK le légitime.

Plus que le recours à du matériel électrique, c'est le recours à un « trop de matériel » qui serait le signe d'une dérive de pratique. A cet égard, certains centres de rééducation sont vus comme fonctionnant avant tout selon une logique lucrative en masquant derrière des installations et du matériel une industrialisation des soins.

### ■ A chacun sa conception du soin

Au total, on comprend que le mode de prise en charge retenu par un praticien (quand il est à son compte) résulte d'abord de la conception qu'il a du « bon soin », et ensuite de ce qui est confortable pour lui en terme d'organisation du travail, de ce qui est praticable en fonction de la configuration des locaux et de la façon dont il entend résister éventuellement à un surcroît de demande.

L'avis selon lequel l'assurance maladie encourage sans le dire une certaine dégradation des soins est assez largement partagé, y compris parmi certains salariés qui disent avoir quitté le libéral qui ne permet pas de bien travailler compte tenu des charges. Il y a une posture presque héroïque, à tout le moins exemplaire, à demeurer fidèle à une conception exigeante du soin qui requiert un temps prolongé avec chaque patient.

*Ce qui m'écoeure c'est que la Sécu paye quatre fois plus un Kiné qui travaille mal...*  
Femme, libéral, 35 ans

Compte tenu de ce qui est exprimé du contenu moral de telle ou telle pratique, on pourrait s'attendre à ce que les pratiques soient uniformes au sein d'un même cabinet quand il regroupe plusieurs kinésithérapeutes. On s'attendrait en effet à ce que les praticiens soient « en phase » sur une même conception du « bon soin ».

Alors certes, dans le cas des grands gymnases, les associés semblent partager la même vision du soin et ils pratiquent simultanément cette supervision panoptique d'un grand nombre de patients. Mais dans toutes les configurations où le cabinet est composé d'espaces individuels, de boxes, on observe que les praticiens peuvent ou non avoir le souci d'une pratique cohérente au sein du cabinet.

Nous avons rencontré des cabinets dans lesquels les praticiens disent « nous, on fait ainsi », en particulier dans le cas de prises en charge de deux patients par heure, tout comme des cabinets où les pratiques sont très différenciées : chacun fait selon son choix. Cette position autonome peut valoir aussi pour des assistants, qui ne sont pas toujours tenus à un modèle de pratique imposé par le titulaire. Tout dépend si le cabinet veut défendre une identité de groupe ou s'il est avant tout vu comme une société de moyens au service de praticiens indépendants.

# Rémunération et tentation de l'écart à la convention

---

**Aux termes de la convention actuelle avec l'assurance maladie, la masseur-kinésithérapeute se doit de dispenser des « soins consciencieux, éclairés, attentifs, et prudents, conformes aux données actuelles de la science. ». La NGAP qui définit la cotation des actes prévoit une norme de 30 minutes par séance et une prise en charge standard individuelle (un seul patient à la fois). Nous avons vu que les pratiques de séance s'écartent assez souvent de cette norme selon des choix généralement décidés par le praticien, parfois forcés par le niveau de la demande.**

**A cette variabilité des modes de prise en charge, s'ajoute une variabilité des modes de fixation des honoraires. In fine, tout semble se passer, faute de contrôle strict des temps de séance et des tarifs, comme s'il revenait à chaque praticien de définir son niveau d'honoraire. Chacun détermine le temps consacré à chaque patient et les modalités de prise en charge sans pouvoir dans le cadre de la convention, ajuster le tarif de sa pratique à la réalité de son effort (temps, matériel). Se construit alors des modes de « sauvages » du cadre conventionnel, manifestement peu ou pas sanctionnées par l'assurance maladie.**

## ■ Des actes insuffisamment rémunérés

Dans la salle d'attente d'un cabinet, les murs sont tapissés d'affichettes qui montrent que les actes n'ont pas été revalorisés depuis vingt ans. Chiffres à l'appui, sont comparés l'évolution sur 20 ans du niveau de la lettre clé du kiné, de la consultation du généraliste et du SMIC. Il en ressort que les kinés sont les laissés pour compte des pouvoirs publics.

De façon plus nuancée, ils sont quelques-uns à souligner que la lettre clé n'a pas été revalorisée mais que la cotation des actes a, elle, évolué notablement. Reste qu'au total, le niveau de rétribution des actes est jugé faible, les charges ayant beaucoup augmenté en particulier immobilières. Les plus anciens disent devoir augmenter leur temps de travail pour maintenir leur niveau de vie.

Si les libéraux reconnaissent dans l'ensemble bien gagner leur vie (« à condition de ne pas avoir des goûts de luxe », précisent certains) et en particulier au regard des salariés, ils soulignent que c'est au prix d'un fort volume horaire de travail. La tonalité générale des propos tenus sur le niveau de rétribution est plus proche du regret que de la plainte. Ce regret est surtout teinté d'un sentiment d'injustice chez ceux qui font le choix financièrement exigeant de ne prendre qu'un patient à la fois.

La plainte est en revanche tout à fait nette en ce qui concerne les frais de déplacement. Là encore, l'effort fait par certains de continuer à voir des patients à domicile est très pénalisant financièrement et rien ne justifie à leurs yeux qu'elle ne soit pas au niveau de celle des médecins « comme si nous ne mettions pas la même essence dans nos voitures que les médecins ».

- S'affranchir de la convention ou en sortir pour compenser l'insuffisante rémunération des actes

Les logiques qui président à un déconventionnement partiel ou total des actes sont multiples et les figures d'écart à la convention également.

Tout d'abord, là encore, pour une part substantielle de praticiens l'ensemble de l'activité est et doit rester conventionnée. Ils sont dans le cadre de la stricte prescription médicale qui est conforme à la représentation qu'ils ont de ce que doit être leur métier ou qui est non négociable dans leur contexte de pratique (forte demande dans les quartiers populaires ou les zones rurales). Les plus stricts considèrent la norme de deux patients par heure comme devant être respectée.

Le niveau de revenu des praticiens qui se présentent comme conventionnés varie fortement en fonction de leur volume horaire de travail et selon qu'ils prennent plusieurs patients en même temps ou pas, selon qu'ils ont des assistants ou pas. La principale modalité d'ajustement des revenus à la hausse dans le cadre de la convention passe par la diminution du temps passé avec chaque patient, et/ou par la suppression des visites à domicile qui sont chronophages et peu lucratives compte tenu du faible niveau des indemnités de déplacement.

Une certaine part de praticiens (part que nous ne saurions évaluer avec notre approche qualitative) souhaitent augmenter leur rétribution sans obérer la qualité de leurs soins et la durée des séances. Leur pratique tarifaire consiste à fixer un tarif de séance standard de 10 à 20 % au dessus du prix de la séance la plus cotée : la séance est ainsi affichée à 19 ou 20 euros, le tarif est le même pour toutes les pathologies et tous les actes, les patients sont informés à l'avance de cette pratique et le montant réel de la séance est déclarée sur la feuille de soin. Il s'agit dans les deux cas que nous avons rencontrés de praticiens qui gardent leurs patients une demi-heure et qui jugent que leur tarif reflète la vraie valeur de leur travail. Il s'agit là d'une pratique non conforme à la convention mais qui est mise en œuvre le plus souvent en toute transparence selon le principe du dépassement d'honoraire permanent.

Pour d'autres praticiens, le dépassement est lié à une durée « hors norme » des séances, le plus souvent dans le cas d'une pratique spécialisée (Mézières, Chaines musculaires, Feldenkreis...). Les séances de 40, 45 ou 60 minutes sont tarifées au choix du praticien qui opère un dépassement d'honoraire exceptionnel du point de vue de la nomenclature mais permanent ici aussi. Il est difficile de parler ici de déconventionnement, même si certains rares praticiens vont faire le choix du déconventionnement effectif pour pratiquer les dépassements souhaités sans s'exposer à devoir rendre des comptes à l'assurance maladie (nous n'en n'avons pas rencontrés dans le cadre de l'enquête mais il en existerait un petit nombre selon les personnes interrogées).

Enfin, la dernière voie de déconventionnement est la pratique d'actes hors nomenclature, au premier rang desquelles les consultations d'ostéopathie, mais aussi de certaines méthodes non conventionnelles comme la biokinergie. Non prises en charge par la sécurité sociale mais éventuellement par certaines mutuelles, elles sont tarifées là encore au libre choix du praticien.

Dans le cas de séances longues liées à des méthodes particulières, on pourrait se demander si le déconventionnement découle de la pratique ou si la pratique est une conséquence de la préférence pour le déconventionnement. Ce sont en général des choix de pratique qui requièrent des formations longues et relativement coûteuses. Nous avons rencontré parmi les praticiens engagés dans ces pratiques des personnes qui ne se cachent pas d'avoir aussi cherché le déconventionnement et à plus forte raison parce que les séances longues qu'ils entendent pratiquer ne sont pas tenables financièrement dans le cadre de la convention, mais pour autant la motivation première est leur conception des conditions de l'efficacité de la kinésithérapie. D'ailleurs, à bien des égards, la pratique de la prise en charge simultanée de patients est bien plus accessible pour satisfaire un objectif de pure rentabilité.

*Je ne compte pas sur la sécu, je compte faire un maximum d'actes non conventionnés, mon objectif ce n'est pas de gagner plus mais de travailler moins. L'osteo ça nourrit aussi cette volonté d'émancipation. JMI13*

## ▪ Typologies des écarts à la convention

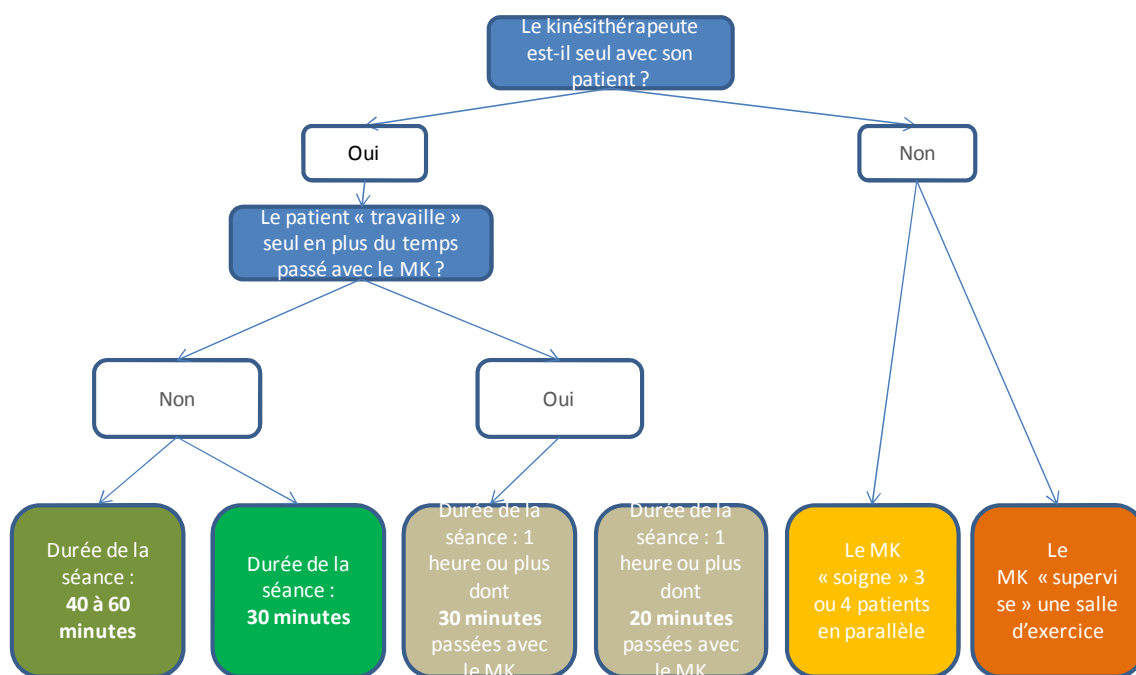
Au total, il y a deux voies de sortie de la règle conventionnelle pour la réalisation des actes de masso-kinésithérapie. La plus visible est celle qui consiste à pratiquer des dépassements d'honoraires. L'autre consiste à respecter le code tarifaire mais à ne pas respecter la norme de 30 minutes passées avec un patient.

En reprenant la typologie des séances présentées dans la partie précédente, le schéma de la page suivante représente les différentes façons de mobiliser l'une ou l'autre voie de sortie de la convention.

Il y aurait ainsi, selon l'échantillon observé :

- . les praticiens qui observent strictement la convention dans la durée et la forme des séances et la tarification prévue : cas types B ou C ne pratiquant pas le dépassement d'honoraire. Ils sont à la fois fiers de leur rigueur et désolés qu'elle soit si mal récompensée financièrement.
- . Les praticiens qui respectent la règle de séances individuelles de 30 minutes mais qui font du dépassement d'honoraire permanent : cas B ou C. Les séances sont en général à 20 euros, soit 10 à 20 % de dépassement.
- . Les praticiens qui font des séances atypiques très longues et qui font également un dépassement d'honoraire plus massif (cas A). Les tarifs des séances sont de 40 à 60 euros.
- . Les praticiens qui ne prennent qu'un patient à la fois, mais moins de 30 minutes, généralement 20 minutes. Ils prolongent les séances avec des exercices où le patient est seul. Ils pratiquent les tarifs conventionnels.
- . Les praticiens qui font une prise en charge collective : patients en simultané ou groupes. Ceux là ne sortent pas du cadre conventionnel tarifaire mais ne respectent pas la règle de durée de la prise en charge (cas D, E et F)





| Cas type                                        | A       | B          | C          | D   | E      | F      |
|-------------------------------------------------|---------|------------|------------|-----|--------|--------|
| Nb moyen de patients / heure                    | 1 à 1,3 | 2          | 2          | 3   | 4 et + | 4 et + |
| Respect de la durée conventionnelle des séances | oui     | oui        | oui        | non | non    | non    |
| Respect du tarif conventionnel                  | non     | oui ou non | oui ou non | oui | oui    | oui    |

# Une pratique généraliste très prédominante

---

***Si la pratique dominante répond bien aux attentes du premier recours – entendu ici au sens où le praticien soigne qui se présente à lui - il n'en reste pas moins qu'il existe des écarts à cette définition extensive du rôle du kinésithérapeute généraliste. Par choix ou par fait d'expérience, de compétence, tout le monde ne soigne pas tout le monde ou toutes les pathologies.***

***Il y a aussi des orientations poussées, parfois jusqu'à l'exclusivité, qui éloignent en partie ou en totalité le praticien de ses obligations de premier recours.***

***Au total, si l'accès à une masso-kinésithérapie de premier recours peut certainement être localement entravé par un déficit de praticien, il paraît peu probable que ce déficit de prise en charge puisse résulter de choix délibérés de praticiens présents de se consacrer à d'autres soins ou d'autres patients. Dans la majorité des territoires, l'offre de soins ne paraît pas tant exposée à un risque de défaut dans l'accès aux soins, qu'à un risque de défaut dans la qualité des soins. Le développement d'une offre hors convention et surtout hors du champ thérapeutique, nous paraît devoir rester assez marginale.***

## ■ Ce qu'on ne fait pas toujours

Dans des environnements où une part de choix est possible, c'est-à-dire dans des situations où la prise en charge des patients est partagée entre plusieurs praticiens, des sélections partielles de clientèle peuvent s'opérer. C'est une étude auprès des patients qui permettrait d'objectiver la façon dont ces choix empêchent ou non l'accès aux soins. Toutefois, parce qu'ils sont le plus souvent exprimés, ces arbitrages opérés par certains praticiens semblent prendre en compte le besoin global des patients. C'est peut-être dans les zones les plus denses qu'une certaine « indifférence » à cette question de santé publique devient possible et que de choix autonomes peuvent être retenus sans considération pour leurs effets in fine sur la patientèle.

## > Faire du domicile ou pas

Les pathologies du grand âge augmentent au fil des ans, et pour cette seule raison, la demande de soins de kinésithérapeute augmente au domicile. Mais ce type de soins est loin de ne présenter que des agréments comme nous l'avons vu. Soigner à domicile, cela se fait plutôt par obligation, et dans des environnements où l'on peut reporter cette charge sur d'autres, on le fait.

En milieu rural l'exercice au domicile des patients est une composante obligée de l'exercice libéral. Il peut cependant, par les voies de l'assistantat, être délégué en tout ou partie aux plus jeunes.

Dans des environnements « concurrentiels » (le terme n'est jamais employé), le déport sur un hypothétique autre confrère est possible. La sollicitation des patients est anonyme : on ne

connait pas les nouveaux patients, ce ne sont pas des voisins. On peut décider de ne pas faire de domicile. En milieu urbain, quand la pratique au domicile demeure, c'est souvent présenté comme un engagement personnel pour défendre l'accessibilité des soins et pour entretenir une conception presque humaniste du métier. Pour des praticiens ayant choisi leur métier pour la qualité de contact qu'il proposait, réaliser une partie de l'exercice au domicile est évident :

*« Je fais des domiciles. Ça représente un mi-temps à peu près. C'est sûr que ce n'est pas de la kiné de pointe, c'est du maintien mais ça me fait prendre l'air et le lien humain est très fort. »* Homme, libéral, 48 ans

Ce type d'exercice est cependant souvent perçu comme un travail ingrat : la demande en est très forte mais le faible remboursement des frais de déplacements réduit considérablement l'offre. Les kinésithérapeutes qui font du domicile ont donc parfois l'impression d'essayer d' « écoper la mer avec un verre » et s'exposent parfois au mécontentement des patients :

*« Les domiciles j'en ai fait beaucoup au début. Aujourd'hui je ne prends plus de nouveaux patients à domicile : j'en ai marre de ne pas gagner ma vie. Les gens ne comprennent pas qu'on ne puisse pas toujours dire oui et on se fait incendier. »* Femme, libérale, 44 ans.

*Je ne fais plus de domicile hormis mes anciens patients. J'ai des problèmes de dos. Et puis 2 euros pour le déplacement, c'est un manque total de respect.*

### > Faire ou pas de l' « uro-gynéco » ou de la « respi »

Ce sont deux domaines du métier que l'on n'apprend pas à maîtriser durant les études. Ce sont deux domaines où la demande est forte et est décrite comme en croissance. L'uro-gynéco est plutôt le domaine réservé des femmes, car souvent réduite à la rééducation périnéale du post-partum. La « kiné-respi », qui est assimilée en libéral en presque totalité aux soins de la bronchiolite, connaît un cycle de demande très saisonnier. Ce sont des soins qui sont banals mais spécifiques.

Selon leurs goûts et aspirations personnelles, les praticiens vont choisir d' « en faire », ou pas. Ils vont se former en fonction de ce choix.

### > Prendre les enfants

Ce serait trop difficile aux dires de ceux qui « ne les prennent pas ». Cela demanderait un savoir particulier. A bien entendre ceux qui soignent les enfants, il s'agirait surtout d'une envie de travailler avec des enfants ou pas. Ce sont des soins plus longs, il faut du temps.

Cette spécificité des enfants conduit à une relative spécialisation de ceux qui choisissent de les soigner.

### > S'assurer que ce qu'on ne fait pas, est pris en charge ailleurs

Faire ou ne pas faire du domicile, ne pas se former à l' « uro » ou à la « respi », ne pas prendre les enfants, tous ces choix ne sont pas faits abstraitement, sans se soucier de qui assurera la prise en charge des soins. Si on est seul, on vérifie qu'il y a sur le territoire une réponse. Il est convenu de façon tacite ou concertée, mais le plus souvent tacite que les « spécialités », ce

n'est pas la peine de les investir à plusieurs. Quand on ne fait pas déjà face à la demande pléthorique de soins, il faut rationaliser l'offre et donc les choix de formation.

Dans les cabinets de groupe généralistes, il s'organise une répartition des rôles en fonction de l'ancienneté et des goûts de chacun. Les nouveaux sont recrutés pour combler les manques, assistants ou associés. Un praticien donne le signal qu'il prend les enfants, et il se trouve que ses confrères vont les lui adresser. Deux associés hommes embauchent une jeune kiné femme qui fera « l'uro-gynéco ».

## ■ Entre orientation et spécialisation

Nous l'avons vu, les domaines thérapeutiques très variés dans lesquels intervient la kinésithérapie ne font pas appel aux mêmes compétences détaillées, n'engagent pas les mêmes types de relation avec les patients, ne donnent pas les mêmes résultats. Certains praticiens font le choix, parfois temporaire, d'une prise en charge plus approfondie ou exclusive d'un certain type de patients ou de pathologies.

### > Les postes spécifiques en centre ou à l'hôpital

Une première façon de quitter la pratique généraliste, par choix mais aussi parfois par hasard, c'est de travailler dans un centre spécialisé (clinique de la main, centre de rééducation spécialisée dans les amputations, centre spécialisé dans les IMC, etc.) ou d'occuper un poste spécialisé à l'hôpital.

*J'ai fait le choix de la pneumo-réa parce qu'il y avait un poste et parce que c'est un domaine où on soigne des personnes très malades. C'est une spécialité très technique, très ponctuelle. On est encadré par des médecins, on nous demande d'être pointus. C'est très concret. On voit immédiatement les résultats : dès le lendemain, on voit si le patient va mieux. Homme, salarié, 28 ans*

Dans l'ensemble, ce type d'orientation « pointue » n'a pas son équivalent en libéral et correspond spécifiquement à des soins en institution.

On trouvera également à l'hôpital une autre forme de spécialisation à travers la prise en charge d'âges spécifiques : hôpitaux pour enfants, unité gériatriques de soins de suite. Cette spécialisation dans la prise en charge d'une patientèle particulière reste une prise en charge généraliste du point de vue des pathologies. Elle peut donner lieu à des orientations de pratique en libéral si le praticien s'installe. Ce n'est alors par tant une spécialisation qu'une compétence reconnue par les pairs ou les prescripteurs et qui va conduire à une surreprésentation de la patientèle spécifique dont le praticien est expert.

### > Les kinés du sport : seule « spécialité » de ville identifiée

La seule spécialité affichée comme telle serait celle de la kinésithérapie du sport. Un certain nombre de libéraux s'affichent comme tel. Nous n'en n'avons rencontré qu'un, qui depuis a changé de pratique lassé par sa patientèle.

Cette spécialisation correspond à une demande forte. Elle appelle ou pas des formations spécifiques, n'ayant pas de reconnaissance légale et encore moins de définition réglementaire au sens d'une spécialisation médicale.

En pratique, la plupart des cabinets soignent des sportifs. La spécialité n'existe que dans des grandes villes. En dehors des grandes villes, il n'y a pas de praticiens qui ne font que ça. Ceux qui soignent, dans le cadre de leur pratique libérale ou en tant que salarié les équipes sportives locales, mentionnent parfois « kinésithérapie du sport » sur leur plaque.

### > Des orientations de fait

En libéral, la demande est par nature généraliste, la plupart des cabinets nous expliquent « avoir de tout et soigner de tout ». Certains ont cependant une orientation particulière qui résulte de ce que nous avons décrit comme le résultat d'une régulation informelle de l'offre et de la demande dès lors qu'un praticien a donné le signal de son expertise dans un domaine particulier. L'orientation du praticien est nourrie par l'orientation de la demande vers son cabinet. Les kinésithérapeutes disent alors faire « beaucoup de » : beaucoup d'uro, beaucoup d'enfants, beaucoup d'ortho, beaucoup de neuro.

Cette orientation va les guider dans des processus de formation toujours plus poussés : formation dans des cadres d'apprentissage continu (temps partiel salarié en centre) ou par des stages de formation professionnelle.

Cette régulation doit plutôt être lue comme une amélioration qualitative de l'offre de premier recours que comme le signe d'une prise en charge sélective de la patientèle.

### > Des choix qui trient la patientèle

Sans que ce soit nécessairement leur objectif premier, les kinésithérapeutes qui définissent leur pratique dans le cadre d'une méthode (Mézières, Sohier, Busquet...), peuvent progressivement sortir très nettement du champ du premier recours.

Ces méthodes d'abord mobilisées « pour aller plus loin », rarement conçues comme une pratique exclusive de toute autre méthode, appellent des séances plus longues. Plus globales, elles conduisent le praticien à vouloir s'éloigner des symptomatologies très localisées identifiées par la prescription. De fil en aiguille, les praticiens vont modifier leur offre de soin, sortir nettement du système conventionnel, nous verrons comment dans la partie suivante.

Leurs patients viennent chercher très spécifiquement ce qu'ils proposent comme approche particulière : soit que le médecin l'a suggéré ou conseillé, soit qu'ils en ont entendu parler par des proches. Il s'agit de patients socialement sélectionnés de fait, sans qu'il s'agisse pour autant de patients très aisés. Il s'agit de patients qui ont le souci de leur santé et de leur corps et sont prêts à investir argent et effort.

Une part de l'orientation ostéopathique peut s'interpréter selon cette logique. Nous y reviendrons.

## ■ La préférence pour le champ thérapeutique

Enfin, on ne peut clore une partie dédiée à l'analyse de la façon dont est conçue la position de praticien généraliste de premier recours par les kinésithérapeutes sans un bref retour sur ce que nous avons vu en matière de bien-être.

L'arbitrage entre une offre de soins thérapeutiques et une offre de soins de confort semble se faire le plus souvent au bénéfice du champ thérapeutique. Cet arbitrage préserve le sens du métier. Les dérives lucratives semblent davantage prendre la forme d'une trop grande rapidité dans l'exécution du soin, c'est-à-dire dans un trop d'offre de soins de premier recours, que dans un abandon du premier recours au bénéfice de services marchands.

# Aller plus loin ou aller ailleurs : l'ostéopathie, et d'autres approches

---

***Sans que les contours en soient bien définis, il est assez facilement fait référence à la « kiné classique ». Il faut sans doute entendre dans cette expression, l'idée d'un corpus de pratiques orthodoxes parce qu'enseignées en IFMK. L'histoire des techniques de kinésithérapie montre que l'orthodoxie est évolutive et que certaines approches ou techniques se trouvent parfois gagner en légitimité au fil des ans. Ces processus de dé légitimation ou de légitimation excèdent largement le cadre de notre travail. Cependant, alors que l'ostéopathie devait être exclue de notre champ d'analyse, elle se trouve par la force des choses partie intégrante de nos observations, et cela, avant tout parce qu'elle est devenue une pratique relativement banale et donc « normale ».***

Les kinés « en font » pour un certain nombre d'entre eux, adressent volontiers, consultent pour eux-mêmes, et les étudiants semblent l'envisager très spontanément comme une perspective de formation probable, à tout le moins vraisemblable. Les plus anciens rappellent que de leur temps, le sujet était tabou. Il n'y a en effet pas très longtemps, il y avait une possible condamnation d'un ostéopathe pour exercice illégal de la médecine. Cette légitimité acquise toute récemment, prend désormais la forme d'une marge légale : marge parce que hors système conventionnel. Face à cette évidence désormais acquise de l'utilité et de l'efficacité de l'ostéopathie, les praticiens sont assez nombreux à déplorer que la profession se soit constituée en spécialité à part. Quant au conventionnement, certains suggèrent même que l'assurance maladie aurait tout intérêt à rembourser une ou deux séances d'ostéopathie annuelle à titre préventif.

Au total, on comprend que la façon de penser l'articulation entre kinésithérapie et ostéopathie n'est pas unique. Schématiquement, il semble que l'ostéopathie puisse être représentée comme un prolongement de la kinésithérapie ou au contraire, une rupture dans le cas d'une représentation plus médicale qu'instrumentale.

Il y a donc des ostéopathes, ils sont de plus en plus nombreux, les meilleurs sont par essence ceux qui ont été kinésithérapeutes avant d'être ostéopathes nous dit-on assez souvent, parmi les kinésithérapeutes. Une phrase revient fréquemment chez des praticiens, ostéopathes ou non : l'ostéopathie est une suite logique de la kiné, un complément.

On deviendrait ostéopathe pour sortir de certaines impasses : en particulier des douleurs que l'on ne fait pas disparaître. L'ostéopathie remplace de longues séries de séances inopérantes dans certaines pathologies. Le passage à l'ostéopathie est d'abord motivé par le souhait de disposer d'un arsenal thérapeutique plus large et plus puissant.

## ▪ Deux façons de penser l'articulation entre kinésithérapie et ostéopathie

Il y a ainsi un premier niveau de conception de l'ostéopathie qui consiste à la considérer comme un ensemble de techniques complémentaires de celles de la kinésithérapie, parfaitement adapté à des pathologies que la kiné ne peut soigner à elle seule. Se développe d'ailleurs sous le label « thérapies manuelles » le recours à une part de cet arsenal thérapeutique. C'est une façon de faire de l'ostéopathie en n'engageant pas cinq années de week-ends d'étude.

*La thérapie manuelle c'est à la mode. Il faut voir qu'en Kiné classique, la moitié des malades finissent les séances sans résultat. La thérapie manuelle permet d'aller plus loin, de chercher. Osteo c'est trop long alors qu'en thérapie manuelle on apprend des choses pratiques, simples. Homme, salarié, 28 ans*

Dans cette optique technicienne, l'ostéopathie peut être mise en œuvre dans des séances de kinésithérapie « normales », c'est-à-dire conventionnelle, sans que le praticien y fasse nécessairement référence explicite au patient. Cette vision très complémentariste place d'évidence le praticien dans une sorte de conflit entre sa pratique de kinésithérapie conventionnelle et sa pratique d'ostéopathie non conventionnée. Le modèle conventionnel le plus adapté serait pour ces praticiens à double compétence qui souhaitent articuler les deux, celui du dépassement d'honoraire :

*Je fais deux professions : la Kiné avec la nomenclature et séparément des séances d'ostéopathe. Je n'ai pas le droit de faire de l'osteo avec des feuilles de soin. Mais je jongle dans les deux sens. Si je sens que la personne peut-être réceptive à l'osteo, je lui en parle, si je dois faire des gestes d'osteo lors d'une séance de Kiné, je le fais sans le dire. La CPAM a une vision très étroite. J'ai demandé des dépassements d'honoraires, on m'a dit : pas question. A Paris c'est différent. Homme, libéral, 62 ans*

Toutefois, ces doubles praticiens sont regardés d'un œil suspicieux par les ostéopathes exclusifs qui ont abandonné la kinésithérapie classique. Ces derniers considèrent l'ostéopathie comme une philosophie et une pratique en rupture d'avec la kinésithérapie et la médecine conventionnelle. Il faudrait pour être un bon ostéopathe « ne faire que ça ». Les « vrais ostéopathes » contestent ex post la vision technicienne de l'ostéopathie, même si elle correspond parfois à ce qui a motivé leur engagement, ils la jugent réductrice. Certes ils ont cherché à aller plus loin, mais ils se vivent comme ayant changé de métier. Pour « les vrais », l'ostéopathie est une rupture plus qu'un complément. C'est une médecine, qui repose sur une philosophie et qui ne se réduit pas à un ensemble de pratiques. Elle se trouve aussi traiter d'organes et de fonctions que la kinésithérapie ne traite pas. Cette conception holiste de l'ostéopathie légitime son développement et son exercice dans une sphère à part : elle exige plutôt une pratique exclusive, un lieu dédié, et si possible un dé conventionnement total.



## ▪ Accéder à une position autonome dans l'espace des professions de santé

In fine, l'accès au statut d'ostéopathe reconnu, exclusif ou non, change la position du praticien dans le champ des professions de santé. L'ostéopathe quitte l'hétéronomie du paramédical pour acquérir une position de prescripteur autonome. Il se réapproprie pleinement le diagnostic, qui n'est plus seulement le diagnostic kinési thérapeutique, mais le diagnostic médical. Il n'y a plus de prescription.

A n'en pas douter, la pratique se trouve ré-enchantée par une stimulation intellectuelle intense : c'est une pratique d'expertise qui allie la maîtrise manuelle et l'intelligence. Les origines des symptômes sont à rechercher jusque très loin des organes où la douleur s'exprime.

Enfin, le rapport aux patients est entièrement transformé : les patients sont en demande explicite et leur démarche représente une dépense. Il s'agit de patients actifs, soucieux de l'entretien de leur santé.

*En Kiné, la démarche est passive, on est un service public. Tout est dû. En Osteo, il ya une démarche volontaire, active, payante. Le patient sait ce qu'il veut. J'ai fait Osteo au bout de deux ans car je voulais soigner mieux. Techniquement je me sentais faible avec mes études de Kiné. Je ne me rendais pas encore compte de la différence de patients, le côté actif / passif. Femme, libéral, 30 ans*

A cet ensemble de facteurs de reconnaissance symbolique, s'ajoute la reconnaissance matérielle : le temps passé comme la compétence sont rétribués à un niveau jugé juste puisque librement établi.

Pour les mêmes raisons qu'à un moment de leur carrière ils ont souhaité « aller plus loin », dépasser des échecs thérapeutiques, comprendre en élargissant le champ du diagnostic et en cherchant loin le lien entre déséquilibre et symptôme, un certain nombre de praticiens investissent jusqu'à une pratique exclusive des méthodes ou pratiques non conventionnelles. On retrouve alors chez eux toutes ces caractéristiques de « médicalisation » du métier qui caractérisent la pratique ostéopathique (autonomie de prescription, diagnostic médical, rapport autonome au patient, reconnaissance, transformation de la patientèle). Il peut s'agir de méthodes qui sont soit dans le champ de la kinésie (pratique spécialisée de méthodes liées au rachis par exemple) soit dans des champs plus globaux et généralement teintés de médecine orientale.

Les kinésithérapeutes qui investissent ces méthodes non conventionnelles se trouvent avoir une part de clientèle sans prescription et hors champ conventionnel. Faut-il qualifier ces pratiques d'exercice illégal de la médecine comme cela a longtemps été le cas pour l'ostéopathie ? Personne ne semble formuler la question ainsi. On comprend à observer ces situations que le système de santé développe naturellement des marges plus tolérées que pensées.

# IV

## Parcours professionnels

# Devenir masseur-kinésithérapeute : entre vocation et stratégie

---

**Les masseurs-kinésithérapeutes ont souvent emprunté le chemin chronologique pour raconter leur métier et l'organiser autour d'étapes décisives dans leur parcours professionnel.**

Se plongeant dans les racines de leur orientation professionnelle (et remontant parfois pour cela presque 50 ans en arrière pour les plus expérimentés), les masseurs-kinésithérapeutes ont fait part de plusieurs motifs ayant présidé au choix de ce métier.

Pour certains, la décision a été prise très tôt dans leur jeunesse – souvent suite à l'intervention d'un masseur-kinésithérapeute auprès d'un membre de leur entourage ou bien dans une logique d'inscription dans une tradition familiale liée au soin.

*« J'ai décidé que kiné ça pouvait me plaire comme métier lorsque j'ai rencontré un kiné pour ma blessure à l'épaule. » Homme, étudiant, 24 ans.*

*« Dans ma famille on est tous dans le paramédical : ma mère est infirmière, mon père ambulancier et ma sœur aide-soignante. J'hésitais entre médecine et kiné car je pouvais faire les deux. J'ai pris la kiné aussi pour la durée des études. » Femme, mi-temps libérale et mi-temps salarié, 23 ans.*

On le voit, le choix de la kinésithérapie peut être un choix à la fois par goût mais aussi par volonté de conduire des études courtes - souvent par volonté d'accéder rapidement à la vie active et l'autonomie.

*« Je suis devenue kiné parce que je voulais soigner les gens sans faire des études longues. » Femme, libérale, 30 ans.*

Pour les personnes déficientes visuelles, le choix se fait également par goût et par pragmatisme : il s'agit de trouver un métier où le handicap et son évolution ne seront pas une barrière pour la progression professionnelle. L'existence d'instituts dédiés facilite l'apprentissage et l'insertion professionnelle.

Pour d'autres il s'agit d'une décision suite à un échec dans la première filière d'études pressentie, souvent médecine, ou bien d'une réorientation d'études après une première année décevante.

*« A notre époque, on était tous des ratés de quelque chose, on ne faisait pas kiné parce que c'était notre idéal premier, c'était par défaut. » Homme, libéral, 45 ans.*

*« Je voulais être vétérinaire ; après une année j'ai compris que mon rêve d'enfant de soigner des girafes et des lions ce ne serait pas mon travail. Que j'allais plutôt soigner*

*des caniches. Et puis, au fond, quelque chose manquait. J'ai choisi de faire kiné et ça a été une révélation. » Homme, étudiant, 23 ans.*

Pour d'autres encore, le choix s'est fait bien plus tard, à l'issue d'une première expérience professionnelle plus ou moins longue. Ces professionnels ont vécu très différemment leurs études et ont une attitude peut-être plus mesurée face à leur métier. Ils l'ont choisi à la fois en réaction à un premier choix et par volonté de se reconverter.

*« Avant j'étais comptable, je faisais de l'audit financier. Aujourd'hui je gagne moins qu'au début de ma vie active mais je ne vais plus au travail à reculons » Homme, salarié en hôpital, 37 ans.*

Il est intéressant de noter que finalement assez peu de professionnels ont invoqué l'argument de l'exercice en libéral pour expliquer le choix de ce métier. C'est la pratique elle-même, les gestes, le contact humain - dans ses deux acceptions, celle du toucher effectif et celle de la relation psycho-sociale - qui sont avant tout mentionnés. Le choix de l'exercice en libéral est fait à l'issue des études et n'est pas un déclencheur de l'orientation en amont.

*« Je ne voulais pas de bureau, je voulais un métier qui permette de bouger, à l'époque la Kiné c'était assez neuf, on n'était pas nombreux. J'avais vu un cabinet et trouvé ça intéressant. »*

Les masseurs-kinésithérapeutes rencontrés sont globalement très heureux d'exercer ce métier. Ils peuvent mentionner des difficultés ou des interrogations sur leur pratique et leur patientèle mais sont contents de leur choix professionnel.

# Comment la formation prépare à la pratique professionnelle

---

***Le temps de la formation est abordé longuement par les plus jeunes praticiens : ils sont pour la plupart encore dans une période où celle-ci est « évaluée » au regard de leur première expérience. Les masseurs-kinésithérapeutes diplômés depuis plus longtemps mentionnent parfois leur formation mais ont surtout tendance à la placer en regard de celle des nouveaux praticiens pour en comparer les mérites.***

***Dense et courte, la formation initiale ne préparerait au dire des plus jeunes qu'imparfaitement à la pratique professionnelle.***

***Les stages constituent souvent une étape structurante des premiers choix de pratique.***

Nous ne revenons pas dans cette partie sur la description du système de formation initiale qui est détaillé dans la première partie du rapport, mais nous nous attachons à la perception ou la mémoire que les praticiens en ont.

## ■ Intégrer la formation

L'entrée dans la formation se place dans un contexte différent selon que les études se sont tenues avant ou après les années 80. Avant, intégrer une formation de masseur-kinésithérapeute était aisé. Les places ne semblaient pas comptées. Après les années 80 choisir cette orientation est devenu plus complexe.

Aujourd'hui, il est devenu difficile d'intégrer un institut pour y suivre la formation. Une fois inscrit pour suivre la scolarité, il y a peu ou pas de risque de ne pas obtenir le diplôme. La difficulté de la classe préparatoire ou du diplôme n'est que très peu mentionnée. Il semble que l'intensité même du cursus diplômant efface en partie la mémoire de cette étape préparatoire dans l'esprit des praticiens rencontrés.

Sont mentionnés par contre, et de façon quasi-systématique pour les jeunes praticiens, les coûts des formations. Ceux-ci sont globalement importants, varient considérablement d'un institut à un autre et nécessitent, si la famille ne peut pourvoir aux frais, la passation d'un prêt étudiant ou une activité salariée à temps partiel alors même que le temps requis par l'étude est énorme. L'échelonnement du remboursement du prêt éventuel pourra influencer sur le choix du premier poste.

Des formules d'alternance apparaissent. Elles permettent à un employeur de payer la formation à des étudiants qui passent en retour du temps dans l'établissement : en tant qu'auxiliaire le temps de la formation, puis en tant que salarié le temps d'une période d'engagement prédéfinie ensuite. Ces formules sont particulièrement bien accueillies par les étudiants les moins aisés. Certes, elles conduisent à un engagement mais guère plus que le remboursement d'un prêt qui impose de gagner rapidement de l'argent.

## ■ Deux logiques distinctes : la première année et les autres

Le cursus se déroule en trois années. La première est celle de l'apprentissage théorique massif. Elle s'apparente aux yeux des jeunes praticiens à une année de « bachotage intense ». Les cours y sont denses, les notions à intégrer nombreuses et, parfois, l'application pratique dans le métier peut sembler un peu lointaine. On y découvre cependant les premiers exercices et la formation aux gestes sur les camarades de promotion, on y reviendra.

Les deux années suivantes sont, elles, surtout marquées dans la mémoire des professionnels par la réalisation de stages en milieu hospitalier surtout, en centre parfois, en libéral occasionnellement. Le rythme de travail reste soutenu mais l'entrée dans la pratique professionnelle donne le sentiment « d'enfin aborder le cœur du sujet ».

In fine le cursus donne un sentiment mêlé de satisfaction et de saturation. Rencontrés au terme de leurs examens de 3ème année, les étudiants nous disent cependant leur enthousiasme pour le métier : enthousiasme confirmé pour ceux dont c'était une vocation affirmée, enthousiasme révélé pour ceux qui en sont venus à cette formation de façon plus fortuite ou subie.

## ■ Les stages, un révélateur parfois brutal

Ces stages sont supposés être les fondements de la pratique à venir. Ils jouent en effet le rôle de révélateurs : ils donnent envie de travailler au soin de certaines pathologies, font reconsidérer les types d'exercices et jouent très certainement un rôle affermissant, préparant le choix du premier poste.

*« Au début je voulais soigner des cas grave en hôpital. Avec les stages durant les études j'ai vu que c'était un milieu très fermé et qu'on ne pouvait pas bien y travailler. » Femme, libérale, 30 ans.*

*« La neurologie j'ai vu ça en stage à l'hôpital, ça m'a donné envie. C'est un univers que je ne connaissais pas. Une autre dimension au soin kiné. » Femme, étudiante, 24 ans.*

*« A mon entrée à l'école je ne voulais pas être en libéral, je les voyais comme des machines à sous qui ne traitent que du mal de dos. Aujourd'hui c'est moins clair, en fait tout est possible. Ça dépend de la volonté des gens. » Femme, étudiante, 23 ans.*

Si les stages en hôpital sont reconnus par tous, quoique fréquemment décevants car ils offrent une image assez routinière du travail effectué, le faible nombre d'heures passées en cabinet libéral est unanimement jugé problématique.

*« Il manque des stages en libéral même si je conçois que c'est difficile à mettre en place » Homme, libéral, 27 ans.*

Cela est d'autant plus vrai pour les praticiens les plus jeunes qui soulignent que, les étudiants s'orientant massivement vers le libéral à l'issue de leurs études, cette monochromie des stages leur est nuisible.

### ■ L'issue: les manques identifiés

Des différences existent dans les contenus du cursus selon les instituts, les étudiants rencontrés savent que tout n'est pas pareil partout. Cette disparité des contenus ne les préoccupe cependant pas et ils n'ont pas grand-chose à en dire. L'attitude principale est de mentionner la « force » de son propre institut et de valoriser sa réputation. L'idée que l'on puisse avoir suivi des cursus de contenus différents à la marge et obtenir le même diplôme est d'autant moins problématique que cette formation initiale est très vite associée à l'idée de devoir se former tout au long de la vie.

En effet, les praticiens et étudiants rencontrés sont tous d'accord pour dire que la formation initiale est trop courte. Elle est trop courte car elle prépare de façon inégale au traitement des pathologies ; elle est trop courte car elle ne prépare pas au contexte de l'exercice en libéral. Si certains peuvent déplorer un rythme si soutenu qu'il rend impossible la véritable assimilation des apprentissages :

*« La formation est complète tout en étant très rapide. Ça fait beaucoup à digérer en peu de temps, ça passe très vite. » Homme, étudiant, 23 ans.*

D'autres insistent plus spécifiquement sur le fait que l'apprentissage du soin des pathologies reste superficiel :

*« Le diplôme est général : on est spécialiste de rien. » Homme, étudiant, 23 ans.*

La formation prépare principalement à la rééducation, aux pathologies lourdes et à l'orthopédie ; cela est dû en partie au fait que les stages se fassent en milieu hospitalier. On y apprend le travail de cet exercice. Sont trop peu abordés par contre, l'uro-génital, la respiratoire, le traitement du « mal de dos » qui composent une grande part de l'exercice en libéral. Ceci amène certains professionnels à conclure :

*« La formation c'est apprendre des choses pour avoir le papier : ensuite le terrain c'est très différent. » Femme, libérale, 27 ans.*

Est également perceptible chez les étudiants et les tout jeunes diplômés, l'inquiétude suscitée par le traitement très rapide des questions liées à la gestion d'un cabinet en libéral. Si les questions des formalités administratives, des règles de base de comptabilité ou bien encore l'intérêt de se faire aider sur ces sujets sont abordés dans la formation, la dimension pratique de ces enseignements reste moindre. La majorité des étudiants envisageant à l'issue de leur formation de commencer par un exercice en libéral se trouvent démunis :

*« Après ma formation, la pratique ne me fait pas peur. C'est plutôt l'administratif qui m'inquiète. » Femme, étudiante, 23 ans.*

## ■ Une singularité pédagogique : tester sur soi même

L'enseignement en institut de kinésithérapie est marqué par une particularité : il est fondé sur la pratique sur soi ou ses camarades. Si l'usage de cette connaissance réflexive sur son propre corps est apprécié, il soulève également quelques questions :

- Il comporte des difficultés liées à la pudeur pour certains des étudiants : il n'est pas évident notamment en début d'année de se retrouver en groupe partiellement dénudé. Ces préventions ne durent généralement pas, surtout grâce à la répétition qui enlève toute importance à cette situation.
- Il pose les limites de l'exercice sur des corps jeunes : c'est-à-dire globalement en bonne santé et « non répugnants ». Difficile de traiter certaines pathologies sur des corps qui n'en souffrent pas ... une entorse, un lumbago ou un camarade bon sportif deviennent alors des occasions recherchées pour pratiquer.

Cette méthode reste un réflexe professionnel pour certains : faire les exercices que l'on prescrit est alors un préalable. Il faut comprendre physiquement leurs effets pour pouvoir mieux en parler et les utiliser. De même, il convient de tester sur soi-même le matériel que l'on souhaite utiliser.

*« Une méthode je l'essaie sur moi et ensuite sur le patient. Je fais les exercices proposés dans les ouvrages. Il faut toujours tester sur soi, appréhender son corps avant d'appréhender celui des autres. On a mal nous aussi, on se soigne et on voit si ça marche. »* Homme, libéral, 51 ans.



# Le parcours professionnel : le sur-mesure accessible à tous

---

*A l'issue de leur formation, les détenteurs du diplôme de masseurs-kinésithérapeutes voient s'ouvrir devant eux ce qui semble être une sorte d'eldorado. Le travail ne manque pas, et ce, quel que soit le mode d'exercice choisi.*

*En conséquence de cette relative facilité d'accès à l'emploi, les cadres d'exercice ne sont pas étanches : on passe aisément de l'un à l'autre, voire on participe des deux en parallèle (par exemple en étant libéral à mi-temps et salarié dans un centre à mi-temps également). Cette réalité alimente la représentation de leur profession par les masseurs-kinésithérapeutes comme une profession où tout est possible à tout moment.*

*Ce sentiment de liberté est un des aspects positifs principaux du métier : l'étendue des possibles permet aux professionnels de se sentir satisfait de leur mode de travail. En effet, par construction, s'ils ne s'y sentaient pas bien, ils pourraient en changer. Cela ne veut pas dire pour autant que tous les kinésithérapeutes rencontrés ont fait usage de cette possibilité de passer d'un exercice à un autre : la seule existence de cette possibilité est rassurante et satisfaisante.*

*De « grands moments » se dégagent au sein de la vie professionnelle des masseurs-kinésithérapeutes, ils structurent le développement des carrières même s'ils sont vécus différemment selon les modes d'exercice.*

## ■ Le premier job et la période de test

A l'issue de la formation initiale, les jeunes diplômés passent par une phase déterminante : le choix de leur premier mode d'exercice et les débuts dans leur premier « poste ».

L'installation en libéral est aujourd'hui la première voie suivie en nombre de diplômés concernés. Elle peut se passer de trois façons différentes selon les logiques formatives et financières des individus.

- La première possibilité est de commencer par effectuer des remplacements dans des cabinets. C'est un moyen de « vivre » l'exercice libéral sans s'engager nettement au sein d'un cabinet. Pour les professionnels rencontrés, cette expérience a été vécue comme un préliminaire, plus ou moins long (de quelques semaines à deux ou trois ans) avant l'association ou la création d'un cabinet. Cette première expérience possède ses contraintes : le professionnel y est relativement peu libre du choix de l'organisation tant temporelle que méthodologique de son travail ; il doit se conformer aux pratiques de la personne qu'il remplace. C'est pour beaucoup un moyen de clarifier comment ils souhaitent exercer leur métier, parfois en réaction aux pratiques de la personne remplacée.

- La deuxième possibilité est l'assistantat : le professionnel exerce en libéral. Il rétrocède une partie de ses revenus au masseur-kinésithérapeute propriétaire.

*« Comme je suis assistant, je ne me rends pas compte de la réalité des charges, mais je vis correctement de mon métier » Homme, libéral, 27 ans.*

Cette solution permet à certains d'exercer tout de suite en libéral - pour se constituer l'apport nécessaire à la création ou reprise d'un cabinet en propre – sans avoir la responsabilité de la gestion d'un cabinet. Cette solution est donc également une solution de court à moyen terme, elle est en fait présentée comme le préalable à la détention d'un cabinet.

*« Je vais commencer en tant qu'assistant : on est collègue il n'y a pas de lien hiérarchique. A terme, je veux ma propre petite entreprise. » Homme, étudiant, 23 ans.*

L'assistantat est assez fréquemment un passage obligé avant l'association entre un jeune et un praticien déjà installé. Cela permet de « se tester » mutuellement.

- La troisième possibilité en libéral est celle de l'intégration, création ou reprise d'un cabinet dès l'issue des études. Cela est parfois difficile pour des raisons financières, notamment si la poursuite des études a nécessité un emprunt.

Les enjeux de la création d'un cabinet se sont largement transformés au fur et à mesure du développement de la kinésithérapie. D'après les plus anciens, il y a trente ans, la création donnait un sentiment de risque: il fallait alors parfois deux à trois ans pour constituer une clientèle. Aujourd'hui, en six mois, une clientèle est constituée. Il semble donc facile de créer un cabinet même si certains professionnels de villes de province commencent à voir émerger un début d'étanchement de la demande en centre-ville.

*« La création ce n'était pas prévu. Mais racheter c'est assez cher et on ne sait pas ce qu'on achète. Alors pourquoi ne pas créer ? » Femme, libérale, 29 ans.*

La réflexion sur l'emplacement du cabinet devient donc potentiellement plus cruciale en milieu urbain. En milieu rural de faible densité la demande est telle que la localisation géographique, quelle qu'elle soit, ne représente pas de prise de risque.

Le premier poste peut aussi être un poste en hôpital. Pour le masseur-kinésithérapeute intéressé par un tel début de carrière, la voie est royale. Les hôpitaux recherchant désespérément du personnel, s'y faire recruter est aisé. Certains hôpitaux procèdent d'ailleurs à des pré-recrutements en institut en finançant une partie des études des étudiants en échange de quelques années d'exercice chez eux.

Pour les hôpitaux qui doivent fréquemment, par nécessité, faire appel à des professionnels à l'étranger (dans les établissements rencontrés il a surtout été fait référence à « la filière espagnole » qui organise la venue de jeunes diplômés espagnols pour un à trois ans en France), la candidature de jeunes diplômés est la bienvenue.

*« L'hôpital c'est sûr qu'il y a plein de lourdeurs mais ça permet de se donner confiance pour la suite. » Homme, salarié, 37 ans.*

*« A l'issue de ma formation je pensais ne pas être formé et donc j'ai cherché où me former : à l'hôpital, c'est là qu'on apprend. » Homme, salarié, 41 ans.*

Compte tenu des conditions de salaire de la fonction publique hospitalière jugées peu attractives, le premier poste en hospitalier est choisi dans trois situations : soit il s'agit de continuer à exercer dans un milieu sécurisant parce qu'encadré, soit il s'agit d'une volonté professionnelle d'investissement dans un champ disciplinaire « pointu », soit il s'agit d'une période de la vie personnelle qui nécessite de la disponibilité (de jeunes enfants à élever par exemple) et qui est un préalable à l'exercice en libéral.

Le cas du premier poste en salariat en centre de rééducation est un peu différent. Il est peut-être un plus difficile de s'y faire recruter qu'à l'hôpital car les postulants sont plus nombreux, du moins dans les centres de bonne réputation où il se pratique une kinésithérapie techniquement intéressante, dans un environnement professionnel stimulant. Les conditions de salaire semblent également plus attractives qu'à l'hôpital. Dans ces centres réputés, la concurrence à l'embauche peut être réelle.

### ■ Les changements de parcours

On l'a dit, les différents exercices ne sont pas étanches et un kinésithérapeute peut commencer en salariat hospitalier, partir en libéral, faire un passage en centre, retourner à l'hôpital ou bien tout le contraire. Les changements de parcours, s'ils ne sont pas la règle pour tous, sont très fréquents. Les professionnels les plus âgés rencontrés en entretien en sont la preuve :

*« J'ai fait un peu de libéral pour commencer. Ensuite, je suis allé en hôpital faire de la kiné respiratoire. Après, je suis passé au privé à but lucratif ; j'ai fait un retour au public après l'école des cadres il y a dix ans et je travaille aujourd'hui dans du privé à but non lucratif. Vous voyez, on peut exercer dans beaucoup de domaines et il n'y a pas de raisons de se restreindre ! »* Homme, salarié en centre, 56 ans.

Ces changements de cap obéissent cependant à des « schémas » relativement similaires selon les individus. Il s'agit principalement de ruptures d'équilibre : elles sont soit personnelles, soit professionnelles.

Dans les changements de cap initiés par des ruptures d'équilibres personnels on trouve la nécessité de suivre géographiquement un conjoint ou bien de le quitter, la naissance d'enfant ou bien la nécessité de préparer sa propre vieillesse. Ces causes peuvent être des motifs ou des occasions pour changer de type d'exercice.

La naissance d'enfants peut amener au passage du libéral vers le salariat en hospitalier pour se libérer du temps. A l'inverse, une fois les enfants grands, le professionnel peut repartir en libéral.

*« Je peux partir quand je veux. En libéral, je gagnerais le triple ou le quadruple. L'avantage là, c'est que je rentre chez moi et que je ne pense qu'à ma famille. »* Femme, salariée, 35 ans.

Pour d'autres, les changements de parcours se font au sein du même mode d'exercice, il s'agit plutôt ici de changer de modalité :

*« J'ai toujours été seul, j'ai eu des assistants mais ça ne me convient pas. Là je vais déménager pour un cabinet plus grand et je vais reprendre un assistant pour amortir les frais et aussi préparer ma vieillesse. » Homme, libéral, 45 ans.*

D'autres changements de parcours sont initiés pour des motifs professionnels : une association qui ne « marche » plus, un nouveau chef ou un nouveau collaborateur avec qui les choses ne se passent pas bien, en salariat une demande de temps partiel non acceptée, une progression bloquée ...

## ■ La formation professionnelle continue

La formation professionnelle continue est une pratique importante au sein de la profession. Son importance est soulignée par tous, mentionnée dès les études initiales et présentée comme un élément de vitalité du métier. Elle vient nourrir l'évolution de la pratique professionnelle et constitue des moments importants de la carrière.

Les motivations à se former sont multiples et non exclusives. Les temps investis sont très variables. Les formats de cursus également.

En libéral, deux optiques président au suivi de formations professionnelles continues : soit le professionnel se définit avant tout comme kinésithérapeute, généraliste ou spécialiste, et travaille à approfondir son expertise dans des gestes kiné soit il cherche à « élargir le spectre » de son action. Il est nécessaire de rappeler ici que ces formations sont suivies par les professionnels sur leur temps libre ou sur des jours ouvrés non travaillés qui sont un manque à gagner. Elles constituent ainsi un réel « investissement » de leur part.

Dans le premier cas, la formation permet de s'outiller pour pouvoir faire face à un besoin identifié au sein de la patientèle. « Urogynéco » et « kiné-respi » sont les exemples les plus fréquemment cités. Mais parce qu'on a un premier patient parkinsonien, ou un enfant autiste, le désir de bien soigner peut conduire à engager une formation spécifique pour un seul patient aussi.

*« La formation obligatoire je comprendrais. Si on est juste avec soi même on sait quand on est limite alors on se forme. [Elle cite les 5 formations qu'elle a faites dans l'année écoulée dont une longue de 2 semaines en urogynéco]. On fait la formation pour les patients qu'on a. » Femme, libérale, 25 ans.*

*« J'ai suivi une formation urogynéco. C'est parce que ça m'intéressait mais aussi parce que mes collègues sont des hommes qui ne voulaient pas le faire. » Femme, mi-temps libéral, mi-temps salariée, 23 ans.*

Dans le deuxième cas, les motivations sont plus variées : elles vont de la simple curiosité et du goût pour la formation, à chercher à « sortir de la routine », à résoudre des situations où on a l'impression de ne pas apporter la solution ou bien encore de la recherche du dé conventionnement en accédant à des pratiques non conventionnelles. La logique de dé conventionnement est rarement mentionnée en première intention.

*« La formation ça ne s'arrêtera jamais. J'éviterai les cursus diplômant. Il faut continuer d'apprendre pour mieux soigner. Je vois des praticiens qui ont des états d'âme. Ils s'ennuient. Ils ont fait zéro formation. On n'a pas le même enthousiasme. » Femme, libérale, 30 ans.*

Au total, la propension à se former est très variable : certains ne se forment pas beaucoup en début de carrière parce qu'ils sortent de l'école ou dès le milieu de carrière parce qu'ils n'en éprouvent pas le besoin ou « n'ont pas le temps ». Il semble à l'inverse qu'il y ait un assez large volet de praticiens qui sont à la fois curieux d'apprendre et mus par un souci de bien faire. Ceux là ont un réflexe de formation. Sous des formes courtes mais régulières : sur le modèle des associations de FMC médicales qui font des soirées thématiques, ou sous des formes plus soutenues (cycles de plusieurs jours alternés ou continus).

Enfin, les formations de « conversion », celles qui conduisent à une pratique conventionnées spécialisée ou déconventionnée, représentent des engagements très lourds. L'ostéopathie étant la figure maximaliste (2000 heures sur 6 ans environ et trois cycles : 2 ans, 3 ans et 1 an).

Pour les salariés, la formation professionnelle continue semble plus aisément accessible même si en réalité elle dépend de l'accord du référent ou de la possibilité d'être remplacé dans son poste. Elle n'est donc pas systématiquement obtenue. L'offre de formation accessible n'est pas ouverte, elle est contrôlée par l'institution employeuse. Elle est le plus souvent en lien direct avec la pratique en cours. Néanmoins, des modes se diffusent là aussi, et les techniques généralistes les plus en vogue, dès lors qu'elles restent orthodoxes, sont accessibles par la voie de la formation continue. C'est le cas des techniques de thérapies manuelles, c'est-à-dire de « l'ostéopathie du pauvre » comme l'a désigné un praticien.

## ■ Passer cadre

Pour les salariés, passer cadre c'est changer de métier, c'est évoluer notablement en terme de salaire mais au prix d'un changement de contenu. On quitte le soin et le geste technique pour investir des responsabilités managériales. Pour cette raison, certains salariés l'excluent, trop attachés au contenu du métier et au contact inhérent à la pratique.

*« Il manque des possibilités de progression dans la profession de kinésithérapeute en salariat : une fois qu'on est reconnu dans une spécialité que peut-on faire de plus ? On fait l'école des cadres pour progresser mais on s'éloigne du cœur de la profession et ce n'est qu'un pas de plus. Comment progresser ensuite ? C'est frustrant. » Homme, salarié en hôpital 41 ans.*

Dans le milieu hospitalier, où l'encadrement est plus souvent issu de la filière infirmière, passer cadre c'est aussi une manière de valoriser la profession.

Passer cadre est également une condition pour enseigner. Le souhait d'enseigner conduit certains praticiens à devenir cadre sans que cela ait été leur motivation première.

## ■ Des « possibles » variés au sein du même métier

Ce qui ressort des échanges et des observations des professionnels c'est à la fois la variété des exercices et des cheminements possibles et dans le même temps, la cohérence globale du métier.

En effet, les parcours professionnels sont très variés puisque les différents modes d'exercice peuvent fréquemment s'exercer en parallèle ou au fil de la carrière. Un kinésithérapeute sur le point de prendre sa retraite peut ainsi avoir pratiqué tous les modes d'exercice. Un kinésithérapeute en activité peut vivre en parallèle deux modes d'exercice (mi-temps libéral et mi-temps salarié). Les différents « mondes » professionnels sont donc connus de tous ceux qui s'y intéressent.

Il est possible, avec la même formation et le même bagage initial, de faire des métiers décrits comme différents moyennant une adaptation sur le tas ou des formations complémentaires. L'idée que « tout est possible » est partagée par l'ensemble des professionnels et c'est un des attraits principaux du métier.

L'idée que les deux principaux types d'exercices (libéral et salarié) soient antagonistes est donc une sorte d'idée reçue vidée de substance. Les professionnels rencontrés n'y croient jamais véritablement, ne serait-ce que parce qu'ils ont souvent eux-mêmes pratiqués les deux types d'exercice.

Pour autant, cette unité fondatrice des compétences initiales réinvesties au gré des choix individuels dans diverses modalités d'exercice ne permet pas à la profession d'accéder à une forme d'unité identitaire. Il reste à examiner les raisons de ce paradoxe apparent.

# V

## Références de la profession

# Une profession fragile

---

*En découvrant une profession par la façon dont chaque praticien l'investit, il en ressort d'abord une impression d'absence d'unité. Rien de plus normal dit un sociologue des professions « il n'y a pas de profession unifiée »<sup>8</sup>. Les discours insistent essentiellement sur les façons de se distinguer. Notre analyse nous focalise sur ces éléments de distinction énoncés ou non.*

*Mais, malgré cet effet inhérent à la méthode, les signes d'une identité professionnelle commune à la fois dans les discours et les pratiques restent difficiles à repérer. En guise de conclusion, nous examinons ici ce qui peut constituer un ensemble de références partagées, ou au contraire, ce qui peut être la marque d'un manque d'éléments de cohésion.*

*Nous nous risquons à une analyse qui conduit à un faible optimisme quant à la capacité qu'aurait la profession de faire corps pour gagner en reconnaissance. Si, selon le cadre d'analyse posé par Claude Dubar, on analyse les enjeux politiques, éthiques et économiques associés à la profession de masseur-kinésithérapeute, on constate en effet qu'elle est en de nombreux points fragiles. S'ajoute, cause ou conséquence de cette fragilité de corps, une fragilité de métier liée au peu de références scientifiquement consacrées pour sa pratique.*

- Un cadre légal fondateur mais une position perçue de relative faiblesse dans la négociation de ce cadre

Le code de la santé publique qui institue la profession, le diplôme d'État qui conditionne la pratique, fondent un corps professionnel « séparé » à l'identité clairement établie. Néanmoins, placée dans la hiérarchie symbolique des métiers de santé au niveau des « auxiliaires médicaux », placée dans l'organisation pratique des soins dans une position hétéronome vis-à-vis des médecins, formée dans les marges du système universitaire de santé, titulaire d'un titre faiblement valorisé dans les grilles hospitalières, la profession apparaît dans une position de relative faiblesse dans sa capacité à se faire reconnaître par l'État. Peut-être parce qu'elle est trop peu présente à l'hôpital, la profession ne dispose pas d'un lieu de négociation opérant susceptible de la faire se constituer en corps intermédiaire. La force politique de la profession paraît ténue, ses moyens d'agir objectivement limités.

Les professionnels disent que la profession est mal défendue, mal traitée par l'assurance maladie, méprisée parfois par les médecins, marginale à l'hôpital. Cela conduit à de la résignation plus qu'à un développement de la volonté de combat. Les masseurs-kinésithérapeutes semblent relativement peu préoccupés du devenir de leur profession de façon générale. Bien sûr, certains sujets les font réagir mais cela semble plus de l'ordre de la plainte convenue que d'un véritable engagement.

Cause ou conséquence, les formes historiques de coalitions mises en œuvre par les masseurs-kinésithérapeutes pour faire valoir les positions politiques et économiques de la profession, ne

---

<sup>8</sup> Dubar C., Tripier P., 2005, « Sociologie des professions », Armand Colin.



bénéficient pas d'une image à même de renforcer cette capacité d'action collective. Les syndicats ne sont pas évoqués spontanément lors des entretiens. La plupart des praticiens n'ont pas de vision de l'action des syndicats. Les étudiants ne savent pas citer le nom des grands syndicats majoritaires. Pour ceux qui en savent un peu plus, ils notent surtout qu'il existe deux grands syndicats et que ceux-ci sont en rivalité très forte. De là à dire quels sujets sont débattus et défendus par ces deux instances... le pas n'est généralement pas fait.

Assez curieusement, les syndicats ne sont parfois mentionnés qu'à la périphérie d'un discours sur l'Ordre : les kinésithérapeutes disent alors que la création de l'Ordre n'était pas vraiment utile car les syndicats existaient déjà ou bien qu'au contraire il fera mieux le travail des syndicats. Ils ne savent pour autant pas dire quelles fonctions ils accordent à ces mêmes syndicats.

Parce qu'il est de création récente, au contraire des syndicats, l'Ordre est très fréquemment spontanément évoqué. Sa création suscite trois types de réaction :

- la plus visible car la plus virulente : la réaction hostile. L'Ordre est perçu comme un « oppresseur » qui « rackette » les professionnels. L'obligation de la cotisation a diabolisé dès le début son image et a braqué certains kinésithérapeutes. Dès lors, ceux-ci n'essaient même plus de comprendre à quoi peut servir une telle instance : ils sont en guerre, ou du moins en état de siège. Chez les salariés, notamment en hôpital, cela a pu prendre la forme du refus de prendre des étudiants en stage.

*« L'ordre, c'est navrant. On ne paye pas dans le service. On est relativement soutenu par la direction même si ce n'est pas officiel. On nous a rappelés à l'ordre pour prendre des stagiaires. J'ai deux reproches. D'abord on y retrouve des représentants syndicaux qui ont bullé pendant des années et qui n'ont rien fait pour la profession. Et puis il y a leurs dépenses pharaoniques. Pour les salariés, ça n'a pas de sens. Je n'ai pas besoin d'être défendue, j'ai une hiérarchie, j'ai des syndicats hospitaliers. On a l'impression qu'ils se sentent investis d'un pouvoir et qu'ils se servent. » Femme, salariée, 57 ans.*

- la deuxième réaction : l'attentisme. Certains professionnels sont dans un état d'esprit légèrement différent ; ils se sont faits à l'idée de la création de l'Ordre même s'ils n'y voient pas forcément de logique bien claire ni d'intention. Ils peuvent placer des espoirs dans cette nouvelle instance, surtout pour sortir de l'impasse dans laquelle les syndicats laissent la profession.

*« Le conseil de l'ordre, c'est bien sans plus, on va voir. Ça nous rend autonomes, c'est important par rapport aux pouvoirs publics. J'espère qu'ils nous représenteront mieux que les syndicats avec leurs guerres intestines. Quand l'un signe, l'autre ne signe pas par principe. C'est insupportable. » Homme, libéral, 51 ans.*

- la troisième réaction : le doute. Si ces professionnels se refusent à un discours militant sur l'Ordre, ils doutent néanmoins de son efficacité et de sa légitimité. Les premiers signes de vie de l'Ordre ne leur semblent pas encourageants.

On voit par là que les organisations professionnelles susceptibles de défendre les intérêts politiques (place dans le système de santé publique) comme économiques (convention d'assurance maladie) ne paraissent pas s'appuyer sur une base de soutien forte, les

praticiens que nous avons rencontrés tiennent plutôt un discours distant et incrédule, au mieux attentiste.

### ▪ Un « modèle » partagé de soin mais des façons de soigner diverses

La profession ne semble pas tant divisée entre une logique marchande et une logique thérapeutique ou entre un monde libéral et un monde salarié qu'entre une logique du bon soin et du soin bâclé. Lorsque les kinésithérapeutes donnent leur avis sur ce que sont les bons kinés et les mauvais, on remarque rapidement que le clivage libéral / salarié n'est pas le bon. En effet, il n'existe pas de discours d'opposition de principe entre les deux exercices qui ferait dire que l'autre est irresponsable ou incompetent. Ce qui permet de différencier un bon kiné d'un mauvais c'est avant tout l'attention qu'il porte à son patient. Cette qualité d'attention lui permet d'éviter les écueils qui feraient de lui un mauvais praticien :

- il ne prend pas son patient pour un numéro : c'est-à-dire qu'il connaît ou cherche à connaître ce qui amène le patient chez lui, ses antécédents, son environnement ... Lorsqu'il ne dispose pas des informations nécessaires pour mener à bien son travail (ce qui est fréquent) il cherche à les obtenir.
- il ne prend pas son patient pour une traumatologie ou un bout de corps : il considère le patient dans son intégralité même s'il ne travaille qu'un point spécifique. Il est attentif aux effets globaux de son travail sur son patient.
- il ne prend pas son patient pour des euros : il donne toute son attention au patient durant le laps de temps qu'il juge nécessaire. Ici, les dénonciations sont virulentes autour de la notion de « rentabilité » qui semble mal s'accommoder de la notion de santé dans l'esprit des professionnels. Ainsi, un praticien qui traite trop de monde en même temps sera sévèrement jugé par ses pairs car la qualité des soins et leur personnalisation aux caractéristiques du patient seront jugées mise de côté au bénéfice du profit financier retiré.

En creux de la critique vis-à-vis des mauvais, comme au cœur du discours d'autolégitimation des praticiens qui sortent du champ conventionnel pour réaliser « des soins de qualité », se trouve la question du temps passé avec le patient. Or ce temps qui est la *condition du bon soin*, serait insuffisamment rétribué par les tarifs conventionnels. Le bon soin est ainsi empêché par le système lui-même et le « mauvais » praticien en vient à être excusé de ses pratiques.

Ainsi, la référence au soin demeure l'axe structurant de l'identité professionnelle, et trouve son expression dans la préférence réaffirmée pour les actes thérapeutiques par opposition aux actes de bien-être, mais en revanche, la façon de soigner distingue très nettement les praticiens. Tout semble se passer comme si un nombre significatif de praticiens s'exonéraient d'une part d'éthique professionnelle sans que les institutions chargées de garantir les pratiques de soin ne les distinguent ni ne les sanctionnent. La profession se vit ainsi comme traversée par une ligne de clivage éthique, qui n'est rendue possible que par la relative indifférence des autorités. Ces dernières devraient, selon eux, assurer une rétribution équitable des efforts consentis par chacun.

Les praticiens les plus vertueux (ceux qui se définissent comme tel par comparaison à ceux qui ne respectent pas les principes du soin de qualité) ont le sentiment de développer une pratique désintéressée. Mais on peut s'interroger sur le caractère tenable de cette position dans un système qui ne fournit pas au praticien d'autres récompenses que celle qu'il

s'attribue en préservant son estime de soi. Pour mieux évaluer cette capacité à « tenir » la bonne position, il serait nécessaire de mieux apprécier la faculté de la patientèle à distinguer les pratiques et à révéler cette hiérarchie des positions éthiques.

### ■ Une profession sans pratiques de référence : les ambiguïtés de la liberté de pratique

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

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

*« Il y a autant de kinésithérapies que de kinésithérapeutes » Homme, libéral, 46 ans.*

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

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

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

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

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

# ANNEXES

- A. Composition du Comité de Pilotage
- B. Liste des personnes rencontrées
- C. Ressources documentaires
- D. Structure de l'échantillon des personnes rencontrées
- E. Repères sur la kinésithérapie en Europe et à l'étranger

# ANNEXE A

## Composition du Comité de Pilotage

---

### Président du comité de pilotage :

Pr. Yvon BERLAND, Président de l'ONDPS

### Membres du comité de pilotage :

**CNAMTS** M. Claude GISSOT  
Direction de la stratégie, des études et des statistiques

### Ministère de la Santé et des Sports :

**DGS** Mme Michèle BRIAN, PP - Politique des pratiques et des produits de santé, PP1 - Qualité des pratiques et recherche biomédicale, CNMBRDP, aspects juridiques, autorisations

**DHOS** Mme Anne DARDEL, chargée de mission Métiers Compétence Formation, Sous-Direction des professions paramédicales et personnels hospitaliers - Bureau P1

**ONDPS** Mme Martine BURDILLAT  
Secrétaire générale

Dr. Dominique BAUBEAU  
Chargée de mission

### Professionnels de santé :

#### **Conseil national de l'Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes (CNOMK)**

M. Éric PASTOR, Secrétaire général du CNOMK et membre du Conseil d'orientation de l'ONDPS

#### **Collège national de la Kinésithérapie salariée (CNKS)**

M. Yves COTTRET, Président

#### **Fédération française des Masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs (FFMKR)**

M. Alain BERGEAU, Président

M. Pol LORIN, Conseiller Fédéral de la Région Champagne Ardenne Lorraine de la FFMKR

#### **Fédération nationale des étudiants en kinésithérapie (FNEK)**

M. Philippe LOUP, Président

M. Baptiste MICHAUX, Président

#### **Syndicat National des Instituts de Formation en masso-kinésithérapie (SNIFMK)**

M. Philippe SAUVAGEON, Président

#### **Société française de Médecine physique et de réadaptation (SOFMER)**

Pr Alain YELNIK, Président

Dr François DANIEL, Membre SOFMER

#### **Syndicat national des Masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs (SNMKR)**

M. Tristan MARÉCHAL, Président

## ANNEXE B

### Personnes rencontrées

---

Haute autorité de santé (HAS), Service de l'évaluation de pratiques, Jean-Michel CHABOT, Conseiller technique auprès du Directeur

Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), Jean-Pierre ROBELET, Directeur de l'offre de soins

Conseil national de l'Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes (CNOMK), Éric PASTOR, Conseiller national

Fédération française des Masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs (FFMKR), Alain BERGEAU, Président

Syndicat national des Masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs (SNMKR), Tristan MARECHAL, Président

Collège national de la Kinésithérapie salariée (CNKS), Yves COTTRET, Président et Eric ROUSSEL

Société Française des Kinésithérapeutes du Sport (SFKS), Franck LAGNAUX, Président

Société française de Médecine physique et de réadaptation (SOFMER), Dr François DANIEL

Fédération nationale des étudiants en kinésithérapie (FNEK), Philippe LOUP, Président

Institut de formation en Masso-kinésithérapie (IFMK) de Marseille, Philippe SAUVAGEON, Directeur

Institut de formation en Masso-kinésithérapie (IFMK) de Paris Assas, M. CHARLES, Directeur

Institut de formation en Masso-kinésithérapie (IFMK) d'Amiens, M. AUDEMER, Directeur

Institut de formation en Masso-kinésithérapie (IFMK) de Saint Maurice, Mme BERGEAU, Directrice

Quatre entretiens exploratoires ont été menés avec des praticiens en exercice :

- Libéral (seule), Paris, pratique « standard », 40 ans
- Libéral, Seine Saint Denis, « Mézieriste », 53 ans
- Salarié, Val de Marne, CAMSP, 60 ans
- Libéral (cabinet de groupe), Montauban (82), pratique standard, 45 ans.

Enfin, deux entretiens, visant à éclairer les chiffres sur la kinésithérapie en Europe, ont été menés avec Jean-Paul Belgrado, professeur, et Jean-Jacques Moraine, directeur, à l'Institut des Sciences de la Motricité de l'Université Libre de Bruxelles.

## ANNEXE C

### Ressources documentaires

---

SICART D., 2008, **Les médecins – estimation au 1<sup>er</sup> janvier 2008**, *Documents de travail*, série Statistiques, DREES, N°127, octobre.

SICART D., 2009, **Les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2009**, *Documents de travail*, série Statistiques, DREES, N°131, avril.

SICART D., 2008, **Les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2008**, *Documents de travail*, série Statistiques, DREES, N°123, mai.

JOLLY D., 2009, **La formation aux professions de santé en 2007**, *Documents de travail*, série Statistiques, DREES, N°128, janvier.

ORS Bourgogne, DRASS Bourgogne, 2006, **Besoins en masseurs-kinésithérapeutes en région Bourgogne**.

DARRINÉ S., 2003, **Projections du nombre de masseurs-kinésithérapeutes en activité en France à l'horizon 2020**, *Documents de travail*, série Études, DREES, N°34, septembre.

Kiné Point Presse, 2006, « **Kinésithérapie et système de santé allemand** », interview avec **Malika Radunz, kinésithérapeute allemande**, N°6, août.

Kiné Point Presse, 2006, « **Complément d'enquête : la kinésithérapie en Allemagne** », N°7, novembre.

Kiné actualité, 2008, « **Les physiothérapeutes ne se consacrent qu'aux soins** », interview avec **Lucie Forget, physiothérapeute et présidente de l'Ordre du Québec**, N°1125, 16 octobre .

Kiné actualité, 2008, « **Notre profession n'est ni encadrée ni protégée** », interview avec **Elena Caciulan, docteur en kinésithérapie en Roumanie et présidente de la Fédération internationale de physiothérapeutes francophone**, N°1119, 4 septembre.

LARDRY J.-M., 1998, **Les études de kinésithérapie en Europe**, Editions Masson.

European Region of the World Confederation for Physical Therapy (ERWCPT), 2005, **Number of physiotherapists**.

European Region of the World Confederation for Physical Therapy (ERWCPT), 2005, **Summary of Physiotherapy Education within the European Educational system**.

European Region of the World Confederation for Physical Therapy (ERWCPT), 2005, **The practice of physiotherapy in Europe**.

European Region of the World Confederation for Physical Therapy (ERWCPT), 2002, **European core standards of physiotherapy practice**.

European Region of the World Confederation for Physical Therapy (ERWCPT), 2003, **European physiotherapy benchmark statement**.

**Sites Internet :**

CNOMK - <http://www.cnomk.org>

FNMKR - <http://www.ffmkr.org>

SNMKR - <http://www.snmkr.fr>

FNEK - <http://fnek.org>

CNKS - <http://www.cnks.org>

SFMKS - <http://kinedusport.fr>

Revues Kiné Actualité - <http://www.kineactu.com>

Société Française de Physiothérapie - <http://sfk.kinemia.fr>

Fédération Internationale des Organisations de Physiothérapeutes Francophones (F.I.O.P.F) - <http://fiopf.org>

ERWCPT - <http://www.physio-europe.org>



## ANNEXE D

### Structure de l'échantillon de personnes interrogées

---

#### Praticiens

**46 praticiens** ont été rencontrés sur leur lieu de travail.

Les entretiens non directifs ont duré en moyenne 1 heure à 1 heure 15.

#### Type de pratique :

Libéraux : 33 entretiens

Salariés : 13 entretiens dont :

- Hôpitaux publics : 8 entretiens
- Centres de rééducation : 4 entretiens
- Centres de soin et bien être : 1 entretien

#### Territoires d'enquête :

Paris : 14 entretiens

Créteil/Val de marne : 4 entretiens

Dijon : 8 entretiens

Marseille-Aix en Provence : 9 entretiens

Seine maritime (hors villes) : 12 entretiens

#### Sexe et âge :

| âge             | F         | H         | Total     |
|-----------------|-----------|-----------|-----------|
| Moins de 35 ans | 10        | 7         | 18        |
| De 35 à 49 ans  | 8         | 8         | 15        |
| 50 ans et plus  | 3         | 10        | 13        |
| <b>Total</b>    | <b>21</b> | <b>25</b> | <b>46</b> |

#### Étudiants

12 étudiants de fin de 3eme année d'IFMK ont été rencontrés :

4 de l'IFMK de Marseille

4 de l'ENKRE (Saint Maurice)

4 de l'IFMK de Paris Assas

## ANNEXE E

### Repères sur la kinésithérapie en Europe et à l'étranger

---

*Il est très difficile de trouver des données fiables, complètes et récentes sur l'état de la kinésithérapie en Europe et à l'étranger. Les entretiens avec les représentants de la profession et les experts ont d'ailleurs révélé un certain manque de visibilité sur ce qui se passe en dehors de la France. On nous a parlé d'une expérience en Suède, de certaines pratiques en Australie, au Danemark, au Québec... mais les éléments d'analyse sont plutôt épars et peu décrits.*

*Les pages suivantes ont été élaborées à partir de données statistiques, recueillies principalement auprès de l'ERWCPT (European Region of the World Confederation for Physical Therapy). L'ERWCPT a recueilli ces données par questionnaire envoyé à un représentant de la profession dans chacun des pays concernés. Après examen, il semble que ces données soient encore incomplètes, ou ne traduisent pas tout à fait la réalité. Par exemple pour la France, les chiffres de l'ERWCPT annoncent 45000 praticiens en France, alors qu'ils sont 64300. Il se peut que l'ERWCPT ait référencé uniquement les kinésithérapeutes libéraux. N'étant pas en mesure de vérifier chacun des chiffres de l'ERWCPT auprès des instances nationales des pays Européens, nous avons fait le choix de présenter les données ici, en gardant une grande prudence sur leur interprétation.*

*Par ailleurs, des témoignages de quelques praticiens et de représentants de la profession à l'étranger ont permis de donner un peu de corps aux seules données chiffrées.*

## La démographie en Europe : quelques chiffres

**Ci-après les données rassemblées par l'ERWCPT<sup>9</sup>. Il faut rappeler que ces données ont été récoltées par l'ERWCPT auprès d'un représentant de chacun des pays, ils ne sont pas produits par des organismes de statistiques nationaux. Par ailleurs, ces données datent de 2003 et de 2005. Il convient donc d'être prudent dans leur interprétation.**

En ce qui concerne le nombre de professionnels, seuls quatre pays ont plus de 35 000 kinésithérapeutes. La France se situe en seconde position (45 000 professionnels indiqués dans le tableau, 64 300 en réalité), précédée de loin par l'Allemagne (75 000), et suivi par l'Italie (40 000) et le Royaume-Uni (35 952).

Ces pays ont d'ailleurs un rapport nombre d'habitants/nombre de kinésithérapeutes proche de celui de la France : entre 1 100 et 1 600 habitants/kinésithérapeute.

On note qu'en Roumanie, bien qu'un nombre assez important de kinésithérapeutes soient diplômés, il y a finalement peu de professionnels au regard du nombre d'habitants (26 000 habitants/kinésithérapeute !). Le rapport est plutôt inverse dans les pays du Nord de l'Europe : Finlande (427 habitants/kinésithérapeute), Norvège (471), Suède (576), Danemark (567), Islande (573), et Belgique (575). Généralement, ces mêmes pays présentent un taux de chômage chez les kinésithérapeutes, mais celui-ci reste relativement faible : 6 % en Finlande, 1% en Norvège, 3.5 % au Danemark par exemple. Le lien entre la démographie des kinésithérapeutes et le taux de chômage n'est cependant pas systématique : certains pays ont un taux de chômage élevé bien que le rapport nombre d'habitants/nombre de kinésithérapeutes ne soit pas fortement disproportionné, par exemple la Grèce (2120 habitant/MK, et un taux de chômage de 10 %), ou la Bulgarie (1 578 habitants/MK et un taux de chômage de 15 %).

| Country                               | Number of Inhabitants | Number of Physiotherapists | Inhabitants per Physiotherapist |
|---------------------------------------|-----------------------|----------------------------|---------------------------------|
| <a href="#">Austria</a>               | 8.174.762             | 6000                       | 1362                            |
| <a href="#">Belgium</a>               | 10.348.276            | 18000                      | 575                             |
| <a href="#">Bulgaria</a>              | 7.891.065             | 5000                       | 1578                            |
| Croatia - 2003                        | 4.437.460             | NA                         | NA                              |
| <a href="#">Cyprus</a>                | 758.636               | 280                        | 2709                            |
| <a href="#">Czech Republic</a>        | 10.272.179            | 5000                       | 2054                            |
| <a href="#">Denmark</a>               | 5.336.394             | 9408                       | 567                             |
| <a href="#">Estonia</a>               | 1.431.471             | 238                        | 6027                            |
| <a href="#">Finland</a>               | 5.167.486             | 12100                      | 427                             |
| <a href="#">France</a>                | 59.329.691            | 45000                      | 1318                            |
| <a href="#">Germany</a>               | 82.797.408            | 75000                      | 1103                            |
| <a href="#">Greece</a>                | 10.601.527            | 5000                       | 2120                            |
| <a href="#">Hungary</a>               | 10.138.844            | 3500                       | 2897                            |
| <a href="#">Iceland</a>               | 286.575               | 500                        | 573                             |
| <a href="#">Ireland</a>               | 3.797.257             | Not known                  | NA                              |
| <a href="#">Italy</a>                 | 58.057.477            | 40000                      | 1451                            |
| <a href="#">Latvia</a>                | 2.404.926             | 260                        | 9249                            |
| <a href="#">Lebanon</a>               | 3.578.036             | 1060                       | 3375                            |
| <a href="#">Liechtenstein</a>         | 32.207                | 41                         | 785                             |
| <a href="#">Luxembourg</a>            | 437.389               | 370                        | 1182                            |
| <a href="#">Netherlands</a>           | 15.892.237            | 19000                      | 836                             |
| <a href="#">Norway</a>                | 4.481.162             | 9500                       | 471                             |
| Poland - 2003                         | 38632453              | 10000                      | 3863                            |
| Portugal - 2003                       | 10335559              | 2000                       | 5168                            |
| Romania - 2003                        | 22430457              | 860                        | 26082                           |
| <a href="#">Serbia and Montenegro</a> | 10.662.087            | 1500                       | 7108                            |
| <a href="#">Slovenia</a>              | 1.927.593             | 1044                       | 1846                            |
| <a href="#">Spain</a>                 | 40.280.780            | 22000                      | 1831                            |
| <a href="#">Sweden</a>                | 8.873.052             | 15400                      | 576                             |
| <a href="#">Switzerland</a>           | 7.262.372             | 10000                      | 726                             |
| <a href="#">Turkey</a>                | 58.893.918            | 3500                       | 19684                           |
| <a href="#">United Kingdom</a>        | 60.270.708            | 35952                      | 1676                            |

Source : « Number of physiotherapists », European Region of the World Confederation for Physical Therapy, 2005.

<sup>9</sup> ERWCPT : European Region of the World Confederation for Physical Therapy

## Pratique et modes d'exercice à l'étranger

*Il existe peu de données chiffrées fiables et récentes sur les pratiques et les modes d'exercice des kinésithérapeutes en Europe et à l'étranger. Il est par ailleurs difficile de les interpréter correctement sans une remise dans le contexte de chaque pays examiné. A défaut, il serait imprudent de comparer des chiffres bruts et disparates.*

*Nous avons fait le choix nous concentrer sur 5 pays pour lesquels nous avons recueilli des témoignages de praticiens et/ou de représentants de la profession : l'Allemagne, la Roumanie, l'Italie, la Belgique, et le Québec.*

- pour l'Allemagne, interview avec Malika Radunz, kinésithérapeute allemande, publié dans « Kiné Point Presse » n°6, août 2006.
- pour le Québec et la Roumanie, interviews avec Lucie Forget, physiothérapeute et présidente de l'Ordre du Québec, et avec Elena Caciulan, docteur en kinésithérapie en Roumanie et présidente de la Fédération internationale de physiothérapeutes francophones, publiés respectivement dans le numéro 1125 (16 octobre 2008) et le numéro 1119 (4 septembre 2008) de la revue « Kiné actualité ».
- pour l'Italie et la Belgique, entretiens menés par Plein Sens avec Jean-Paul Belgrado, professeur, et Jean-Jacques Moraine, directeur, à l'Institut des Sciences de la Motricité de l'Université Libre de Bruxelles.

**Ce petit échantillon donne déjà à voir la diversité qui caractérise la profession dans le monde.**

### ■ Les modes d'exercice

En termes de répartition entre libéraux et salariés, **l'Italie** est le contraire de la France, avec une grande majorité de salariés, qui exercent en hôpital ou en centre privé. On trouve d'ailleurs d'énormes centres, avec plus d'une centaine de praticiens. Ces derniers sont formés au salariat. Il y a en Italie deux types de professionnels :

- les masseurs-kinésithérapeutes
- les masseurs. Ces derniers sont libres de leur exercice, exercent souvent en libéral, et ne sont pas remboursés. Ils ont un numéro de TVA et sont inscrits dans un registre. On y trouve beaucoup de STAPS.

**En Belgique**, la situation est comparable à la France : il y a 80 % de libéraux. Les 20 % de salariés exercent principalement en hôpital.

**Au Québec**, environ 50 % des physiothérapeutes sont salariés, dans des établissements hospitaliers, des CLSC (Centres locaux de services communautaires) ou en entreprise.

**En Roumanie**, la quasi-totalité des praticiens sont salariés en hôpital. Il n'existe qu'une trentaine de libéraux, principalement installée à Bucarest.

**En Allemagne**, la kinésithérapie est soit libérale soit salariée. Les salariés peuvent travailler soit chez un confrère soit en centre privé ou public.

### ■ Les spécialités

Il n'y a pas de spécialité **en Italie**.

**En Belgique**, on parle volontiers de « spécialités » bien qu'elles ne soient pas légalement reconnues en tant que telles. Les spécialités se sont fortement développées depuis une quinzaine d'années, en raison de la forte concurrence créée par le nombre très élevé de praticiens à une certaine période (la Belgique compte 15 établissements de formation qui déversent autour de 1 000 diplômés par an sur ce petit pays). La spécialisation a été un moyen pour les praticiens de se distinguer des autres, et de garder ainsi une activité suffisante. Aujourd'hui, le contexte démographique a changé, mais cette tendance à la spécialisation est restée. On ne trouverait de kinésithérapeutes « vraiment généralistes » que dans les zones rurales.

## ■ La prise en charge des soins

**En Italie** les soins sont remboursés si le patient a une prescription médicale et qu'il est pris en charge à l'hôpital. Si le patient est soigné chez l'un des rares kinésithérapeutes privés ou dans un centre privé, les soins sont remboursés en totalité si le praticien est conventionné (via un système de réduction d'impôt). Sinon, un système de ticket modérateur intervient (remboursement partiel).

**En Belgique**, les soins sont remboursés avec un système de quota : le médecin ne peut prescrire que 2 X 9 séances par an. Si le patient dépasse ce quota, il doit payer les séances, sauf si le kinésithérapeute fait une demande de dérogation au médecin conseil.

**Au Québec**, les soins sont remboursés si les patients sont pris en charge par un établissement public, à domicile par l'intermédiaire de CLSC ou suite à un accident du travail ou de la route. Mais les délais d'attente pour bénéficier des structures publiques sont très longs, ce qui incite les patients à se diriger vers les cabinets privés, où ils ne bénéficient pas d'une prise en charge financière publique. Cependant de nombreux patients du privé sont remboursés par une mutuelle ou un programme d'assurances collectives. En général les mutuelles laissent un reste à charge au patient d'environ 20 %, et fixent un montant annuel à ne pas dépasser.

**En Roumanie**, les patients qui se rendent dans un des rares cabinets privés ne sont pas remboursés par l'assurance maladie, sauf si le cabinet intègre un médecin.

**En Allemagne**, l'assurance maladie rembourse 85 % es soins de kinésithérapie, et le patient doit participer à hauteur de 15 % aux frais de soins. Depuis 2004, il doit payer en plus 10€ pour les frais de prescription. Il n'existe qu'un système de soins conventionnés. La déconvention est interdite. Les dépassements d'honoraires sont interdits, sauf pour les caisses privées où le taux de dépassement ne doit pas excéder 1.6 X le tarif.

## ■ Le rôle de la prescription et du bilan

**En Belgique**, les masseurs-kinésithérapeutes n'appartiennent pas au groupe des professions médicales, mais au groupe des professions de « l'Art de guérir », composé des médecins, des dentistes, des pharmaciens et des kinésithérapeutes. Néanmoins, comme en France, ils sont soumis à une prescription médicale. Dans celle-ci, le médecin donne un diagnostic, et prescrit de la kinésithérapie sans préciser de nombre de séances ou de traitement. Il revient au praticien de faire un bilan et d'indiquer le plan de traitement dans un rapport, qu'il doit envoyer au médecin. Comme en France, il est encore rare que les kinésithérapeutes envoient ce rapport au médecin.

**Au Québec**, les physiothérapeutes libéraux (50 % de la profession) ont le droit d'exercer sans prescription depuis le début des années 1990.

**En Allemagne**, pour pallier au déficit de l'assurance maladie, un catalogue de soins a été rédigé en 2001, dans lequel tous les diagnostics engendrant de la kinésithérapie ont été référencés. Il précise pour chaque diagnostic le nombre de séances et de prolongations autorisées par trimestre. Au verso de la prescription du médecin figure un formulaire de bilan à remplir par le kinésithérapeute et à retourner au médecin. Les bilans sont rarement envoyés car non payés.

La complexité de ce catalogue et le manque de temps pour le consulter font que les médecins ont tendance à moins prescrire de kinésithérapie.

## ■ La situation sociale et économique des praticiens

**En Italie**, les salaires des kinésithérapeutes sont assez modestes. La plupart des salariés hospitaliers profitent de ce que les horaires de travail à l'hôpital sont réduits (8h-13h) pour exercer à leur compte. Beaucoup feraient du soin à domicile, souvent rémunéré au noir.

**La Roumanie** compte environ 1 kinésithérapeute pour 26 000 habitants, ce qui la relègue à la dernière place européenne. La profession est en situation de sous-emploi, car elle est composée de salariés pour l'essentiel, et le nombre de postes en hôpital est réduit. Les salaires sont très faibles : de 200€/mois pour un débutant à 400€/mois pour un kinésithérapeute de 15 à 20 ans d'expérience.

**En Allemagne**, la situation sociale et économique des kinésithérapeutes dépend des régions : certaines ont une grosse demande de kinés (notamment parce qu'elles possèdent de gros centres de rééducation, comme près de la mer Baltique). En zone rurale, la demande est également forte. En ville, c'est l'inverse. Les hôpitaux embauchent peu. Les salaires sont faibles : à « Berlin Ouest », un salarié débutant gagne 9€/heure, soit 1 170€ brut pour 30 heures, ce qui laisse 918€ net après déduction des impôts et des charges sociales. A « Berlin Est », ce n'est plus 9 mais 7,50€. En 2005, 5 961 kinésithérapeutes allemands étaient au chômage.

## Quelques chiffres sur la formation en Europe

**Les formations initiales en kinésithérapie sont très disparates en fonction des différents pays européens, que ce soit au niveau du déroulé des études, de leur contenu, ou des types de qualifications obtenues. L'absence d'harmonisation européenne rend difficile les comparaisons directes. Il faut donc prendre les chiffres présentés ici avec précaution.**

**Ces chiffres sont issus de deux documents :**

- « *Summary of Physiotherapy Education within the European Educational system* », une étude publiée par European Region of the World Confederation for Physical Therapy en 2005. Ce rapport ne se limite pas aux pays de l'U.E., ce qui permet d'avoir une vision sur qui se passe en Europe au sens large.
- une étude plus ancienne, datant de 1998 : « *Les études de kinésithérapie en Europe* », de J.-M. Lardry, Editions Masson.

**Des données plus qualitatives ont été recueillies dans des interviews menés avec des praticiens étrangers :**

- pour l'Allemagne, un interview avec Malika Radunz, kinésithérapeute allemande, publié dans « *Kiné Point Presse* » n°6, août 2006.
- pour le Québec et la Roumanie, des interviews avec Lucie Forget, physiothérapeute et présidente de l'Ordre du Québec, et avec Elena Caciulan, docteur en kinésithérapie en Roumanie et présidente de la Fédération internationale de physiothérapeutes francophones, publiés respectivement dans le numéro 1125 (16 octobre 2008) et le numéro 1119 (4 septembre 2008) de la revue « *Kiné actualité* ».
- pour l'Italie et la Belgique, un entretien mené par Plein Sens avec Jean-Paul Belgrado, professeur, et Jean-Jacques Moraine, directeur, à l'Institut des Sciences de la Motricité de l'Université Libre de Bruxelles.

### ■ Conditions d'admission

Dans la plupart des pays européens (dont la France), il faut avoir effectué 12 années de scolarité pour accéder à la formation de masseur-kinésithérapeute (cf. tableau 2). En Croatie et au Monténégro, ce nombre est ramené à 8. La Grèce se distingue en ce qu'elle n'exige pas moins de 18 années de scolarité avant d'accéder à la formation de MK.

Six pays exigent un diplôme de fin de scolarité de type baccalauréat ou équivalent<sup>10</sup> (cf. tableau 1).

Certains pays, comme l'Autriche, le Portugal, le Royaume-Uni, la France, ou le Danemark imposent un examen de sélection à l'entrée en formation. En Allemagne, il n'y a pas d'examen à l'entrée en école : la sélection se fait à la fin de chaque semestre, avec des examens éliminatoires. La sélection est très sévère : sur les 25 000 élèves entrés en école, seulement 6000 réussissent leur diplôme d'État<sup>11</sup>.

<sup>10</sup> Source : « *Les études de kinésithérapie en Europe* », J.-M. Lardry, 1998.

<sup>11</sup> Source : « *Kiné Point Presse* » n°6, août 2006.



Tableau 2 – Les exigences à l'entrée en formation en kinésithérapie

| Country                               | Number of Years of school needed for Access to PT Education | Number of years of PT Education |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| <a href="#">Austria</a>               | 12                                                          | 3                               |
| <a href="#">Belgium</a>               | 12                                                          | 4-5                             |
| <a href="#">Bulgaria</a>              | 12                                                          | 4                               |
|                                       | 12                                                          | 3                               |
| Croatia - 2003                        | 8                                                           | 4                               |
|                                       | 12                                                          | 3                               |
| <a href="#">Cyprus</a>                |                                                             |                                 |
| <a href="#">Czech Republic</a>        | 12                                                          | 3                               |
|                                       | 12                                                          | 3 / 5                           |
| <a href="#">Denmark</a>               | 12                                                          | 3½                              |
| <a href="#">Estonia</a>               | 12                                                          | 3                               |
|                                       | 12                                                          | 3                               |
| <a href="#">Finland</a>               | 12                                                          | 4                               |
| <a href="#">France</a>                | 12                                                          | 3-4                             |
| <a href="#">Germany</a>               | 10                                                          | 3                               |
|                                       | 12                                                          | 3 or 4                          |
| <a href="#">Greece</a>                | 18                                                          | 4                               |
| <a href="#">Hungary</a>               | 12                                                          | 4                               |
| <a href="#">Iceland</a>               | 14                                                          | 4                               |
| <a href="#">Ireland</a>               | 13 - 14                                                     | 3-4                             |
| <a href="#">Italy</a>                 | 13                                                          | 3                               |
| <a href="#">Latvia</a>                | 12                                                          | 4                               |
| <a href="#">Lebanon</a>               | 13                                                          | 4                               |
| <a href="#">Liechtenstein</a>         |                                                             |                                 |
| <a href="#">Lithuania 2003</a>        |                                                             |                                 |
| <a href="#">Luxembourg</a>            |                                                             |                                 |
| <a href="#">Netherlands</a>           | 13                                                          | 4                               |
| <a href="#">Norway</a>                | 13                                                          | 4                               |
| Poland 2003                           | 12                                                          | 3                               |
|                                       | 12                                                          | 5                               |
| Portugal 2003                         | 12                                                          | 3+1                             |
| Romania 2003                          | 12                                                          | 4                               |
| <a href="#">Serbia and Montenegro</a> | 12                                                          | 3                               |
|                                       | 8                                                           | 2+2                             |
| <a href="#">Slovenia</a>              | 13                                                          | 3                               |
| <a href="#">Spain</a>                 | 12                                                          | 3                               |
| <a href="#">Sweden</a>                | 13                                                          | 3                               |
| <a href="#">Switzerland</a>           | 12                                                          | 4                               |
| <a href="#">Turkey</a>                | 11                                                          | 4                               |
| <a href="#">United Kingdom</a>        | 13                                                          | 2-4                             |
|                                       | 13+3                                                        | (3-4)+2*                        |

Source : « Summary of Physiotherapy Education within the European Educationnal system », European Region of the World Confederation for Physical Therapy, 2005.



## ■ Durée des études

Dans l'ensemble des pays européens, la formation initiale en kinésithérapie s'effectue en 3 à 5 ans (cf. tableau 3).

La Pologne et le Royaume-Uni sont les pays dans lesquels la formation est la plus longue, avec respectivement 5 ans pour la Pologne et 3/4 ans en science + 2 ans de kinésithérapie pour le Royaume-Uni.

Il est toutefois difficile de comparer précisément les durées de formation, dans la mesure où la longueur de l'année scolaire et le nombre d'heures de cours varient de façon importante entre les différents pays (cf. tableau 3). L'année scolaire compte par exemple 32 semaines en Irlande, et 46 semaines en Allemagne. Selon les pays, le nombre d'heures d'enseignement est de 25 à 45 heures par semaine.

**Tableau 3 – Durée des études en kinésithérapie**

| Pays        | Nombre d'années | Nombre de semaines par année académique | Nombre d'heures par semaine académique |
|-------------|-----------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|
| Irlande     | 4               | 32                                      | 35                                     |
| Pays-Bas    | 4               | 42                                      | 25                                     |
| Belgique    | 3 ou 4          | 30                                      | 32                                     |
| France      | 3 ou 4          | 40                                      | 40                                     |
| Royaume-Uni | 3 ou 4          | 35                                      | 25                                     |
| Finlande    | 3,5             | 40                                      | 30                                     |
| Grèce       | 3,5             | 32                                      | 30                                     |
| Allemagne   | 3               | 46                                      | 45                                     |
| Autriche    | 3               | 44                                      | 40                                     |
| Danemark    | 3               | 38                                      | 32                                     |
| Espagne     | 3               | 34                                      | 35                                     |
| Italie      | 3               | 36                                      | 35                                     |
| Portugal    | 3               | 36                                      | 33                                     |
| Suède       | 3               | 40                                      | 30                                     |

Source : "Les études de kinésithérapie en Europe", J.-M. Lardry, 1998

Toutefois, que les études se déroulent en 3 ans ou en 4 ans, l'enregistrement et les droits d'exercice sont équivalents au sein de l'UE. Le fait d'avoir suivi une formation plus longue n'a pas non plus de conséquence sur le niveau de rémunération des masseurs-kinésithérapeutes en Europe.

## ■ Systèmes de formation

Quelques exemples, qui montrent la diversité des systèmes :

Il y a plus d'une centaine d'écoles de kinésithérapie en Allemagne. Les études sont libres d'accès (pas de concours) mais difficiles car la sélection se fait en continue, via des examens éliminatoires. Seules une vingtaine d'école sont des Écoles d'État, gratuites. Les autres sont payantes, environ 400 à 500 euros par mois. La délivrance du diplôme d'État occasionne également des frais

Depuis peu, quelques universités proposent également de faire des études universitaires en kinésithérapie. Là, le baccalauréat est obligatoire (contrairement aux écoles de kinésithérapie). Le programme est le même que celui des écoles, mais un diplôme universitaire est délivré. En revanche, ce diplôme ne donne pas droit à un meilleur salaire.

En Roumanie, il existe deux voies de formation :

- la faculté de kinésithérapie, avec 3 ans d'études puis un master de 2 ans. Le master est nécessaire pour exercer.
- un diplôme de physio-kinésithérapie en 3 ans est également délivré par la faculté de médecine, mais sans master.

Au Québec, deux types de formations sont proposées :

- une formation pour les physiothérapeutes, composée de 4 années d'études universitaires
- une formation pour les thérapeutes de réadaptation physique, en 3 années d'enseignement dit « collégial ».

En Belgique et en Italie, les kinésithérapeutes sont formés en 4 ans, en université.

## ■ Qualifications

Il n'y a pas à ce jour de reconnaissance réelle des diplômes de masseur-kinésithérapeutes en Europe, mais une simple équivalence qui permet de solliciter des autorisations d'exercice.

Dans la grande majorité des pays européens, la formation de kinésithérapeute est considérée comme des études supérieures (« high education »). Seuls trois pays qualifient cette formation d'éducation de niveau secondaire (« secondary education ») : la Croatie, le Monténégro, et l'Allemagne pour partie de la formation.

Les qualifications obtenues à l'issue de la formation varient bien entendu en fonction de chacun des systèmes scolaires, mais correspondent globalement à l'équivalent d'un bac+3 ou bac+4 français. Dans la majorité des pays, cette qualification offre la possibilité d'une entrée directe ou du moins d'une possibilité de passerelle vers des cursus de niveau Masters ou PhD (bac+5), sauf en Croatie, Chypre, République Tchèque, et Serbie-Monténégro. A noter que la Croatie est par ailleurs un des rares pays à ne pas délivrer de diplôme spécifique à l'issue de la formation en kinésithérapie.

Kinésithérapeute, masseur, masseur-kinésithérapeute, physiothérapeute, physiotherapist, physical therapist, Physiatriest, Kinesiologist... Les dénominations des qualifications obtenues sont très différentes d'un pays à l'autre. Par ailleurs, un même intitulé ne signifie pas que la formation, les connaissances et les capacités techniques obtenues sont les mêmes d'un pays à l'autre. C'est pourquoi il est très difficile d'établir des comparaisons entre les pays.

## ■ Instituts de formation

Deux en Grèce et en Irlande, plus d'une centaine en Allemagne : le nombre d'instituts de formation varie fortement selon les pays. Bien sûr, le nombre d'instituts de formation est à relativiser en fonction de la population de chaque pays. Ainsi, l'Allemagne, avec ses 123 instituts, a le même rapport nombre d'instituts/nombre d'habitants que le Danemark, qui ne possède que 8 instituts de formation.

A noter que la capacité de formation de certains pays semble bien faible, notamment celle de la Grèce avec seulement 1 institut de formation pour 5 millions d'habitants. Comparé à la Finlande, qui possède un institut pour 260 000 habitants, l'écart est énorme.

**Tableau 4 - Nombre d'instituts de formation par pays**

| <i>Pays</i> | <i>Nombre d'instituts</i>    | <i>Nombre d'instituts par rapport au nombre d'habitants du pays</i> |
|-------------|------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Finlande    | 19                           | 1/260000                                                            |
| Belgique    | 24 (18, graduat; 6, licence) | 1/400000                                                            |
| Allemagne   | 123                          | 1/600000                                                            |
| Danemark    | 8                            | 1/600000                                                            |
| Italie      | 95                           | 1/600000                                                            |
| Autriche    | 10                           | 1/800000                                                            |
| Suède       | 7                            | 1/1200000                                                           |
| Pays-Bas    | 10                           | 1/1400000                                                           |
| France      | 35                           | 1/1600000                                                           |
| Royaume-Uni | 33                           | 1/1700000                                                           |
| Irlande     | 2                            | 1/1800000                                                           |
| Portugal    | 4                            | 1/2500000                                                           |
| Espagne     | 14                           | 1/3000000                                                           |
| Grèce       | 2                            | 1/5000000                                                           |

Source : "Les études de kinésithérapie en Europe", J.-M. Lardry, 1998

### ■ Nombre d'étudiants

En ce qui concerne le suivi des formations, le nombre d'étudiants en kinésithérapie varie bien évidemment en fonction de la taille du pays mais également en fonction de l'existence de règles limitatives à l'entrée en formation (numerus clausus). Les quotas instaurés en France ont longtemps déporté des étudiants français sur les facultés belges. Ce phénomène est désormais réduit, puisque la Belgique a mis en place un système de quotas pour les étudiants étrangers.

Le tableau 5 ci-après détaille le nombre d'étudiants à l'entrée en formation et le nombre de diplômés à la sortie (chiffres 2003 et 2005). L'Allemagne est de loin le pays qui compte le plus d'étudiants en kinésithérapie (9500). Cependant le système allemand se compose de plusieurs types de parcours, comme on l'a vu, ce qui peut expliquer l'importance du nombre total d'étudiants. Avec 3200 étudiants, l'Espagne vient en seconde position des pays qui comptent le plus d'étudiants en kinésithérapie, puis viennent l'Italie (2500), la Hollande (1800) et la France (1540). La Grèce compte étonnamment peu d'étudiants (environ 300), mais il faut se rappeler que ce pays possède très peu d'instituts de formation. En revanche la Roumanie compte un nombre relativement important d'étudiants (800).

Lorsqu'on compare le nombre d'étudiants qui entrent en formation au nombre de diplômés, certains pays présentent des écarts notables. En Italie, par exemple, seuls 1 500 étudiants sont diplômés sur les 2 500 qui étaient entrés en formation. En Hollande, c'est presque seulement 50 % des étudiants qui finissent diplômés. Le Portugal, la Serbie et le Montenegro, l'Espagne, la Suède... subissent également une déperdition importante au cours de la formation. Faut-il en conclure que la sélection se fait davantage au cours de la formation qu'à l'entrée ? La stabilité des effectifs de la France (1540 à l'entrée, 1 500 diplômés à la sortie), pays qui sélectionne les étudiants à l'entrée en formation, tend à confirmer cette hypothèse.

**Tableau 5 - Nombre d'étudiants intégrant la formation et nombre de diplômés par an**

|                     | Nombre d'étudiants<br>en entrée/an                                       | Nombre d'étudiants<br>diplômés/an                                        |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Allemagne           | 9500                                                                     | 7500                                                                     |
| Autriche            | 400                                                                      | 350                                                                      |
| Belgique            | NA                                                                       | NA                                                                       |
| Bulgarie            | 140                                                                      | 120                                                                      |
| Chypre              | pas de formation en kinésithérapie                                       |                                                                          |
| Croatie             | 180                                                                      | 180                                                                      |
| Danemark            | 640                                                                      | 630                                                                      |
| Espagne             | 3200                                                                     | 2600                                                                     |
| Estonie             | 35                                                                       | 25                                                                       |
| Finlande            | 400                                                                      | 350                                                                      |
| France              | 1540                                                                     | 1500                                                                     |
| Grèce               | 280-300                                                                  | 200                                                                      |
| Hollande            | 1800                                                                     | 950                                                                      |
| Hongrie             | 550                                                                      | 500                                                                      |
| Irlande             | 26-60                                                                    | 26-60                                                                    |
| Islande             | 20                                                                       | 17                                                                       |
| Italie              | 2500                                                                     | 1500                                                                     |
| Lichtenstein        | pas de formation en kinésithérapie                                       |                                                                          |
| Lituanie            | 60-80                                                                    | 40-55                                                                    |
| Luxembourg          | pas de formation en kinésithérapie                                       |                                                                          |
| Norvège             | 350                                                                      | 300                                                                      |
| Pologne             | NA                                                                       | NA                                                                       |
| Portugal            | 600                                                                      | 200                                                                      |
| République Tchèque  | 300                                                                      | 250                                                                      |
| Roumanie            | 800                                                                      | 800                                                                      |
| Royaume-Uni         | 2563 pour les 4 années<br>en science et 241 pour<br>les 2 années de kiné | 1836 pour les 4 années<br>en science et 128 pour<br>les 2 années de kiné |
| Serbie - Montenegro | Serbie : 400<br>Montenegro : 360                                         | Serbie : 100<br>Mo,tenegro : 300                                         |
| Slovenie            | 55                                                                       | 52                                                                       |
| Suède               | 620                                                                      | 550                                                                      |
| Suisse              | 300                                                                      | 300                                                                      |

Source : « Summary of Physiotherapy Education within the European Educational system », European Region of the World Confederation for Physical Therapy, 2005.

## ■ Contenu de la formation

**Tableau 6 – Nombre d'heures des études en kinésithérapie**

| Pays        |                  |
|-------------|------------------|
| Allemagne   | 4525/5480        |
| Pays-Bas    | 4955             |
| Autriche    | 4525             |
| Grèce       | 4272             |
| France      | 3519/4019 (PCEM) |
| Finlande    | 3990             |
| Italie      | 3900             |
| Danemark    | 3600             |
| Espagne     | 3600             |
| Suède       | 3600             |
| Belgique    | 3450             |
| Irlande     | 3101             |
| Portugal    | 3000             |
| Royaume-Uni | 2625             |

Source : "Les études de kinésithérapie en Europe", J.-M. Lardry, 1998

Attention à ne pas tirer de conclusions trop hâtives des variations du nombre d'heures entre les pays. Ces chiffres comprennent en effet l'ensemble des enseignements : théoriques, pratiques et stages cliniques. En fonction de l'intégration du stage pratique dans la formation, et du nombre d'heures que cela représente, les variations peuvent être importantes. Le nombre d'heures en Allemagne, par exemple, semble démesuré. Or il faut se rappeler qu'il existe dans ce pays 3 types de parcours de formation : masseur (1 800h heures), masseurs sans expérience professionnelle (2 100 heures), et masseur avec expérience professionnelle de 5 ans (1 580 heures).

En ce qui concerne le contenu des heures de formation, la proportion des enseignements pratiques (enseignements de technologie et stages cliniques) dans l'ensemble de la formation varie de façon notable entre les différents pays.

Par « enseignement de technologie », on entend : massage, kinésithérapie passive et active, gymnastique médicale, mécanothérapie, thérapies manuelles, physiothérapie, orthèses, prothèses, sport et handicap, bilan, diagnostic kinésithérapiques.

Toujours selon l'étude de J.-M. Lardry, la proportion de ces enseignements technologique oscille entre environ 20 et 50 % du total des heures de formation selon le pays.

L'Italie se distingue, avec un pourcentage nettement inférieur. J.M. Lardry ce chiffre est lié au fait que la formation de kinésithérapie est considérée, en Italie, comme une spécialité de la profession d'infirmière. D'où le faible nombre d'heures nécessaires pour former des professionnels ayant déjà eu un enseignement de base théorique et clinique.

**Tableau 7 – Répartition des enseignements de technologie et de stages cliniques**

| <i>Pays</i> | <i>Technologie<br/>%</i> | <i>Stages cliniques<br/>%</i> |
|-------------|--------------------------|-------------------------------|
| Danemark    | 49                       | 22                            |
| Suède       | 40                       | 40                            |
| Belgique    | 35                       | 35                            |
| Espagne     | 35                       | 32                            |
| Finlande    | 35                       | 45                            |
| Allemagne   | 34                       | 54                            |
| Pays-Bas    | 34                       | 37                            |
| Autriche    | 32                       | 38                            |
| Irlande     | 31                       | 34                            |
| Portugal    | 30                       | 39                            |
| Grèce       | 27                       | 35                            |
| France      | 20                       | 42                            |
| Royaume-Uni | 16                       | 38                            |
| Italie      | 6                        | 11                            |

Source : "Les études de kinésithérapie en Europe", J.-M. Lardry, 1998

## La représentation professionnelle à l'étranger

**Ces données sont à interpréter avec la même prudence que celles sur la démographie. Elles sont également publiées par l'ERWCPT, selon la même méthode. Il conviendrait sans doute de les vérifier et de les compléter, mais elles donnent un premier aperçu.**

Selon ces chiffres, les kinésithérapeutes appartiennent à une structure nationale (Ordre, association représentative, syndicat...) dans la plupart des pays.

Cette adhésion atteint les 100 % dans le Nord de l'Europe : le Danemark, l'Estonie, la Lituanie, le Lichtenstein, la Norvège, et le Royaume-Uni.

Au Portugal, en Serbie, en Suisse, l'adhésion se situe plutôt autour de 50%. Près des 2/3 des kinésithérapeutes sont membres d'une structure nationale en Autriche, en Finlande, en République Tchèque, en Italie, au Luxembourg... L'Allemagne se situe autour de 40 %.

Les Pays dans lesquels l'adhésion est la plus faible sont la Bulgarie (16 %), la Belgique (16 %) et la France (10 %).

Ces chiffres sont à relativiser. Une vision plus qualitative serait nécessaire pour donner du sens à ces constats.

En effet, en Italie par exemple, il semble qu'il n'existe pas de représentation nationale au sens où on l'entend en France (Ordre ou syndicat). Les masseurs-kinésithérapeutes italiens appartiennent à une association professionnelle de type « loi 1901 », et la catégorie des masseurs sont, eux, simplement inscrits dans un registre.

Au Québec, la profession est règlementée par le Code professionnel, et possède un Ordre.

En Roumanie, aucune loi n'encadre ou ne protège la profession. Il existe une commission de spécialité au Ministère de la Santé qui s'occupe, entre autres, de la profession de kinésithérapeute, mais elle est composée uniquement de médecins. Les kinésithérapeutes salariés dépendent uniquement des réglementations internes à l'hôpital.

En Allemagne il n'existe pas de Conseil de l'Ordre.

**Tableau 8 - Nombre de kinésithérapeutes membres d'une association nationale**

| Country                               | Number of Physiotherapists members of the national association | Number of Physiotherapists |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------|
| <a href="#">Austria</a>               | 4200                                                           | 6000                       |
| <a href="#">Belgium</a>               | 3000                                                           | 18000                      |
| <a href="#">Bulgaria</a>              | 300 paying<br>500 not paying                                   | 5000                       |
| <a href="#">Croatia - 2003</a>        | NA                                                             | NA                         |
| <a href="#">Cyprus</a>                | 280                                                            | 280                        |
| <a href="#">Czech Republic</a>        | 1768                                                           | 5000                       |
| <a href="#">Denmark</a>               | 9408                                                           | 9408                       |
| <a href="#">Estonia</a>               | 195                                                            | 238                        |
| <a href="#">Finland</a>               | 7900                                                           | 12100                      |
| <a href="#">France</a>                | 4500                                                           | 45000                      |
| <a href="#">Germany</a>               | 31682                                                          | 75000                      |
| <a href="#">Greece</a>                | 4000                                                           | 5000                       |
| <a href="#">Hungary</a>               | 2180                                                           | 3500                       |
| <a href="#">Iceland</a>               | 422                                                            | 500                        |
| <a href="#">Ireland</a>               | 2000                                                           | Not known                  |
| <a href="#">Italy</a>                 | 4200                                                           | 1451                       |
| <a href="#">Latvia</a>                | 210                                                            | 9249                       |
| <a href="#">Lebanon</a>               | 1060                                                           | 3375                       |
| <a href="#">Lichtenstein</a>          | 39                                                             | 785                        |
| <a href="#">Luxembourg</a>            | 241                                                            | 1182                       |
| <a href="#">Netherlands</a>           | 14000                                                          | 836                        |
| <a href="#">Norway</a>                | 8350                                                           | 471                        |
| <a href="#">Poland - 2003</a>         | 330paying<br>1000 not paying                                   | 3863                       |
| <a href="#">Portugal - 2003</a>       | 1020                                                           | 5168                       |
| <a href="#">Romania - 2003</a>        | 250                                                            | 26082                      |
| <a href="#">Serbia and Montenegro</a> | 850                                                            | 7108                       |
| <a href="#">Slovenia</a>              | 844 (active)                                                   | 1846                       |
| <a href="#">Spain</a>                 | 6223                                                           | 1631                       |
| <a href="#">Sweden</a>                | 10300                                                          | 576                        |
| <a href="#">Switzerland</a>           | 6600                                                           | 726                        |
| <a href="#">Turkey</a>                | 478                                                            | 19684                      |
| <a href="#">United Kingdom</a>        | 32000                                                          | 1676                       |

Source : « Number of physiotherapists », European Region of the World Confederation for Physical Therapy, 2005.



ÉTUDES

**ONDPS**

Ministère de la Santé et des Sports  
14 avenue Duquesne – 75350 Paris 07 SP  
Téléphone : 01 40 56 89 36  
Courriel : [DREES-ONDPS@sante.gouv.fr](mailto:DREES-ONDPS@sante.gouv.fr)