



**ÉTUDE PROSPECTIVE
DES MÉTIERS SENSIBLES
DE LA FONCTION PUBLIQUE
HOSPITALIÈRE**

**Monographie
de masseur kinésithérapeute**



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS**

**MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS
DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS**

Observatoire National des Emplois et des Métiers
de la Fonction Publique Hospitalière

Etude prospective des métiers de la fonction publique hospitalière

Monographie Masseur - kinésithérapeute

Octobre 2008

Avertissement au lecteur : Les propos regroupés dans ce travail reflètent le point de vue des professionnels et experts qui se sont exprimés lors des auditions. Ils ne sauraient engager la DHOS quant aux préconisations ici formulées par les intéressés. Par ailleurs, L'ONEM a fait part de ses réserves quant à l'usage de certaines terminologies et a souligné le manque d'attractivité de l'hôpital, pour ces professionnels.

Monographie Masseur - kinésithérapeute _____ **I**

1. Les caractéristiques actuelles du métier _____	3
1.1. Activités _____	3
1.2. Savoir-faire requis _____	5
1.3. Positionnement fonctionnel _____	6
1.4. Profil _____	6
1.5. Recrutement _____	7
1.6. Formation initiale et continue _____	9
1.7. Parcours et passerelles _____	10
1.8. Indication quantitative _____	10
2. Les facteurs d'évolution impactant le métier _____	11
2.1. Evolution démographique _____	11
2.2. Evolution de la demande de santé _____	12
2.3. Evolution de l'offre de soins : développement de la coordination entre le secteur sanitaire, social et médico-social, entre le public et le privé, entre les établissements et la ville _____	13
2.4. Evolution des pratiques de soins : risque de développement de professions non réglementées _____	14
2.5. Evolution des technologies médicales _____	15
2.6. Evolution médico-économique _____	15
2.7. Evolution de l'organisation interne des établissements de santé : la nouvelle gouvernance _____	15
2.8. Evolution technologique : la traçabilité des actes _____	16
2.9. Evolution des politiques de qualité et de gestion des risques _____	17
2.10. Evolution des dispositifs de formation initiale et continue _____	17
3. Les caractéristiques du métier en prospective horizon 2015 _____	17
3.1. Evolution de l'activité _____	17
3.2. Evolution des compétences requises _____	18
3.3. Evolution du positionnement fonctionnel _____	18
3.4. Evolution du profil _____	19
3.5. Problématique du recrutement _____	19
3.6. Besoins futurs en formation initiale et continue _____	19
3.7. Développement de passerelles et parcours professionnels _____	20
3.8. Indication d'évolution quantitative _____	20
4. Les enjeux RH et pistes d'action pour accompagner l'évolution du métier _____	22
4.1. Enjeu de développement des compétences des masseurs-kinésithérapeutes _____	22
4.2. Enjeu liés au développement de la recherche en masso-kinésithérapie _____	23
4.3. Ouvrir la discipline de rééducation à l'ensemble des professions de rééducation _____	23
4.4. Enjeu du développement collectif des compétences _____	24
4.5. Enjeu de l'attractivité et de la fidélisation _____	25
4.6. Développer certaines compétences _____	25
4.7. Reconnaître des fonctions d'expertises _____	26
4.8. Repenser le processus de formation avec une logique de clinicat. _____	27
4.9. Adapter le rôle du maître de stage en tuteur de formation _____	27
4.10. Coopérer : transferts et délégations de compétence _____	28
4.11. Augmenter les quotas d'accès à la formation _____	28

1. Les caractéristiques actuelles du métier

1.1. Activités

1.1.1. Contexte du métier

a) Une profession réglementée

Le Code de la Santé Publique (Articles L4321-1 à L 4321-21 et R 4321-1 à R4321-13) définit l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute (MK) et les actes professionnels relatifs à ce métier de la manière suivante : « La profession de masseur-kinésithérapeute consiste à pratiquer habituellement le massage et la gymnastique médicale... ». L'exercice de cette profession est assujéti à un enregistrement du diplôme certificat ou titre professionnel auprès des services de l'Etat et à l'inscription au tableau de l'Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes.

La masso-kinésithérapie consiste en la réalisation d'actes de façon manuelle ou instrumentale, notamment à des fins de rééducation, et 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.

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

- rééducation concernant un système ou appareil comme la rééducation orthopédique, neurologique, traumatique, respiratoire, cardiovasculaire et des troubles vasculaires et lymphatiques ;
- rééducation concernant les séquelles comme la rééducation de l'amputé, de lésions abdominales, périnéo-sphinctérienne à compter du quatre-vingt-dixième jour après l'accouchement, des brûlés ;
- rééducation d'une fonction particulière comme la rééducation de la motilité faciale et de la mastication, la rééducation de la déglutition, la rééducation des troubles de l'équilibre.

Pour la mise en œuvre de ces traitements, il utilise en fonction de son diagnostic kinésithérapique, les activités de (article R4321-13 du CSP):

- massages, drainage lymphatique manuel,
- postures,
- de mobilisation articulaire,
- d'étirements musculo-tendineux,
- de mécanothérapie,
- de relaxation neuromusculaire,
- d'électro-physiothérapie,
- de renforcement musculaire et de réentraînement à l'effort,
- d'augmentation du flux expiratoire, d'aspirations rhino-pharyngées et trachéales,
- de visite à domicile dans le cadre d'un bilan ergonomique.
- d'éducation, de prévention de dépistage, de formation et d'encadrement,
- de formation, collaboration et coopération avec les autres professionnels de santé,
- d'études et de développement de la recherche en rapport avec la masso-

kinésithérapie,

- L'arrêté du 9 janvier 2006 fixe la liste des dispositifs médicaux que les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire.

b) Une profession entre polyvalence et expertise

Le secteur d'exercice du métier, en salariat ou en libéral, influence le développement des compétences du masseur-kinésithérapeute.

Dans le cadre de son exercice salarial, le masseur-kinésithérapeute exerce son métier, selon l'orientation médicale de son secteur d'activité. Il peut développer une expertise technique.

En première intention, il est observé plusieurs modalités d'exercice du métier de masseur-kinésithérapeute salarié, en fonction des types d'activités et de structures de soins :

- orienteur / diagnostiqueur (centré sur le chemin clinique)
- hyper-techniciste (centré sur les pathologies, les technologies,...)
- polyvalent ou plurivalent (centré sur une approche généraliste)

Ces types de "profils" pouvant coexister dans le même établissement. Ils peuvent aussi appartenir à un même individu : hyper-techniciste en neurologie et capable d'orienter / chemin clinique : « bon patient, bon endroit, bon moment ».

Dans le cadre de son exercice libéral, le masseur-kinésithérapeute a tendance à s'orienter soit vers un exercice polyvalent, soit vers un exercice spécialisé en lien avec une fonction particulière.

c) Une profession qui s'est construite en lien avec le corps médical de façon empirique et pragmatique...

Le terme de kinésithérapie¹ est apparu en 1847 et désignait les soins du corps par le mouvement et le geste. Ces pratiques se développent en même temps que le massage et la gymnastique médicale. Mais ces thérapies non scientifiquement prouvées, rendent impossible une spécialisation médicale, elles sont donc déléguées à deux corps professionnels émergents d'auxiliaires médicaux qui se sont développés dans le contexte de la réhabilitation des blessés de la première guerre mondiale : les infirmiers masseurs (1923) et les gymnastes médicaux.

La fusion des métiers de masseurs, masseurs aveugles et gymnastes médicaux en 1946 par la création du diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute entérine la profession actuelle et l'assujettit à la prescription médicale, l'activité de soins étant déléguée et contrôlée.

Depuis, l'essor de la kinésithérapie a été marqué par une transmission de l'art, transmission entre praticiens de pratiques empiriques ayant des résultats cliniques. L'apparition du certificat de spécialité en médecine physique et de réadaptation en 1966 et du certificat d'aptitude aux fonctions de masseur-kinésithérapeute moniteur en 1969, attribue le champ de la recherche au corps médical et l'enseignement aux « experts » de la kinésithérapie. Pour autant, l'évolution récente des métiers de la santé validant le rôle propre, la démarche diagnostique et entérinant les ordres professionnels, replace la kinésithérapie face à son autonomie et sa responsabilité. L'utilité sociale de la kinésithérapie s'inscrit dans une validation des pratiques au delà des reconnaissances implicites des usagers et du corps médical.

d) ...mais qui gagne progressivement son autonomie grâce, entre autres, à la recherche clinique

La kinésithérapie se voit favorisée par l'investissement des médecins, les progrès

¹ JL COMON « La profession des masseurs-kinésithérapeutes de la nuit des temps à nos jours » site ANKS

technologiques (imagerie, nouvelles techniques chirurgicales, nouveaux composants en matière d'appareillage...) et de nouvelles approches du soin telles que l'éducation thérapeutique, la collaboration pluri-professionnelle et le développement de réseaux de santé. Parallèlement la recherche permet notamment de valider des techniques, de conforter les savoirs, de remettre en question les pratiques. Bien que la recherche clinique kinésithérapique propre soit encore peu développée, des kinésithérapeutes y participent, notamment en cardiologie, en neurologie, en pédiatrie, en gériatrie, la prise en charge des amputés, des patients scoliotiques, lors des entraînements à l'effort, dans les services de brûlés, dans le traitement de la douleur et l'amélioration du confort, ...

1.1.2. Définition du métier

Le répertoire des métiers le définit de la manière suivante : « Evaluer les capacités motrices, sensitives, sensorielles et cognitives d'une personne et mesurer son niveau de performance et d'autonomie. Déterminer la nature et évaluer l'étendue des déficiences anatomiques et fonctionnelles, analyser leurs interactions, poser un diagnostic kinésithérapique et formuler des objectifs de soins. »

a) Activités principales

La fiche métier 1A503 p 90 du répertoire des métiers décrit les activités principales du masseur-kinésithérapeute qui sont :

- l'examen clinique, le recueil de données et le bilan kinésithérapique,
- l'établissement des objectifs du programme de traitement et des soins de rééducation et de réadaptation à mettre en œuvre,
- la réalisation de techniques de kinésithérapie en individuel ou en collectif,
- l'information et l'éducation de la personne et de son entourage,
- la rédaction du dossier patient en masso-kinésithérapie et d'une fiche de synthèse,
- la transmission d'informations écrites et orales pour assurer la traçabilité et le suivi des soins,
- l'accueil et l'encadrement pédagogique des étudiants et des stagiaires,
- la réalisation d'études et de travaux de recherche,
- la vérification et le contrôle des matériels,
- l'enregistrement des données liées à l'activité,
- la mise en œuvre des procédures d'élimination des déchets,
- la veille professionnelle.

1.2. Savoir-faire requis

Les savoir-faire requis sont :

- analyser, synthétiser des informations sur la situation du patient,
- évaluer les potentiels fonctionnels de la personne et identifier les situations de handicap en tenant compte des facteurs environnementaux et personnels,
- élaborer et formaliser le diagnostic kinésithérapique,
- choisir les actions masso-kinésithérapiques adaptées aux situations de soins et de prévention en respectant les protocoles d'hygiène et de bonnes pratiques,
- créer une relation de confiance avec le patient et son entourage,
- éduquer, conseiller le patient et l'entourage en vue d'une démarche d'autonomisation,
- évaluer la qualité des pratiques et des résultats des actions masso-kinésithérapiques

avec la collaboration du patient, de son entourage et des professionnels de santé,

- organiser son travail en fonction des priorités,
- travailler en équipe interprofessionnelle,
- utiliser les équipements et les matériels de kinésithérapie.

1.3. Positionnement fonctionnel

Le masseur-kinésithérapeute peut réaliser des soins à visée esthétique et préventive sans prescription médicale. En dehors de ces champs, les soins de kinésithérapie sont subordonnés à la prescription médicale.

D'après l'article R4321-2 du code de la santé publique, dans le cadre de la prescription médicale, le masseur-kinésithérapeute établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins, choisit les actes et les techniques qui lui paraissent appropriés, et précise le nombre de séances nécessaire à l'atteinte de ses objectifs de soins. Le masseur-kinésithérapeute doit, en faire état par l'envoi au médecin prescripteur d'une fiche synthétique au début et à la fin du traitement.

Les relations professionnelles les plus fréquentes pour un masseur-kinésithérapeute sont :

- les médecins prescripteurs ou consultés pour avis ou prescriptions,
- l'équipe soignante interprofessionnelle pour la coordination des soins, et des problématiques transversales, ex : hygiène, évaluation et traitement de la douleur...
- les services sociaux et structures médico-sociales pour l'orientation des patients,
- les psychologues ou neuropsychologues pour l'adaptation de la rééducation aux troubles psychiques et cognitifs,
- les fournisseurs d'orthopédie médicale et orthoprothésiste pour la fourniture et la pose de matériels (orthèses, prothèses, aides techniques diverses, fauteuils roulants, ...).

Par ailleurs, il existe des zones de partage de compétence avec d'autres métiers qui permettent au médecin référent du patient de croiser les points de vue métiers dans le cadre de la prise en charge pluri-professionnelle d'un patient.

Ses échanges de point de vue portent :

- avec les ergothérapeutes sur la réadaptation, le retour à domicile ou en milieu professionnel et les mises en œuvre de dispositifs médicaux, de contrôle d'environnement (domotique),
- avec les orthophonistes sur la rééducation des troubles de la déglutition,
- avec les sages-femmes sur la rééducation des troubles vésico-sphinctériens,
- avec les ostéopathes sur les soins des troubles ostéoarticulaires et fonctionnels du rachis et des membres,
- avec les podologues sur les troubles de la statique du pied au sol,
- avec les orthoprothésistes sur l'appareillage et l'analyse de la marche,
- avec les psychomotriciens sur les troubles du comportement et les troubles du schéma corporel,
- avec les STAPS (Sciences et techniques des activités physiques et sportives) et APA (Activité Physique Adaptée) sur le réentraînement à l'effort et la gymnastique préventive ou d'entretien.

1.4. Profil

On recense près de 63.000 MK dont 12 à 13.000 MK salariés, dont environ 800 à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris.

S'il s'agit de la même profession, des différences assez sensibles selon que l'exercice est libéral ou salarié sont néanmoins à noter.

Les masseurs-kinésithérapeutes exercent essentiellement à titre libéral (certains ont une activité mixte). La répartition de l'ensemble de ces professionnels sur le territoire français est hétérogène. Il y a une forte densité dans les régions du sud, le nombre de professionnels est de 143 pour 100 000 habitants en Languedoc-Roussillon et 149 pour 100 000 habitants en PACA et une faible densité en Picardie (64 pour 100 000 habitants) avec une moyenne nationale de 98 pour 100 000 habitants (source DREES 2007). Parallèlement, les besoins et la demande de soins en masso-kinésithérapie sont plus importants dans les régions nord-est et nord-ouest, Bretagne exclue (sources DREES et CNAMTS/SNIR).

Libéraux	Salariés hospitaliers	Autres salariés	Hommes	Femmes	TOTAL
49 666	10 626	2 310	34 368	28 234	62 602
79,3 %	16,2 %	3,7 %	54,9 %	45,1 %	100 %

Source : DREES Série Statistiques « Les professions de santé au 1^{er} janvier 2007 » - mars 2007

Effectifs au 1er janvier 2007	Taux de croissance 2007/2000* (en %)	Taux de croissance annuel moyen (en %)	Part des femmes (en %)	Part des moins de 35 ans (en %)	Part des 55 ans ou plus (en %)	Âge moyen au 1er janvier 2007
62 602	20,3 (16)	3,8%	45,1	31,4	21,6	42,9

Source : DREES Série Statistiques « Les professions de santé au 1^{er} janvier 2007 » - mars 2007

1.5. Recrutement

a) Etat actuel du marché du travail

Parmi les professions paramédicales, la profession de masseur-kinésithérapeute est, d'un point de vue quantitatif, la plus importante après celle d'infirmière. Le nombre total des masseurs-kinésithérapeutes, au 1^{er} janvier 2007, est de 62 602 pour la métropole (source DRESS). Leur nombre a augmenté en moyenne de 3 % par an.

b) Une évolution contrastée des revenus

Ils sont évalués à partir des déclarations fiscales de bénéficiaires non commerciaux de la Direction générale des impôts. En 2004, le revenu moyen des kinésithérapeutes libéraux ainsi calculé s'établissait à 34 400 €, soit à un niveau plus faible que celui des infirmiers libéraux (38 500 €).

L'évolution de ce revenu libéral a été très contrastée sur la période 1993-2000.

En effet, après avoir décliné de 3,7 % en moyenne par an entre 1993 et 1997, le pouvoir d'achat du revenu libéral des kinésithérapeutes a progressé de 2,3 % par an en moyenne entre 1997 et 2000.

Enfin, l'augmentation des effectifs de la profession (2,5 % par an en moyenne entre 1993 et 2000) a, quant à elle, été plus régulière sur l'ensemble de la période et a contribué à freiner l'évolution des revenus moyens par tête, qu'ont également contribué à ralentir les charges qui ont crû en moyenne de 2,1% par an.

En résumé, et de façon globale, quatre grandes tendances sont observables dans la sociologie professionnelle des masseurs kinésithérapeutes :

- l'attrait professionnel avec un ratio nombre de place en formation/nombre de candidats aux concours d'entrée qui est de 1 pour 15 environ,
- la féminisation (45,1% en 2007),

- l'augmentation de l'exercice libéral en cabinet de groupe,
- la diminution de l'attractivité de l'exercice salarié, qui se traduit par une pénurie sous les effets conjugués de difficultés de recrutement et de départs massifs à la retraite (Y. Cottret, Supplément Kinescope N°9, mai 2008).

c) Une séparation entre l'exercice du métier en libéral et hospitalier trop importante

Les salariés du secteur public et du secteur privé développent peu de liens entre eux, il existe un réel cloisonnement. L'exercice libéral du métier de MK est très différent de l'exercice salarié en raison des modalités pratiques de sa mise en œuvre et des populations / pathologies prises en charge.

Alors que le secteur libéral semble très attractif pour les jeunes diplômés, notamment en raison de revenus de début d'activité plus importants mais aussi pour la mobilité qu'offrent les remplacements et la relative autonomie de l'exercice, le secteur hospitalier accueille davantage les étudiants en formation initiale (étant donné que la formation a lieu essentiellement dans les structures hospitalières...) Par ailleurs le secteur hospitalier attire les mères de famille souhaitant travailler à temps partiel et tous ceux qui sont séduits par un environnement structurant et apprenant qui donne l'opportunité d'un travail en équipe.

d) Pratique actuelle de recrutement

Il existe actuellement une problématique d'attractivité en milieu hospitalier à laquelle il convient d'ajouter celle d'une difficile fidélisation.

e) Un relatif manque d'attractivité de la FPH

Peu d'embauches hospitalières directes sont réalisées à la sortie des instituts de formation initiale en masso-kinésithérapie. Les étudiants en soins de kinésithérapie ne sont plus attirés par l'hôpital public pour plusieurs raisons.

- L'écart entre les revenus du public, du privé et de l'activité libérale.
- Un kinésithérapeute hospitalier possède de **faibles revenus** au regard de son niveau de formation (1,2 SMIG pour un bac +3 en début de carrière). Ceci devient une source de difficultés financières (difficulté à se loger notamment dans les villes importantes, à se déplacer). De surcroît, il n'a pas la possibilité d'augmenter son salaire grâce aux primes, (NBI, etc.) comme le peuvent d'autres grades de la FPH. Il n'y a pas non plus de prise en compte de l'activité libérale pour la reprise d'ancienneté cette règle rend difficile l'attractivité de la FPH à partir d'une certaine maturité professionnelle. D'autre part, les conditions d'accès d'un agent à un poste de cadre de santé par voie de concours externe s'avèrent particulièrement restrictives. Il faut toutefois nuancer ces propos lorsque la rémunération libérale est ramenée au nombre d'heures de travail effectuées par jour (10 à 12h) et aux contraintes administratives et financières. Le taux horaire, même s'il reste en défaveur du secteur hospitalier, reste moins défavorable, grâce aux conditions de travail en FPH (stabilité voire flexibilité des horaires, aménagements liés aux accords sur la réduction du temps de travail...). . Cf. J BERTHE Kinescope 2007.
- L'attrait pour le libéral est aussi lié à une sous évaluation voire une méconnaissance des conditions réelles de travail des deux secteurs
- Le **manque de reconnaissance** du métier par les équipes et l'institution hospitalière en général, auquel sont confrontés les étudiants en stage. En effet certains stagiaires perçoivent l'autonomie du salarié dans sa pratique, mais aussi une faible intégration dans les équipes, donc l'image d'un travail peu collaboratif.
- Il existe peu ou pas de reconnaissance institutionnelle ou statutaire des formations universitaires, et autres diplômes, ce qui appauvrit les sources de recrutement.

- La **réticence de certains étudiants relative à l'expertise à acquérir pour faire face à la maladie en phase aigue**. Alors que les soins infirmiers et médico-techniques se construisent autour du diagnostic et du traitement, la plupart des soins en kinésithérapie se conçoivent autour des conséquences de la maladie. Selon certains experts, il semblerait que les nouveaux diplômés préfèrent démarrer dans des secteurs où l'activité de rééducation est reconnue et majoritaire c'est à dire en soins de suite et de réadaptation, ou encore s'orientent plus volontiers vers des remplacements occasionnels en libéral.

1.6. Formation initiale et continue

a) Formation initiale

La formation conduisant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, après réussite d'un concours d'entrée, comprend un enseignement théorique sous forme de cours magistraux, de travaux dirigés et de travaux pratiques, ainsi que des stages cliniques. Ces études, d'une durée de trois ans, s'effectuent au sein d'instituts de formation agréés par le ministère chargé de la santé.

Parmi les 39 instituts de formation en masso-kinésithérapie (IFMK) existants, 14 sont publics, avec 4 Instituts pour déficients visuels et 2 situés aux DOM-TOM. Environ ¼ des étudiants sortent des écoles publiques.

Par arrêté du 27 avril 2007, le nombre de places mises au concours d'entrée en première année d'études préparant au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute (session 2007-2008) est fixé à 1 929 (contre 1 665 pour la session 2004-2005).

Environ 1.600 nouveaux kinésithérapeutes sont formés chaque année dans les écoles françaises, rejoints sur le marché du travail par un nombre croissant de diplômés d'écoles européennes (900 en 2002, 1 200 en 2003), dont une majorité de Français.

Un concours est imposé à tous les candidats sauf dérogation.

L'entrée en formation initiale de masso-kinésithérapie est conditionnée par la réussite à un concours d'entrée (16 instituts). À titre expérimental (23 instituts), l'entrée peut également s'effectuer sur classement après d'une première année commune d'étude médicale PCEM1. Sous réserve d'avoir validé les épreuves de passage en deuxième année, des passerelles d'entrée par équivalence existent pour les autres professionnels paramédicaux ou STAPS. Des dispenses du concours d'entrée sont accordées par le ministère chargé des sports chez certains sportifs de haut niveau.

b) L'offre de formation continue

Les masseurs –kinésithérapeutes développent leurs compétences et leurs qualifications par :

- la participation à des congrès et colloques pour actualiser leurs connaissances,
- des formations courtes ciblées sur une prise en charge pour améliorer leur pratique (stages, séminaires...),
- des formations universitaires qualifiantes (D.U. du sport, Licence, Master en science de l'éducation, gestion, Master en biomécanique),
- des formations promotionnelles en institut de formation des cadres de santé (IFCS) ou à l'École des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) de Rennes.

Les formations universitaires qualifiantes ne débouchent pas sur des rémunérations supplémentaires ou sur une reconnaissance statutaire spécifique en lien avec une pratique avancée ou une spécialité.

Les masseurs-kinésithérapeutes ont la possibilité de pratiquer l'ostéopathie, sous réserve

d'avoir suivi une formation spécifique (décret n°2007-437), et dans le respect des conditions d'exercice prévu par le décret relatif aux actes (décret n°2007-435).

1.7. Parcours et passerelles

Le répertoire des métiers identifie :

- des passerelles courtes que sont les fonctions de cadre de santé d'unité en soins ou en formation,
- des passerelles longues que sont les fonctions de cadre de santé de secteur de soins et d'activités paramédicales (cadre supérieur), cadre soignant de pôle, de directeur de soins, d'ostéopathe.

1.8. Indication quantitative

78 % des kinésithérapeutes actuellement en exercice ont une activité libérale et 22 % sont exclusivement salariés, hospitaliers ou non (mixtes). Deux tiers des libéraux sont des hommes, tandis que deux tiers des salariés sont des femmes. La profession, majoritairement masculine, se féminise. Elle reste relativement jeune, l'âge moyen des hommes étant de 43 ans et celui des femmes de 40 ans. L'Île-de-France, le Nord-Pas-de-Calais, l'Auvergne et le Limousin sont les régions qui, proportionnellement à leur population, ont le plus de kinésithérapeutes en formation, la Corse, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Languedoc-Roussillon ayant quant à elles le plus de kinésithérapeutes en activité.

Des projections démographiques effectuées à partir d'hypothèses de comportements et de politiques publiques constantes aboutissent à un nombre de kinésithérapeutes en 2020 proche de 60 000 si seuls les diplômés des écoles françaises entrent sur le marché du travail, et de 79 000 avec l'hypothèse d'un maintien des autorisations d'exercice des diplômés européens à leur niveau actuel.

Ce n'est pas l'évolution du quota qui a été principalement à l'origine de la hausse sensible du nombre de professionnels au cours de la période étudiée, mais le fait que les sorties d'activité des kinésithérapeutes sont restées inférieures en nombre aux entrées en activité. Alors que la population des kinésithérapeutes est relativement jeune, les entrées en activité sont le fait non seulement des diplômés des instituts de formation français mais aussi, depuis le milieu des années 90, des diplômés d'instituts de formation européens, de plus en plus nombreux à venir travailler en France après avoir obtenu une autorisation d'exercice. Ces autorisations sont pour l'essentiel délivrées à des titulaires de diplômes belges, dont les deux tiers sont d'ailleurs de nationalité française. En effet, un certain nombre d'étudiants français ont choisi d'aller se former en Belgique, où les entrées en formation ne donnent pas lieu à quota, et reviennent ensuite exercer en France. Le nombre d'autorisations délivrées, estimé à une centaine en 1995, a dépassé 400 en 2000, pour atteindre 900 en 2002 et probablement 1 200 en 2003, soit presque autant que les quotas d'entrée en formation les plus récents. Nous avons vu que la prise en compte ou non de ces autorisations d'exercice change fortement les résultats des projections à l'horizon 2020.

2. Les facteurs d'évolution impactant le métier

2.1. Evolution démographique

2.1.1. Augmentation des prises en charge de personnes âgées

a) Problématique

Dans les dix ans à venir, le nombre de personnes âgées nécessitant des soins avec des pathologies multiples et une dépendance aggravée va continuer d'augmenter du fait de l'arrivée des papy boomers jusqu'en 2020.

D'autre part, le vieillissement des usagers avec des pathologies plus nombreuses et plus lourdes, combiné à la diminution de la durée moyenne de séjour en établissement de santé, notamment pour en établissements de médecine et chirurgie, aurait tendance à développer, parallèlement aux soins techniques, les prises en charge en groupe, les actions de prévention (des escarres entre autres, troubles de la marche, de l'équilibre, maintien des fonctions cognitives...), les actions de développement de l'autonomie des patients, les animations et la prévention des chutes.

b) Nature de l'impact

Dans ce contexte, les demandes d'intervention de masseurs-kinésithérapeutes devraient très vraisemblablement augmenter, en particulier pour :

- valoriser les fonctions neurologiques, orthopédiques et cognitives, malgré leur dégradation, en vue d'une préservation de l'autonomie de la personne (maintien de la marche prévention de la chute et préservation de la vie sociale et relationnelle...),
- éviter l'apparition des troubles du décubitus liés à la perte de la marche alors que la verticalisation est encore possible,
- limiter la perte de mobilité articulaire, l'apparition des rétractions, les problèmes de transit intestinal, respiratoires et cutanés quand la verticalisation n'est plus possible,
- informer et l'éduquer les aidants naturels (entourage familial) et donner des conseils en manutention et en ergonomie (aménagement du domicile, prescription de dispositifs médicaux).

Par ailleurs l'augmentation de la proportion de patients atteints de troubles cognitifs, ou de démences type maladie d'Alzheimer devra être accompagnée par des dispositifs de formation pour les masseurs-kinésithérapeutes. Cette prise en charge nécessite des compétences comportementales et techniques particulières qui ne sont pas encore formalisées et enseignées. L'impact pour cette population sera important et nécessitera des structures et de compétences spécifiques.

Pour les autres structures de soins, l'impact est modéré dans la mesure où il est question de pratiques kinésithérapiques connues et pratiquées aujourd'hui qui vont du traitement à l'accompagnement en fin de vie et dans lesquelles les dimensions relationnelles, sociales et psychologiques sont essentielles.

2.1.2. Le contenu du métier affecté par la pénurie de professionnels

a) Problématique

Du fait de la pyramide des âges des kinésithérapeutes actuellement en exercice, le nombre de ceux qui sortent d'activité chaque année augmenterait de 66 % en dix ans, passant de 1 000 en 2002 à 1 700 en 2012. Il deviendrait ensuite voisin de 1 500 jusqu'en 2020.

Cette augmentation des départs serait surtout due aux sorties d'activité des kinésithérapeutes libéraux. Leur nombre passerait de 650 en 2002 à près de 1300 en 2012, au fur et à mesure que les kinésithérapeutes âgés de 54 à 64 ans en 2002 arriveront à l'âge de la retraite à 65 ans.

Quant au nombre de sorties d'activité des salariés, il est passé de 350 en 2002 à 420 en 2006. Il oscillerait ensuite entre ces deux valeurs jusqu'en 2020, le nombre de salariés en activité en 2002 diminuant légèrement entre 55 et 59 ans, mais variant peu entre 40 et 54 ans.

b) Nature de l'impact

L'augmentation de la pénurie de professionnels amènera à réaliser des choix sur les pathologies à traiter. Dans ce sens, une concentration des activités dans le domaine des conséquences des pathologies cardiologiques, neurologiques ou respiratoires, semble se dessiner. Il faudra prioriser davantage les actions à réaliser. Les kinésithérapeutes devront aussi coordonner plus leurs interventions avec celles des autres professionnels de santé, en tenant compte des nouvelles perspectives du parcours du patient (dossier patient qui transite de la ville à l'hôpital, en passant par les différents praticiens).

2.2. Evolution de la demande de santé

2.2.1. Des usagers exigeant une qualité de l'ensemble des prestations

a) Problématique

La notion d'attente des usagers semble se substituer à la notion de besoin. Les usagers souhaitent en effet savoir où se trouve la meilleure offre (non seulement de soins, mais aussi d'hébergement, d'accueil, de sécurité...); ils se trouvent aidés dans leurs choix par les classements d'établissements ou par les dispositifs privés d'information sur la qualité de l'offre des établissements, qui se multiplient. L'apparition d'indicateurs de performance des établissements va en ce sens.

b) Nature de l'impact

L'impact de cette évolution est multiple :

- mise en place de démarches assurance qualité globale (évaluation de la satisfaction, détermination de critères et d'indicateurs d'évaluation de la qualité des prestations),
- réorganisation de la prise en charge autour de l'accueil et du suivi des patients (dans et hors les murs),
- intégration de la satisfaction de l'utilisateur dans la politique d'établissement,
- développement de liens entre prise en charge médicale, médico-sociale, sociale et psychologique,
- nécessité de la reconnaissance d'un soignant référent et coordonnateur du parcours de soins au sein de l'établissement mais aussi entre l'hôpital et la ville.

Les nouvelles exigences des patients doivent entraîner un renforcement de l'Évaluation des Pratiques professionnelles (EPP), le contrôle de qualité, la traçabilité des actes, la formation permanente, lien avec la recherche clinique le développement des conférences de consensus et des revues de morbidité/mortalité. Des fiches techniques, procédures et protocoles vont préciser la typologie et la qualification des professionnels nécessaires tout le long d'une prise en charge donnée.

2.2.2. Vieillesse de la population et augmentation de la dépendance et de la demande sociale

a) Problématique

L'accroissement des populations aux besoins médicaux, sociaux, médico-sociaux et psychologiques très divers (personnes âgées, en difficulté financière ou sociale, patients d'origine ethnique ou appartenance religieuse parfois très différentes, etc.) nécessite que soient mis en place des dispositifs de prise en charge différenciés.

Ainsi, pour les patients psychiatriques, il existe une forte attente de prise en charge associant les soins et la prise en charge sociale et médico-sociale (un quart de la population psychiatrique présente de graves difficultés sociales), dans le cadre d'une post-hospitalisation.

De même, la prise en charge des personnes âgées nécessite des savoir-faire complémentaires (par exemple pour prendre en charge les personnes atteintes de pathologies dégénératives).

Les soins demandent davantage d'investissement relationnel à l'égard du patient, ce que ne permet pas souvent la relative faiblesse des effectifs.

Plus généralement, une action coordonnée de l'ensemble des réseaux sanitaires, sociaux et médico-sociaux semble nécessaire.

b) Nature de l'impact

La mise en place d'une prise en charge globale du patient et l'évolution des pratiques des services et des masseurs-kinésithérapeutes nécessitent de développer des compétences en lien avec les besoins de populations de plus en plus fragilisées et/ou précaires :

- renforcement de dispositifs spécifiques et différenciés pour la prise en charge des populations fragiles, dans les territoires les plus sensibles,
- accueil des populations dans leur diversité, dans le cadre d'une approche plus globale et individualisée de la prise en charge,
- lien entre la dimension médicale, sociale, psychologique du soin,
- émergence de soignants (dont des masseurs-kinésithérapeutes) spécialisés en prévention et éducation, de médiateurs, et de référents, coordonnateurs du parcours de soin,
- développement des compétences suivantes : articulation entre médical et social, connaissances du dispositif territorial sanitaire, social et médico-social, information, éducation et relation au patient et aux proches, connaissances juridiques, éthiques et socio-ethnologique,

2.3. Evolution de l'offre de soins : développement de la coordination entre le secteur sanitaire, social et médico-social, entre le public et le privé, entre les établissements et la ville

a) Problématique

Les cloisonnements entre les différents acteurs mais aussi les différents secteurs apparaissent aujourd'hui comme totalement inadaptés à un parcours de soins du patient intégrant tous les éléments de la prise en charge.

Le développement de l'hospitalisation à domicile ainsi que l'organisation du retour au domicile ou au lieu de vie, avec éventuellement un passage par un centre de soins de suite et réadaptation nécessiteront une coopération accrue entre les acteurs sanitaires, sociaux et

médico-sociaux, une meilleure coordination entre les opérateurs, voire l'organisation de réseaux de santé, pour une population ciblée (ex. personnes âgées), une pathologie chronique particulière (ex : diabète, cancer...).

Le développement de l'e-santé permet et favorise la mise en réseau ainsi que la réalisation d'actes à distance et l'hospitalisation à domicile.

b) Nature de l'impact

Les masseurs-kinésithérapeutes devront apprendre à collaborer et coopérer avec des réseaux de soins extrahospitaliers en lien avec le secteur social et médico-social. Cette collaboration et cette mise en réseau ne vont pas de soi car l'exercice en extrahospitalier nécessite des compétences spécifiques et implique le secteur libéral.

L'activité de conseil, d'évaluation/orientation des kinésithérapeutes devra renforcer ce dispositif.

2.4. Evolution des pratiques de soins : risque de développement de professions non réglementées

a) Problématique

L'avancée des techniques chirurgicales, moins invasives, et les progrès de l'analgésie diminuent considérablement les durées des activités de rééducation. Les durées d'hospitalisation postopératoires sont plus courtes et les retours à domicile se font de plus en plus tôt.

Dans leur exercice, les professionnels considèrent que la démarche de rééducation et réadaptation va prendre une place croissante. Elle évolue de plus en plus vers une prise en charge complète de la personne, dans un contexte d'hyper spécialisation médicale. La rééducation elle-même dépasse de ce fait le cadre des actes techniques dispensés.

b) Nature de l'impact

Cette évolution devrait affecter la répartition des différentes activités du masseur-kinésithérapeute. Les techniques de kinésithérapie devraient se spécialiser et s'instrumentaliser (développement des nouvelles technologies, utilisation des environnements virtuels permettant de mieux prendre en compte les aspects cognitifs de la reprogrammation motrice...) et, dans le même temps, les activités de rééducation, réadaptation à visée préventives, éducatives et évaluatives devraient se développer.

Par ailleurs, les facteurs précités vont tous dans le sens d'un fort accroissement de la demande, alors même qu'une pénurie de masseurs-kinésithérapeutes est anticipée. Le kinésithérapeute aurait alors à poser le diagnostic kinésithérapique et choisir les moyens et mettre en œuvre des traitements. Il réaliserait les actes à forte technicité et travaillerait avec l'aide de techniciens manipulateurs qui installeraient les patients suivant les indications reçues.

De ce fait, un nombre croissant de professions non réglementées vont probablement développer leur intervention dans ce champ, tout particulièrement l'ostéopathie. Il existe ainsi un risque important qu'un certain nombre de kinésithérapeutes se détournent de leur profession, et en particulier de l'exercice salarié en milieu hospitalier, et privilégient un exercice totalement indépendant telle l'ostéopathie. Cette tendance viendrait ainsi renforcer la pénurie de masseurs-kinésithérapeutes. D'un autre point de vue, les ostéopathes « ni-ni » (ni médecins, ni kinésithérapeutes) n'ayant pas de quota d'entrée en formation deviendront rapidement trop nombreux et viendront développer leur champ d'intervention dans le champ de la rééducation.

2.5. Evolution des technologies médicales

a) Problématique

L'amélioration des techniques de réanimation a comme conséquence une augmentation du nombre de pathologies séquellaires.

L'évolution des nanotechnologies permet le développement de nouvelles technologies destinées à l'évaluation du mouvement, de l'appareil locomoteur et des capacités motrices. D'autres technologies modifieront profondément la kinésithérapie comme les le développement des environnements virtuels impactant directement les aspects cognitif de la rééducation.

b) Nature de l'impact

Ainsi, les activités de rééducation vont se développer fortement, notamment dans le domaine du traumatisme crânioencéphalique, des grands brûlés, des anoxies périnatales, etc. Les savoir-faire déjà existants seront davantage sollicités, mais le kinésithérapeute aura également davantage besoin de compétences dans le domaine psychologique pour accompagner les deuils, l'environnement familial, et développer les activités de conseil en lien avec le handicap. Ces compétences (accompagnement, relationnelles) existent déjà et devraient être plus formalisées pour être reconnues.

Le développement des nouvelles technologies d'exploration du mouvement et d'environnements virtuels nécessitent le développement de compétences dans la manipulation des appareils, dans l'interprétation des données et dans les moyens mis à disposition. Ils constitueront dans le même temps des moyens puissants et rapides d'objectivation de l'efficacité des traitements mis en œuvre.

2.6. Evolution médico-économique

a) Problématique

La cotation actuelle de l'activité hospitalière est faite à partir des actes du libéral (NGAP). Le système défini par l'Assurance maladie pour le monde hospitalier ne prend pas en compte les activités d'évaluation, de rédaction des comptes rendus, de coordination avec les autres professionnels de formation initiale et continue, d'étude et de recherche. De même cette cotation ne prend pas en compte la charge en soins de rééducation beaucoup plus importante en phase initiale d'une affection ou pour les patients pluri-pathologiques qui sont accueillis en établissement de santé.

Le problème de la mesure des coûts des actes de kinésithérapie est qu'ils sont mesurés sur le court terme. Les vraies économies dans le domaine de la rééducation/réadaptation se font sur le long terme avec une logique de bénéfice pour le malade en intégrant d'autres indicateurs tels que les indicateurs d'autonomie fonctionnelle.

b) Nature de l'impact

La difficulté à valoriser les actes de kinésithérapie en milieu hospitalier risque de renforcer l'attractivité du secteur libéral et de minimiser les recettes potentielles des établissements de santé.

2.7. Evolution de l'organisation interne des établissements de santé : la nouvelle gouvernance

a) Problématique

L'organisation en pôle modifie fortement l'organisation des établissements, et ce, de manière

très variée selon les cas. Elle met les établissements en concurrence en fonction de leur capacité à recruter les nouveaux candidats, à proposer de la formation continue, ou encore en fonction de la lisibilité de l'organigramme fonctionnel et de la disponibilité des professionnels. De ce fait, les conditions de travail des différents agents ont été plus ou moins modifiées.

Sur ce plan, l'organisation par pôle met en question le fonctionnement transversal des kinésithérapeutes. Le positionnement des masseurs-kinésithérapeutes dépend des choix organisationnels effectués, notamment l'existence ou non d'un pôle de rééducation. Dans certains cas, un système de partage des kinésithérapeutes entre pôles se met en place.

Dans les modèles d'organisation des hôpitaux les masseurs-kinésithérapeutes étaient positionnés soit dans des services centraux de rééducation, qui étaient « prestataires de rééducation » soit dans des services spécifiques et intégrés directement aux prises en charge et aux équipes de soins. Avec la mise en place des pôles d'activités un modèle intermédiaire émerge, avec un mix de profil « polyvalent » et « d'expertise ciblée ».

b) Impact

De façon générale, l'organisation par pôle pose un souci au fonctionnement transversal des masseurs-kinésithérapeutes. Elle doit entraîner un développement de la contractualisation et faire l'objet de nouveaux rapports entre la rééducation et les autres services ou l'administration. Or, il devient de plus en plus ardu de clairement valoriser les actes de rééducation effectués par les masseurs-kinésithérapeutes dans des équipes pluridisciplinaires.

Enfin, l'encadrement du recours à l'intérim pourrait conduire vers un choix limitant la présence des masseurs-kinésithérapeutes au profit d'autres métiers (aides-soignants, infirmiers, infirmiers spécialisés etc.).

2.8. Evolution technologique : la traçabilité des actes

a) Problématique

La traçabilité des actes permet un meilleur suivi des prescriptions, un partage des informations, une cohérence dans le processus de soin et une évaluation de l'activité. Les dossiers et images partagés permettent de gagner du temps. Ceci contribue à une valorisation et à davantage de reconnaissance puisque le kinésithérapeute prend sa place dans le dossier de soins.

Dans le temps de travail du masseur-kinésithérapeute, le temps de l'évaluation de ses prises en charge par un dispositif mobile type ordinateur portable ou assistant personnel par exemple est pris en compte – mais pas encore de façon uniforme.

b) Impact

Un besoin de développement et de formation dans ce domaine pourrait apparaître, notamment en ce qui concerne la reconnaissance vocale, les adaptations au système braille, etc.

Les activités jugées comme administratives, telles que saisir le PMSI en MCO, remplir le dossier de soins, etc. pourraient diminuer pour ce qui relève de la saisie pure et simple et, en revanche, augmenter pour le suivi du dossier des soins, qui n'est de fait pas une activité administrative mais de soins.

Les systèmes d'information intégrée peuvent constituer un support solide au travail d'équipe pluri professionnelle.

2.9. Evolution des politiques de qualité et de gestion des risques

a) Problématique

Les démarches d'amélioration de la qualité semblent bien acceptées par la profession. Cependant, leur gestion devient de plus en plus difficile en raison de la démultiplication des lieux de prise en charge. Un besoin d'adaptation des pratiques aux exigences d'hygiène, de sécurité et de qualité des soins va se faire sentir. Le masseur-kinésithérapeute référent au Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), ou au Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) ou élu à la commission de soins participe d'un engagement collectif du service de kinésithérapie.

b) Impact

L'évaluation des pratiques professionnelles mobilise beaucoup de temps. Cela doit permettre d'optimiser le temps passé auprès des patients. Elle doit contribuer au développement de l'activité évaluative et orientatrice.

2.10. Evolution des dispositifs de formation initiale et continue

a) Problématique

La dichotomie actuelle entre métier / formation et exercice pose problème, comme dans beaucoup de professions de santé.

Le diplôme d'état permet d'exercer dans tous les secteurs d'activité, mais la question de développer de l'expertise ou des spécificités se pose.

Le profil des étudiants a beaucoup évolué dans les dernières années. Le fait d'avoir fait de longues études (en moyenne 4 à 5 ans post bac), coûteuses, après une sélection difficile, fait que certains des nouveaux professionnels acceptent plus difficilement les tâches considérées comme peu gratifiantes.

b) Impact

Le coût croissant des études amène un changement du profil sociologique des étudiants, attirant les plus aisés.

3. Les caractéristiques du métier en prospective horizon 2015

3.1. Evolution de l'activité

a) Principales tendances d'évolution à 5-10 ans

- Dans le domaine de la santé publique : évolution vers un accroissement de la gérontologie et une multiplication des filières gériatriques disposant de toute la palette des prises en charge, la chronicisation des maladies, la prise en charge des enfants polyhandicapés qui deviennent adultes, le traitement et le suivi des patients cancéreux,
- Dans le domaine de la recherche de l'efficacité avec un passage d'une logique de moyens à une logique de résultats,
- Dans l'équilibre à trouver entre polyvalence, plurivalence (bi ou tri) et expertise. La réduction progressive de la durée moyenne de séjour va renforcer la plurivalence des masseurs-kinésithérapeutes, modifier les pratiques dans le sens d'une plus grande part d'évaluation, d'orientation et d'anticipation du parcours de soins du patient. Le paradoxe

jusqu'à ces jours vient d'ailleurs du fait que si la polyvalence est affichée comme une préoccupation de la profession, dans la réalité, une forme d'expertise se met de fait souvent en place.

b) Un déplacement progressif du périmètre de travail

Ce déplacement interviendra à deux niveaux du champ :

- En phase aiguë, avec un développement du nombre d'actes techniquement exigeants et un transfert de compétences (transfert de l'extubation, manipulation des assistances ventilatoires, présence lors d'intervention en bloc de neurochirurgie, réalisation d'immobilisation et correction plâtrées etc.)
- En phase subaiguë, avec le développement de la prévention (sevrage du tabac, gestion des crises d'asthme, etc.), du dépistage des cancers de la peau, le développement de programmes de réentraînement fonctionnel (cardio-respiratoire et neuromusculaire), dans le développement et l'entretien des capacités cognitives et perceptivo-motrices, intervention en milieu professionnel pour la prévention des troubles musculo-squelettiques, intervention à domicile pour le maintien à domicile et l'éducation-information des aidants, etc.

c) Essor des activités de gestion et de coordination

Des tâches telles que les réunions de coordination, les vigilances, la gestion de la qualité, des risques, etc. sont amenées à se développer. Elles entrent en concurrence avec le temps passé auprès du patient.

Certaines tâches pourraient être déléguées, ce qui pourrait faire évoluer la frontière entre les métiers.

3.2. Evolution des compétences requises

Les principales compétences requises seraient les suivantes :

- Dans le cadre du maintien à domicile des personnes âgées, un développement des compétences d'évaluation de l'état de santé, tout particulièrement en tant que praticien et en tant que formateur auprès de l'auxiliaire de vie et de la famille ;
- Développement des compétences comportementales et techniques spécifiques à la prise en charge des patients atteints de troubles cognitifs et de démences type Alzheimer;
- Compétences de coordination des interventions et de collaboration avec les autres professionnels, de plus en plus nombreux à intervenir lors du parcours du patient ;
- Compétences dans le traitement des données, l'interprétation de résultats,
- Compétences scientifiques dans le développement et la mise en œuvre de méthodologies de recherche cliniques.

3.3. Evolution du positionnement fonctionnel

a) Une autonomisation accrue

La tendance forte est une autonomie accrue avec, au-delà du choix des techniques et du temps de traitement nécessaire, la possibilité de prescrire certains dispositifs médicaux (arrêté du 09 janvier 2006), de coordonner le parcours de soins et mener des recherches en qualité d'investigateurs principaux. Des missions qui tendent à s'élargir

La coordination du parcours de soins et l'animation de réseaux de santé peut être réalisée par les kinésithérapeutes, notamment en gériatrie, en pédiatrie, dans la prise en charge du

handicap ou en SSR. Un fort besoin de coordination ville-hôpital et entre les différents professionnels est remarqué dans la plupart des établissements pour des patients souffrant de pathologies chroniques.

L'éducation thérapeutique de l'utilisateur va prendre de plus en plus de place. La réadaptation prend le pas sur la rééducation.

Dans le domaine de la santé publique un accroissement de la gérontologie et une multiplication des filières gériatriques disposant de toute la palette des prises en charge apparaissent nettement. Par ailleurs, la chronicisation des maladies, la prise en charge des enfants malades qui deviennent adultes, le traitement et le suivi des patients cancéreux impactent fortement le positionnement des masseurs-kinésithérapeutes. Aujourd'hui, les centres de références des maladies rares sollicitent de plus en plus les MK, tant pour la recherche, que pour les soins, que pour la rédaction de protocoles.

3.4. Evolution du profil

Dans les grandes structures de type CHU, le masseur-kinésithérapeute devient plus orienteur, ou développe une hyper-technicité, une expertise qui le rapproche d'une certaine façon du métier « d'ingénieur » ; dans les établissements de moyen séjour, les centres de rééducation soumis aux évolutions des SSR, ainsi que dans les autres lieux d'exercice où il est amené à intervenir, il accroît sa plurivalence.

3.5. Problématique du recrutement

L'évolution du niveau de rémunération des masseurs-kinésithérapeutes salariés semble être un facteur important pour l'attractivité des professionnels. Au-delà de cette question de salaire la problématique du recrutement pourrait être fortement influencée par :

- la capacité des tutelles à proposer un assouplissement des règles de recrutement et de fonctionnement des établissements de santé,
- La capacité des établissements à rendre lisible leurs missions de santé, les valeurs et le sens de ces missions,
- La capacité de l'encadrement de proximité à développer une véritable gestion (quotidienne et prévisionnelle) des compétences professionnelles en rééducation,
- La mise en œuvre par les instituts de formation d'une véritable relation client fournisseur avec l'ensemble des recruteurs,
- La capacité des professionnels eux-mêmes à promouvoir et valoriser l'exercice salarial auprès des étudiants en formation initiale et continue,
- La capacité de la profession à développer une expertise et une qualité des soins kinésithérapiques objectivées par de véritables travaux de recherche.

3.6. Besoins futurs en formation initiale et continue

La formation ne peut plus être basée sur l'acquisition stricte de contenus ou de savoirs. L'exercice de la kinésithérapie évolue vers une ingénierie fine de prestations exigeant l'expérimentation de cette ingénierie dès la formation. Cela demande un enseignement fondé sur l'acquisition de connaissances fondamentales contextualisées, l'apprentissage du raisonnement clinique, l'évaluation systématique de cette ingénierie dans sa globalité (examen, diagnostic, intervention). Mais aussi l'acquisition de compétences de communication particulièrement du point de vue singulier et spécifique du kinésithérapeute et des résultats de sa prestation à l'équipe pluri-professionnelle.

Cela implique le développement des Nouvelles technologies de l'information et de la

communication, de l'Apprentissage par Problème et l'Apprentissage du raisonnement Clinique. Mais aussi l'apprentissage du positionnement professionnel et la connaissance de la méthodologie de recherche afin de la rendre spontanément applicable à l'EPP. Cela implique également une meilleure connaissance des évolutions sociétales et de la place de la kinésithérapie dans le système de santé et de son utilité sociale en termes de bénéfices de santé. Le professionnel, du fait du corps à corps, de la fréquence, comme de la durée des prises en charge, doit être mûr sur le plan de la « relation kinésithérapeute, patient et maladie ».

La mise en œuvre d'un « clinicat » associant un exercice professionnel à temps partiel (80% par exemple) en milieu salarié et la réalisation d'un travail de recherche clinique codirigé par un professionnel de « terrain » et un formateur doit permettre de conjuguer ces différents impératifs.

3.7. Développement de passerelles et parcours professionnels

La mobilité géographique, fonctionnelle, technique et professionnelle est une nouvelle caractéristique des métiers et particulièrement dans le domaine de la santé. Qu'elle soit souhaitée ou non, il faut l'anticiper, la favoriser et l'accompagner. Cela demande de :

- Faciliter les mouvements inter-hospitaliers,
- Faciliter le fait que des masseurs kinésithérapeutes puissent faire de l'enseignement tout en continuant à travailler dans l'hôpital,
- Valoriser les diplômes universitaires, par la prise en compte de ces diplômes dans les établissements,
- Développer les passerelles entre professions de santé,
- Développer une filière d'expertise parallèle à la filière d'encadrement qui pourrait mener à des missions d'ingénierie des soins ou de formation.

3.8. Indication d'évolution quantitative

Des projections à l'horizon 2020 peuvent être réalisées à partir des effectifs de kinésithérapeutes dénombrés précédemment, soit près de 55 800 professionnels de moins de 66 ans en exercice au 1er janvier 2002. Elles reposent sur l'hypothèse d'un maintien du quota d'accès aux écoles de formation et des comportements actuels d'installation et de cessation d'activité des professionnels. Cette projection « à comportements constants » ne peut être considérée comme une prévision compte tenu, notamment, des réformes en cours ou en projet, qu'il s'agisse de la décentralisation ou des projets de généralisation d'une première année de formation précédant les concours d'entrée.

Dans la projection réalisée ici, l'hypothèse est que le quota d'entrée en institut de formation, fixé à 1 560 en France en 2003, reste inchangé jusqu'en 2020. On étudie alors deux scénarii :

- **le premier scénario** selon lequel, à partir du 1er janvier 2004, les seuls entrants sur le marché du travail seraient les diplômés des écoles françaises, soit un peu plus de 1 600 personnes par an. Dans ce premier scénario, le nombre d'autorisations d'exercice attribuées deviendrait nul à partir de 2004. Les autorisations d'exercice délivrées avant 2004, dont le nombre est connu jusqu'en 2002, et estimé à 1 200 pour 2003 (près de 400 ont déjà été délivrées pour les quatre premiers mois de 2003), sont cependant prises en compte.
- **le deuxième scénario**, on suppose en revanche que le nombre d'autorisations d'exercice se maintiendrait à son niveau estimé pour 2003, soit 1 200 par an, et ce jusqu'en 2020. Le nombre total d'entrants sur le marché du travail serait alors de l'ordre de 2 800 par an.

La différence entre ces deux scénarii correspond donc à une variation des hypothèses comparant les autorisations d'exercice délivrées après 2003.

Les deux scénarii sont par contre identiques en ce qui concerne les sorties d'activité des professionnels qui, là aussi, sont estimées « à comportements constants ».

a) Un nombre de kinésithérapeutes, surtout libéraux, en croissance d'ici 2020

Dans le premier scénario, le nombre total de kinésithérapeutes en activité passerait de 55 800 en 2002 à 58 300 en 2004(9), soit une croissance moyenne de 2,3 % par an pendant deux ans(10). Il augmenterait ensuite à un rythme beaucoup plus lent. Cette hypothèse de 1600 entrées sur le marché du travail par an est un peu supérieure au quota annuel d'entrées en formation en raison des dépassements autorisés pour des étudiants ayant des dispenses de scolarité et des formations hors quota pour les malvoyants. Il s'agit d'effectifs au 1er janvier de chaque année (1/1/2002, 1/1/2004, etc.), de même que dans tout ce qui suit. Cette augmentation soutenue jusqu'en 2004 vient du fait qu'on prend en compte dans le stock des actifs le nombre important d'autorisations d'exercice délivrées en 2002 et 2003.

Compte tenu de l'hypothèse forte retenue ici d'une répartition des nouveaux entrants entre activité libérale et salariat identique à celle des actifs actuels, la part de salariés en 2020 serait identique dans les deux scénarios (20 %) et proche de celle observée en 2002 (22 %).

Le nombre de kinésithérapeutes libéraux passerait selon le scénario 1 de 43 600 en 2002 à 48 300 en 2020, soit une augmentation de 11 %. Le scénario 2 aboutirait quant à lui à un nombre de kinésithérapeutes libéraux égal à 63 100 en 2020, soit une augmentation de 45%.

Quant au nombre de salariés, il passerait dans le scénario 1 de 12 140 en 2002 à 11 800 en 2020, soit une diminution de 2 %. Il serait de 16 000 dans le scénario 2, soit une hausse de 32 %.

4. Les enjeux RH et pistes d'action pour accompagner l'évolution du métier

4.1. Enjeu de développement des compétences des masseurs-kinésithérapeutes

a) Problématique

La tendance de plusieurs instituts de formation en masso-kinésithérapie est d'évoluer vers l'universitarisation. Ce mouvement s'inscrit à la fois dans le cadre d'une démarche qualité pour la profession et dans le processus d'unification européenne des diplômes selon les accords de Bologne.

L'adaptation du dispositif de formation des masseurs-kinésithérapeutes au système Licence – Master - Doctorat (LMD) faciliterait les évolutions de carrières ou d'exercices reconnus, ainsi que le développement de compétences particulières.

Cette démarche permettrait l'accès à des niveaux post-licence dans le domaine de la santé, notamment dans le cadre du développement de nouveaux métiers, dans les domaines de la biologie, des sciences humaines et sociales et de l'éducation, ainsi que la mise en place de vraies passerelles entre les métiers de santé par capitalisation de crédits ECTS (ex : Kinésithérapeute / Ergothérapeute).

Toutefois, les représentants de la profession sont partagés quant au rythme de mise en place de ces réformes de la profession, qu'ils estiment tous nécessaires sur le long terme. Certains représentants insistent en effet sur le fait que la mise en place de formations plus longues et plus exigeantes doit s'accompagner d'une reconnaissance de la part des employeurs, notamment en terme salarial. Or, il n'est pas évident dans le contexte actuel, que des employeurs, notamment publics, sauront rémunérer des masseurs kinésithérapeutes titulaires d'un diplôme de niveau master ou doctorat. Pour cette raison, certains représentants de la profession privilégient une évolution progressive, qui permette dans un premier temps une reconnaissance de formations d'un niveau intermédiaire entre la licence et le master (l'équivalent des anciennes maîtrises).

b) Pistes d'action

- Développer des possibilités de recherche et de démarche de qualité de soins dans les filières hospitalo-universitaires,
- construire un parcours de formation initiale et continue de la profession de masseur-kinésithérapeute selon le schéma universitaire Licence- Master-Doctorat (LMD) avec trois voies dans le cadre master : une option gestion, une option formation/recherche, une option expertise (soins à compétences particulières),
- définir des plans de formation continue individualisée (portefeuille de compétences, bilan des compétences),
- mettre en œuvre des actions collectives de formation, de veille, d'analyse des pratiques,
- reconnaître, et valoriser par une carrière fonctionnelle, l'acquisition d'expertises.

4.2. Enjeu liés au développement de la recherche en masso-kinésithérapie

a) Problématique

Les références opposables et des guides de bonnes pratiques RMKO sont actuellement à l'étude par l'AFREK (Association Française pour la Recherche par l'Évaluation en Kinésithérapie) et l'HAS (Haute Autorité de Santé).

Ces organisations se sont émues du peu de littérature concernant l'évaluation des pratiques professionnelles des actes de kinésithérapie. C'est certainement une importante voie pour les années à venir. Le développement de la recherche paramédicale en rééducation est en cohérence d'une part avec les nouvelles organisations des hôpitaux instaurées par la Nouvelle Gouvernance et, d'autre part, avec le principe de formation tout au long de la vie.

Déployer la recherche paramédicale en rééducation, au delà de l'impact en termes de professionnalisation, c'est également l'assurance de développer la professionnalité individuelle et les compétences collectives. Cela doit garantir l'amélioration de la qualité des soins mais aussi la perspective de générer de nouvelles activités, comme dans le domaine de l'évaluation du handicap qui n'est pas, dans les conditions actuelles, productive.

Le 18 septembre dernier, une convention a été signée entre la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'ordre des masseurs kinésithérapeutes. Cette convention porte sur l'expérimentation de la mise en œuvre de l'évaluation des pratiques professionnelles, la communication, le partage et la diffusion d'informations relatives à l'EPP. Ce partenariat doit permettre de voir aboutir l'élaboration de méthodes et de référentiels d'évaluation pour le développement de programmes d'EPP et la formation de vingt masseurs-kinésithérapeutes participant à la mise en œuvre de l'EPP.

b) Pistes d'action

- Reconnaître la capacité de recherche autonome - sans investigateur médical – des kinésithérapeutes dans le cadre d'un projet de service, d'un projet professionnel, d'un projet de formation,
- développer de la recherche dans le champ de la technique, des pratiques (évaluation, biomécanique, étude du geste et du mouvement, ...),
- développer de la recherche dans le champ de la cognition (sciences de l'éducation, sociologie, ethnologie, santé publique, ...).

4.3. Ouvrir la discipline de rééducation à l'ensemble des professions de rééducation

a) Enjeux

Généraux :

Évaluation des pratiques professionnelles, intérêt du patient, amélioration des coûts, problème démographique, coopération.

Spécifique :

Hormis quelques exceptions (Albanie), la formation des Physiothérapeutes est réalisée dans le cadre de Bachelors (plancher défini par la WCPT) ou de master de physiothérapie (Amérique du nord et Europe du nord).

Parallèlement, l'exigence sociale de pratiques basées sur la preuve est également

généralisée à l'ensemble des pays précités. L'Amérique du nord et l'Europe du nord ont développé, puis généralisé, des recommandations de bonnes pratiques (guidelines) depuis une quinzaine d'années. En France, la Haute Autorité de Santé a élaboré 26 références. La constitution de ces références nécessite la réalisation de travaux de recherche clinique centrés sur les pratiques, mais également impose le développement de travaux de docimologie.

b) Pistes d'action

- Intégrer les Kinésithérapeutes à la discipline universitaire « rééducation fonctionnelle » (Section CNU 49, sous-section 5), ou à défaut, la création d'une nouvelle sous-section ou nouvelle section, répondrait à la fois à la demande d'universitarisation et aux besoins de recherche.
- permettre d'une part la création d'un corps universitaire d'enseignant chercheur, nécessaire au développement d'une filière d'enseignement professionnalisé basé sur *l'evidence based practice*,
- permettre d'autre part, le développement d'un savoir clinique et fondamental autour de la rééducation.

La discipline « rééducation fonctionnelle » (49-5) a pour caractéristique d'être une discipline potentiellement interprofessionnelle (médecins spécialiste de médecine physique et de réadaptation, masseurs kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens...) et transdisciplinaire en matière de recherche (éclairage par des sciences biologiques – neurosciences, biomécanique, ...- et par des sciences humaines – psychologie, sciences de l'éducation, sociologie...).

4.4. Enjeu du développement collectif des compétences

a) Problématique

Grâce à un matériel de soins de plus en plus performant, des cycles de formation de plus en plus pointus et les progrès de l'électronique médicale, on assiste à l'émergence de nouveaux domaines dans lesquels le kinésithérapeute devient de plus en plus compétent :

- la rééducation respiratoire chez le nourrisson,
- l'orthodontie,
- l'ergonomie du poste de travail ou celle qui s'applique à la musique et aux arts,
- les soins, la préparation et la prévention dans le sport,
- l'uro-gynécologie masculine et féminine,
- le domaine animal,
- l'esthétique.

b) Pistes d'action

- Investir dans la recherche scientifique et l'analyse des pratiques,
- Investir les champs de la santé publique, de la communication,
- Prendre en compte dès la formation initiale de la logique de compétence partagée,
- Adopter une logique d'apprentissage tout au long de la vie,
- Mieux accompagner et reconnaître le développement des compétences en cours de carrière,
- Améliorer la qualité de l'accueil des stagiaires, améliorer l'intégration des nouveaux arrivants dans les équipes, valoriser les rôles de formateur et d'analyse des pratiques des kinésithérapeutes auprès des étudiants et des nouveaux diplômés,

- Identifier les potentiels et valoriser les profils à compétences nouvelles.

4.5. Enjeu de l'attractivité et de la fidélisation

a) Problématique

Le salaire hospitalier n'est pas attractif et l'évolution du métier à l'hôpital n'est pas assez solide. En Ile de France, est posée la question de l'habitat et, en conséquence, la question des temps de transport ; dans certaines autres régions se pose la concurrence frontalière et le coût de la vie élevé. Le jeune diplômé sait qu'une des seules évolutions possible, peut être la principale, de son métier est le management, ce qui n'attire pas forcément tous les professionnels. Il semble important de pouvoir proposer la possibilité de développer une expertise, faire de la recherche, etc. Le diplôme d'état permet d'exercer dans tous les domaines, mais la question du développement de spécificités se pose.

De plus il est reconnu que la qualité du management de proximité est un facteur essentiel de la fidélisation. Il faut améliorer la formation et l'accompagnement des cadres afin qu'ils maîtrisent la conduite du changement, des projets et de l'évaluation.

b) Pistes d'action

- Développer les contrats de pré-recrutement (contrat d'apprentissage, allocation d'études, etc.),
- développer de véritables dispositifs d'apprentissage dans une réelle perspective professionnalisante. Cela nécessite la mise en œuvre d'une politique d'apprentissage avec la formation et la reconnaissance de « maîtres » de stage et l'amélioration du partenariat institut/hôpital, et tutelles (conseil généraux, ARS...),
- mettre en place un dispositif d'intéressement,
- poursuivre et repenser la formation initiale et continue des cadres,
- sensibiliser les cadres à l'accueil, à l'explicitation du projet d'établissement et de pôle, à la mise en œuvre d'une politique de développement des compétences individuelles et de parcours professionnels individualisés ; à la mise en place puis mise en œuvre d'une politique des compétences collectives (unité apprenante : ce qui améliore la fidélisation et l'attractivité),
- développer les possibilités d'évolution personnelle, y compris avec des plans de reconversion ou encore de mobilité inter-établissement ; ceci afin de d'accroître l'attractivité,
- travailler sur les conditions d'exercice (horaires, organisation du travail), en lien avec les problématiques de transport,
- apporter des solutions aux questions de l'habitat, de la garde des enfants (convention avec les offices HLM, les mairies pour les crèches, chèques emplois services...).

4.6. Développer certaines compétences

a) Enjeux

Des professionnels adaptés aux besoins de santé de la population et ayant une meilleure compréhension du monde de la santé.

Des professionnels plus réactifs aux modifications des attentes et des besoins des populations.

Une profession qui évolue et qui innove.

Une profession qui travaille mieux avec les autres professionnels car elle les connaît mieux

et qui invente une meilleure prise en charge avec une diminution des coûts à long terme

La kinésithérapie a une place importante à prendre dans différents domaines, tel que la douleur, les personnes âgées, le poly-handicap, la prévention, l'ergonomie, l'éducation, l'évaluation des patients et de ses besoins.

Pour que ces professionnels innovent et évoluent il faut qu'ils puissent vérifier l'efficacité techniques utilisées, les améliorer et en inventer d'autres. Il y a ce potentiel au sein de la profession aujourd'hui, mais cela est inexploité, et rien ne facilite ces travaux de recherche.

Les professionnels ne doivent plus rester cloisonnés dans leurs services, la politique de santé publique est une politique globale. Les professionnels doivent créer des réseaux avec les libéraux, mais aussi améliorer leurs prises en charges par domaines (cancérologie, gériatrie...). Pour cela il faut favoriser les échanges et la formation en dehors de la ville, dans la région, le pays voire faciliter les voyages pour des congrès et formations à l'extérieur de nos frontières. Nos professionnels sont très bons, mais ils n'ont que très rarement l'occasion de se confronter aux professionnels à l'extérieur de nos frontières et de montrer leurs compétences. Il faut créer de l'émulation et une meilleure communication entre professionnels pour de meilleures actions.

b) Pistes d'action

- développer de compétences de communication, écriture, travail en commun, coopération, sociologie, sciences humaines,
- introduire un module "écologie" de l'exercice professionnel,
- introduire le travail interprofessionnel et pluridisciplinaire en formation initiale (stage ou travail de recherche),
- développer les enseignements sur l'accompagnement de la maladie, sur le soin palliatif, travail sur la douleur, ...
- replacer le Kinésithérapeute dans le monde de la santé, dans la chaîne de soins, et lui donner non seulement une vision verticale, mais horizontale du soin,
- favoriser les groupes de travail interprofessionnel de rééducation,
- promouvoir et faciliter toute activité de recherche ou travail transversal. Former les kinés à la recherche, faciliter la littérature professionnelle,
- faciliter le cursus universitaire, et le valoriser par une carrière fonctionnelle,
- faciliter les échanges (pour se former) inter-hôpitaux,
- cesser le cloisonnement des kinésithérapeutes dans leur service, dans leur hôpital,
- favoriser la participation aux réseaux de soins,
- Apprendre à rendre visible et valoriser ces compétences.

4.7. Reconnaître des fonctions d'expertises

a) Enjeux

Sur prescription médicale ou par délégation d'actes médicaux les activités exigeant un niveau d'expertise clinique vont se développer. Pour répondre à cette demande, les établissements confient ces missions à des kinésithérapeutes expérimenté(e)s, ayant suivi des formations spécifiques et développant une capacité à traiter des problématiques complexes, à porter des diagnostics sur des situations complexes, trouver des solutions innovantes...

Au delà des spécificités des activités médicales (des pathologies, des types de patients...), ces kinésithérapeutes experts développent un corps de compétences, doivent acquérir des connaissances théoriques et techniques nouvelles, méthodes et outils d'analyse, un

ensemble de savoirs et savoir-faire constituant un socle commun.

b) Pistes d'action

- Définir un référentiel de compétences "socle commun" de la fonction d'expertise en interprofessionnel paramédical,
- Définir un référentiel de formation et mise en place d'un dispositif qualification (formation et VAE),
- Définir des modalités d'accès et de renouvellement à ces fonctions d'expertises,
- Mettre en place d'un plan de carrière fonctionnel pour ces fonctions d'expertise.

4.8. Repenser le processus de formation avec une logique de clinicat.

a) Enjeux

L'universitarisation des études.

b) Pistes d'action

- Adapter la formation au système universitaire,
- Favoriser l'accès à la formation après une année d'études universitaires,
- Construire un parcours de formation initiale et continue de la profession selon le schéma universitaire Licence- Master-Doctorat,
- Intégrer cette formation au sein des universités, tout en conservant la dimension professionnalisante, permettant l'opérationnalité immédiate des diplômés, suite à la certification,
- Garantir la qualité des contenus disciplinaires (sciences de la vie, sciences cliniques, sciences humaines et sociales, méthodologie de recherche),
- Renforcer les enseignements méthodologiques, permettre la maîtrise des technologies de l'information et de la communication pour l'enseignement (TICE) et des langues,
- Permettre la poursuite d'études immédiate ou ultérieure en Master-Doctorat,
- Permettre des sorties professionnelles post-licence dans les domaines de la santé, de la biologie, des sciences humaines et sociales et de l'éducation (IUFM),
- Permettre la mise en place de vraies passerelles entre les métiers de santé par capitalisation de crédits ECTS (ex : Kinésithérapeute / Ergothérapeute),
- Constituer un corps professoral, d'encadrement et d'experts.

4.9. Adapter le rôle du maitre de stage en tuteur de formation

a) Enjeux

L'apprentissage dans le cadre de la formation clinique.

b) Pistes d'action

- Reconnaître la fonction tutorale et la valoriser par la validation en VAE d' ECTS,
- Organiser une formation spécifique pour développer cette expertise,
- Organiser le tutorat sur la durée d'une année scolaire intégrant des stages (le premier stage devrait être effectué sur le lieu d'exercice du tuteur),
- Organiser une coordination entre le tuteur et l'IFMK, d'autre part entre les terrains de stage et le tuteur.

4.10. Coopérer : transferts et délégations de compétence

a) Enjeux

Ces transferts et délégations doivent contribuer à enrichir le métier (valorisation et attractivité). Les pratiques de la profession sont plus élargies (droit de prescription, accroissement et nouveaux actes). Il est ainsi urgent de réfléchir à une délégation de certaines pratiques pour que le kinésithérapeute puisse se consacrer aux missions et activités adéquates à son degré d'ingénierie.

Les frontières réglementaires entre kinésithérapeute et médecin deviennent floues ; il est urgent de clarifier les pratiques et maîtriser les dépassements (formation, protocole, évaluation...). L'enjeu du maintien de la qualité et de la sécurité des soins, dans un contexte de démographie médicale de plus en plus tendue, impose que l'évolution du métier vers un élargissement de son champ de responsabilité soit accompagné d'une clarification réglementaire et d'un dispositif de formation permettant l'acquisition des compétences (et qualifications) nécessaires.

b) Pistes d'action

- Recenser, analyser, reconnaître et intégrer dans la formation initiale (gestes techniques en réanimation, pré-dépistage des cancers de la peau...)
- Organiser la formation continue dans une logique d'acquisition progressive des compétences et d'expertise (reconnue)
- Modifier la réglementation relative à l'exercice des kinésithérapeutes

4.11. Augmenter les quotas d'accès à la formation

a) Enjeux

Des kinésithérapeutes insuffisamment nombreux face à une demande croissante

Paradoxalement, alors que le nombre de kinésithérapeutes s'est fortement accru depuis dix ans (64327 kinésithérapeutes recensés au 1^{er} janvier 2008² contre 56839 en 2002³), l'ensemble des acteurs confrontés aux situations de handicap et aux besoins de rééducation et de réadaptation s'accorde sur le manque de kinésithérapeutes disponibles tant dans le secteur hospitalier que dans le secteur libéral. Cette situation résulte de la conjonction de facteurs démographiques et de l'accroissement des besoins.

Des besoins en soins de rééducation de plus en plus nombreux et complexes

L'accroissement des besoins est lié non seulement à l'augmentation de la population et à son vieillissement, mais aussi au développement de nouveaux champs d'application de la kinésithérapie. Il est notamment en rapport avec le nombre de patients souffrant de pathologies chroniques qui impliquent des suivis au long cours et de pathologies lourdes qui nécessitent l'organisation d'une permanence des soins. Ainsi, le vieillissement de la population générant des co-morbidités invalidantes notamment les pathologies cancéreuses, respiratoires, neurologiques et cardio-vasculaires accroît les besoins de rééducation.

² DREES – Série statistiques n°123 – mai 2008 - Les professions de santé au 1^{er} janvier 2008, Daniel SICART

³ DREES – Série études n°34 – septembre 2003 – Projections du nombre de masseurs-kinésithérapeutes en activité en France à l'horizon 2020, Serge DARRINE

Ceux-ci sont renforcés par le développement de la prévention en santé publique qui fait appel aux compétences des kinésithérapeutes et par les exigences d'évaluation, de traçabilité, de coordination avec les autres professionnels, et de formation continue qui impliquent des activités non consacrées aux soins directs mais indispensables pour assurer une prestation adaptée et de qualité.

Les perspectives sanitaires actuelles laissent envisager une demande croissante de compétences en kinésithérapie car les nouvelles coopérations entre professionnels de santé⁴ sont susceptibles de renforcer la demande dans les champs du dépistage, de l'éducation pour la santé⁵, de la formation, voire de la recherche.

Les facteurs démographiques : une offre de formation en kinésithérapie insuffisante

Les quotas qui régulent les entrées en formation sont fixés annuellement par arrêté ministériel.

Ils ont été augmentés régulièrement depuis 7 ans et, les 1999 places pour 2008-2009, représentent une augmentation de plus de 50% par rapport à 2000-2001 où les quotas avaient atteint leur plus bas niveau avec 1314 places. Les effets de ces hausses ne sont pas encore sensibles et l'augmentation attendue du nombre de professionnels doit être pondérée par un facteur démographique essentiel, la féminisation de la profession.

Une réserve en diplômés étrangers limitée

L'offre insuffisante de formation en France a été ces dernières années compensée par les demandes d'autorisation d'exercice de professionnels diplômés dans la communauté européenne. La Belgique a longtemps été le principal pourvoyeur de kinésithérapeutes français formés à l'étranger (ils représentaient plus de 500 kinésithérapeutes sur les 1373 demandes faites en 2007). L'instauration par ce pays en 2006 d'un quota de 30% d'étudiants étrangers, pourrait limiter le nombre de professionnels disponibles par cette filière. Il reste toutefois à évaluer l'impact de l'élargissement de l'Union européenne avec la conséquente augmentation du nombre de demandes d'autorisations d'exercice des kinésithérapeutes provenant des pays de l'est.

Une demande de formation très importante

Parallèlement, l'image de marque positive dont la kinésithérapie bénéficie dans la population générale induit un engouement des jeunes pour ce métier. Les demandes d'accès en formation sont au minimum huit fois supérieures au nombre de places disponibles réglementées par les quotas. De ce fait, les concours d'entrée en formation de masso-kinésithérapie sont extrêmement sélectifs et amènent de nombreux candidats à chercher des voies de substitution notamment dans la formation en ostéopathie, qui, en aucun cas, ne peut être considérée comme une alternative à la kinésithérapie.

D'autre part, le métier de kinésithérapeute suscite l'intérêt des diplômés de l'enseignement supérieur dont les filières offrent peu de débouchés professionnels telles que les sciences et techniques des activités physiques et sportives. Les passerelles permettant l'accès en

⁴ Recommandation HAS en collaboration avec l'ONDPS -Avril 2008 « Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé »

⁵ Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire – Rapport présenté par M. André FLAJOLET député du Pas de Calais - 2008

formation très restrictives et très limitées, ne permettent pas d'intégrer un nombre conséquent de ces candidats potentiels à la formation.

Inégalités de répartition géographique et d'exercice

Un dernier facteur démographique très important à considérer est la répartition inégale sur l'ensemble du territoire. Si la densité moyenne en kinésithérapeutes en France métropolitaine est de 105 pour 100 000 habitants, elle va de 63 en Haute Normandie à 149 en Provence – Alpes – Côte d'Azur. De même que pour la profession médicale, les disparités entre zones urbaines et rurales sont très marquées.

L'augmentation du nombre de professionnels qualifiés doit aller de pair avec une répartition plus équilibrée sur le territoire. Pour ce faire, il est nécessaire d'augmenter les quotas en tenant compte des caractéristiques démographiques des professionnels à l'échelle régionale et en anticipant les évolutions des modes d'exercice.

Bien que depuis 2006, l'avis des conseils régionaux⁶ soit sollicité par le ministre chargé de la santé avant de fixer le nombre d'étudiants à admettre en 1^{ère} année d'études et sa répartition, il n'existe pas de règles qui permettent de lier les futurs professionnels à leur région de formation. Dans ce contexte, les régions dont les instituts de formation sont publics et financés par le conseil régional, ne sont pas enclins à une augmentation de quotas.

b) Pistes d'action

Augmenter les quotas ;

- évaluer les moyens humains et matériels indispensables à la formation afin d'anticiper l'adaptation des structures,
- favoriser une implantation professionnelle dans la région de formation initiale,
- repenser le maillage du dispositif de formation (instituts de formation) dans les régions,
- permettre la délocalisation d'une partie des enseignements sur des villes de moyenne importance, ce qui pourrait favoriser la formation des professionnels plus près de leur lieu d'origine et d'y renforcer leur ancrage,
- développer les passerelles d'accès à la formation de kinésithérapeutes pour des personnes possédant d'autres qualifications.

⁶ Article R4381-7 du Code de la santé publique

Personnes ayant participé à ce travail :

- BALANZA, Martine - cadre de santé MK (AP-HM)
- BARTHES, Richard - chargé de mission emploi formation (DHOS)
- BENFRADJ, Ayed - cadre de santé MK (AP-HP)
- BERGEAU, Hélène - directeur des soins, directrice d'IFMK (CH Saint-Maurice) (CNKS)
- BERTHE, Johan - cadre supérieur de Santé MK (AP-HP)
- BOUCHET, Jean Yves - cadre supérieur de santé MK (CHU Grenoble)
- CAMIUL Anne Lise - cadre de santé Ergothérapeute (AP-HP)
- CHIRON-BARD, Jacqueline - cadre de santé MK (CHU de Grenoble)
- COCHET, Hervé - directeur d'IFMK (Paris)
- COTTRET, Yves - président du collège national de la kinésithérapie salariée (CNKS)
- DESBIEF, Claude - cadre de santé MK (AP HM)
- DEVAILLY, Jean-Pascal - médecin rééducateur (AP-HP)
- DOUCET, Alain – cadre de santé MK Chef kinésithérapeute (CRF Bobigny)
- ELGHOBERA, Georges - cadre de santé MK (CH ST Joseph, Marseille)
- FAROULT, Magali - cadre de santé MK (CH de Lourdes) (CNKS)
- FOUBERT Ghislaine - directrice d'IFMK (Lyon)
- GANTOIS, Christine - cadre de santé MK formatrice IFMK (Marseille) et IFCS (Aix en Provence)
- GARDENT-GERBEAU Pascale - cadre supérieur de santé MK (AP-HP)
- GIBELIN, Andrée - cadre de santé MK Chef kinésithérapeute (CRF L'Argentière) (CNKS)
- GOUEZ, Sandrine - cadre de santé MK (AP-HM)
- GRENOUILLET, Yves - cadre de santé MK (CHU de Grenoble)
- HALLER, Pierre-Henri - cadre de santé MK (AP-HM) (CNKS)
- JEULIN, Jean Claude – MK libéral (Annecy)
- JOSSE, Laurence - cadre supérieur de santé MK (AP-HP) (CNKS)
- JUZAUD, Guy - cadre de santé MK (CRF Aix en Provence)
- LE GOURIERES, Eric - directeur des soins (CH St Anne Paris)
- LE-CORRE, Colette - cadre supérieur de santé MK (AP-HP)
- LEPRESLE Claude - cadre supérieur de santé MK (AP-HP)
- LOZANO Valérie - directrice d'IFMK (Bordeaux)
- MAFFEI, Pierre - cadre de santé MK (AP-HM)
- MASSIOT Marc - Cadre de santé MK - Directeur d'organisme de Formation continue (Enaxante)
- MICHON, Daniel – directeur d'IFCS (CHU Grenoble)
- OGOR, Clarisse - cadre de santé MK (CRF Hyères)
- PADEL, Frédérique - cadre de Santé MK (CH Plaisir)
- PETIT, Camille - cadre de Santé MK (Annecy)
- PILOTTI, Anne - MK (AP-HP)
- PONSET, Thierry - cadre de santé MK (HC Lyon)
- PREL, Gilles - directeur d'IFMK (Grenoble)
- PROCACCI, André - directeur d'établissement (CRF Bobigny)

- RICHAUD, Cécile - cadre de santé MK (CHU Grenoble)
- ROGER, Hugues – cadre supérieur de santé MK (AP-HM)
- SAUVAGEON, Philippe - directeur d'IFMK (Marseille)
- SAVINEAU, Philippe - cadre de santé MK (CH Saint Julien)
- THOMAS, Béatrice - cadre de Santé MK (SSR les ARAVIS)
- THUMERELLE Michel - directeur de l'hôpital de rééducation (CHU Lille)
- TROMEL, Marie Françoise - cadre de santé MK (AP-HM)
- VAILLANT, Jacques - cadre de santé MK, formateur IFMK (Grenoble)