Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes

Répondre aux besoins de santé et garantir la qualité des soins par une formation et un exercice rénovés

Rapport du Conseil national de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes

A l'attention de Madame Roselyne Bachelot-Narquin

Ministre de la Santé et des Sports

Janvier 2010

Sommaire

SYNTHESE DU RAPPORT 4

Conclusion de la synthèse : 6

Argumentaire universitaire pour l'habilitation du Diplôme d'Etat de masseur kinésithérapeute en Master 2 7

Rôle et place de la recherche dans une formation professionnelle 7

La cohérence entre les composantes de la formation et l'intégration des stages 8

Deux ordres d'exigence s'imposent à toute formation professionnelle universitaire 9

Les savoirs à enseigner et les savoirs pour pratiquer à un niveau de Master 2 10

Partie 1 : L'offre de sante en kinésithérapie réinterrogée par l'évolution des besoins 13

1. Evolutions de la demande en matière de santé 14

1.1. La démographie de la population française 14

1.2. AMELIORATION DE L'ESPERANCE DE VIE 15

1.3. Impact sur les dépenses de santé du vieillissement 17

1.4. La dépendance : une augmentation démographique tendancielle inévitable 18

1.5. Une augmentation de la prévalence des maladies chroniques 20

1.6. Conséquences économiques de la modification de la demande en matière de santé 23

2. Les réponses de santé 25

2.1. Les hommes 25

2.2. Les techniques et les instruments 33

2.3. Les organisations de soins 35

Partie 2 : Les enseignements tires des expériences internationales 44

1. Evolution de la demande dans les pays développés 45

2. Evolution de la réponse en matière d'exercice 46

2.1. Des métiers de moindre qualification pour réaliser des actes délégués 47

2.2. Des kinésithérapeutes (physiotherapists) à l'interface de métiers du corps 48

2.3. Des kinésithérapeutes (physiotherapists) avec des exercices orientés 48

3. Réponses en matière de formation 50

3.1. Une formation normalisée sur un modèle international 50

3.2. Des réponses cohérentes par un praticien de première intention formé à l'université 50

3.3. Des solutions transitoires pour intégrer la formation à l'université 51

Partie 3 : Modifier l'exercice et la structure du système de formation en masso-kinésithérapie 53

1. Faire évoluer l'exercice et le service aux populations 54

1.1. Des professions médicales à compétence définie et paramédicales intégrées 54

1.2. Rationaliser l'offre de soins en recomposant l'offre de soins 54

1.3. Développer des perspectives de carrière 55

2. Réformer la formation 57

2.1. Methodologie d'une reforme vers le LMD 57

2.2. Les atouts structurels du dispositif universitaire 58

2.3. Recrutement universitaire par L1 59

2.4. La formation durant les années de Licence 2 et Licence 3 62

2.5. Master 1 et Master 2 professionnels 63

2.6. La formation des assistants-physiothérapeutes 65

3. Facteurs de faisabilité 65

3.1. Reforme des universites 65

3.2. Une structure interne universitaire en recomposition : des pôles santé & biologie 67

3.3. Des structures de support à fort ancrage professionnel, ayant une expérience des conventions avec l'université 67

3.4. Un engagement anticipé des masseurs –kinésithérapeutes dans les formations universitaires 68

3.5. Des étudiants de forte culture scientifique 68

3.6. Des professionnels formés dans les universités et les Hautes écoles européennes 69

Conclusions générales 72

Références bibliographiques : 75

ANNEXES 77

ANNEXE 1 : Liste des Pôles mondiaux et nationaux de compétitivité (d'après http://www.competitivite.gouv.fr/) 77

ANNEXE 2 : Les formations posté-graduées en Amérique du Nord (extrait site APTA.org au 23/10/2009) 80

ANNEXE 3 : Diplôme national de master 103

ANNEXE 4 : ARGUMENTAIRE HABILITATION UNIVERSITAIRE .. 109

SYNTHESE DU RAPPORT

Sous l'effet conjoint d'un choc démographique lié au baby-boom et de l'amélioration de l'espérance de vie, la population française vieillit. Or, il est connu que la demande en soins augmente avec l'âge, particulièrement au-delà de 80 ans. L'accroissement du nombre de pathologies chroniques et des personnes handicapées nécessite également une adaptation de l'offre de soins particulièrement en matière d'accompagnement vers une plus grande autonomie en santé.

Parallèlement, au cours des prochaines années, les effectifs de médecins en activité vont décroître, singulièrement dans certaines disciplines, posant la question d'une nouvelle répartition des missions de chacune des professions de santé.

Au niveau international, les kinésithérapeutes (physiothérapeutes) ont intégré l'université, prolongé la formation initiale « de base » jusqu'à un grade de master afin de développer des compétences leur permettant de soulager l'activité médicale par un accès direct de la population à certaines prestations. De façon corollaire des métiers d'assistants ont vu le jour, centrant les kinésithérapeutes sur les activités à forte valeur ajoutée.

En France, avec la mise en place de l'article 75 de la loi de mars 2002 et la reconnaissance du titre d'ostéopathe, nombre de masseurs kinésithérapeutes se sont vu autoriser à porter le titre de masseur-kinésithérapeute-ostéopathe. Cette pratique légifère l'accès direct du patient autorisant le Masseur-Kinésithérapeute ostéopathe, à porter un diagnostic d'exclusion.

Une intégration à l'université, avec un diplôme d'exercice de grade Master, est possible en France, facilitée par le haut-niveau de recrutement des étudiants, par un corps professionnel ayant déjà suivi des formations complémentaires, notamment à l'université et par l'accélération de la restructuration de l'université autour de pôles de dimension internationale, ouverts au monde professionnel.

Les résultats attendus d'une réforme conjointe et simultanée de la formation des masseurs-kinésithérapeutes à un grade de master de leur exercice avec des compétences élargies et de la création d'un métier d'assistant en physiothérapie sur le modèle international permettront de répondre quantitativement et qualitativement aux besoins actuels et futurs de la population.

Quantitativement, cette réforme améliorera l'offre de soins au niveau national et au niveau des territoires en soulageant les médecins et chirurgiens de tâches non spécifiques (consultation d'orientation, consultation systématiques de suivi post-chirurgical, détection précoce de certaines pathologies dont les cancers, etc.) et en permettant la prescription par les masseurs-

kinésithérapeutes à des assistants en physiothérapie de tâches particulières (entretien quotidien de la locomotion, aide au lever, etc.).

Qualitativement, cette réforme permettra de recentrer les masseurs-kinésithérapeutes (mais également, par voie de conséquence indirecte les médecins) sur les tâches à plus grande valeur ajoutée, nécessitant des capacités (1) d'ingénierie, (2) de traitement des informations multiples et complexes, (3) d'élaboration de projet de soins dans le domaine des perturbations du mouvement et de l'activité physique. Il s'agira aussi de répondre à la nécessité de rééquilibrage entre le préventif et le curatif en offrant un service de conseils et d'éducation aux populations afin de prévenir (ou de réduire les conséquences) des pathologies liées à la sédentarité ou à la réduction de l'activité physique.

L'amélioration de la qualité de la formation sera également un gage pour ancrer les kinésithérapeutes dans une démarche permanente de contrôle et d'amélioration de la qualité des actes et des soins. Conjointement, cette réforme fondamentale associant l'universitarisation de la formation initiale à un grade de master, l'élargissement des compétences et la création simultanée d'un métier d'assistant en physiothérapie permettra de revaloriser le rôle des kinésithérapeutes en exercice de ville et en exercice en établissement de santé. Elle replacera le masseur kinésithérapeute dans sa triple fonction (1) de conseil-éducation, (2) d'évaluation-orientation (notamment en institution où la durée moyenne de séjour l'impose) et (3) de thérapeute du mouvement et de l'activité physique.

Cela contribuera à améliorer l'efficience générale du système de santé permettant une meilleure gestion des patients aux pathologies complexes, avec un raccourcissement de la file d'attente (et du coût par pathologie). Cette réponse, réaliste et facile à mettre en œuvre, est déjà adoptée et effective depuis plus de 10 ans, dans les pays d'Amérique du nord et d'Océanie. Elle vise à anticiper la hausse et les évolutions qualitatives de la demande liée au vieillissement de populations, à l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et à l'accompagnement à une plus grande autonomie des personnes handicapées.

L'engagement anticipé des masseurs-kinésithérapeutes dans des études universitaires (une centaine de docteurs ès sciences et environ un demi-millier de titulaires de masters), le haut niveau des étudiants recrutés depuis plus d'un quart de siècle (bacheliers scientifiques), les deux expériences d'universitarisation des études, la réingénierie du diplôme actuellement cours, sont autant d'atouts pour engager dès la rentrée 2011 cette réforme.

CONCLUSION DE LA SYNTHÈSE :

Le rapport propose une réforme ambitieuse de la kinésithérapie permettant de répondre aux besoins des populations et de garantir la qualité des soins. Cette réforme associe trois axes : (1) La réforme de la formation avec l'évolution à un grade de master préparant au diplôme d'Etat (2) la réforme de l'exercice avec l'élargissement des compétences et l'accès direct des patients et (3) la création d'un nouveau métier d'assistant en kinésithérapie réalisant des soins prescrits par les kinésithérapeutes.

Ces trois axes sont indissociables. Leur conjonction permet d'améliorer la prise en charge du handicap, des pathologies chroniques, du vieillissement et des états de santé complexes ainsi que la promotion de la prévention, tout en augmentant l'offre de soins simples.

ARGUMENTAIRE UNIVERSITAIRE POUR L'HABILITATION DU DIPLÔME D'ETAT DE MASSEUR KINÉSITHÉRAPEUTE EN MASTER 2

RÔLE ET PLACE DE LA RECHERCHE DANS UNE FORMATION PROFESSIONNELLE

L'adossement à la recherche est fondamental dans une formation de Master, et dans une formation aux métiers de professionnels de la santé.

Même s'il est important que de futurs professionnels puissent par la suite poursuivre leurs études en menant une recherche en thèse dans la discipline de MK (à créer), la visée première ici n'est pas de former de futurs enseignants-chercheurs.

L'adossement à la recherche n'a de sens et d'intérêt que s'il colore toute la formation.

Il est attendu que dans tous les enseignements de savoirs et de techniques cet adossement permette aux professionnels en formation de comprendre et de s'approprier la complexité et le caractère dynamique des savoirs en jeu, leur dimension problématique, la nécessité de dépasser les évidences, les opinions pour pouvoir s'appuyer sur des critères rigoureux pour penser et agir dans les situations de soins. La formation à la recherche en Master 2 constitue un des supports du développement de méta-compétences à la relation de soins. Il ne s'agit pas prioritairement d'apprendre à instrumenter son action, mais bien davantage d'apprendre à faire avec l'incertitude.

Cette approche réflexive et critique est indispensable pour réaliser des actes de masso-kinésithérapie de qualité. La variété des situations de soins à affronter et des personnes à soigner rend caduques les formations de type applicatif ou normatif qui ne développe pas cette réflexivité.

En se formant à la problématisation le professionnel s'initie à la dialectique et à l'approche complexe des situations. Dialectiser met l'accent sur l'impossibilité d'apporter une réponse unique au problème. La tendance à être dans la résolution pour l'autre, les a priori du professionnel sont troublés, bousculés, ouvrant alors un espace aux différences. En clarifiant les notions d'usage, en questionnant les affirmations, les lois, les vérités scientifiques, le professionnel est confronté à ses propres préjugés. L'entraînement à cette capacité développe une conception du soin MK, de l'éducation en santé, de l'évaluation, dans laquelle la contradiction est inclusive de la relation qu'il construit avec l'usager. Le MK s'ouvre aux comportements et arguments contradictoires du patient-usager.

Pour développer cette attitude réflexive vis-à-vis des pratiques professionnelles (techniques de soins, savoir à enseigner aux patients et aux stagiaires …) le contact avec la recherche et/ou des chercheurs sur un module d'initiation à la recherche ne suffirait pas et n'aurait pas d'effet formateur.

L'initiation à la recherche ne peut pas constituer un enseignement séparé dans un séminaire autonome en fonction des laboratoires d'adossement.

Elle doit être intégrée à tous les enseignements (académiques, techniques, didactiques, pédagogiques) et articulée aux différentes formes de travail dans un Master (les stages en particulier). Elle ne concerne pas que les disciplines académiques correspondant aux contenus d'enseignement. Elle doit toucher tous les aspects de l'activité professionnelle, même les plus ordinaires, qui sont des objets légitimes pour une activité d'analyse fondée sur un corps de savoirs établis, des méthodes précises, une tradition disciplinaire impliquant une épistémologie. La forme et la visée de ces enseignements liés à la recherche doivent évoluer. Progressivement le futur MK devra faire un choix entre plusieurs perspectives pour mener lui-même une activité de réflexion ayant certaines caractéristiques de la recherche sur une dimension ciblée de son activité professionnelle, dans un mémoire dont il élaborera le projet. Des séminaires en liens étroits avec les contenus d'enseignement travaillés, placeront l'étudiant en contact avec quelques problématiques et méthodes de recherche relatives à ces contenus. Ainsi conçue de façon intégrée à l'ensemble de la formation, la recherche peut atteindre 25% des enseignements sans que cela soit au détriment des objectifs de la professionnalisation.

LA COHÉRENCE ENTRE LES COMPOSANTES DE LA FORMATION ET L'INTÉGRATION DES STAGES

Une formation professionnalisante de MK ne peut pas reposer sur une juxtaposition d'unités d'enseignement, et de stages indépendants les uns des autres. Si les stages sont conçus seulement comme contact avec le terrain les enseignements académiques (ceux centrés sur les contenus disciplinaires d'enseignement ou ceux centrés sur les disciplines contributives) risquent d'être privés de leur sens et de leur efficacité parce qu'ils ne seraient pas en prise sur les problèmes rencontrés dans l'exercice du métier. L'observation et la pratique sur le terrain doit être guidée et orientée par des objectifs précis et ses apports intégrés dans les enseignements. Inversement les enseignements académiques doivent être problématisés en référence avec les compétences exigibles d'un MK, avec les choix, les problèmes épistémiques, relationnels, organisationnels qu'il aura à affronter.

Il faut donc concevoir de façon intégrée enseignements, stages, apprentissages méthodologiques liés à toutes les formes d'écrits et de pratiques exigibles à une formation de niveau de Master.

La dimension professionnelle et transversale de la formation, comme la dimension didactique ne relève pas seulement de savoir-faire pratiques ou d'injonctions générales. Elle comporte des corps de savoirs institués relevant de disciplines reconnues avec lesquels les futurs MK doivent être familiarisés faute de quoi la part professionnelle serait réduite à des tours de mains et les MK ne seraient pas armés contre les évidences de la simple opinion. Inversement ses savoirs ne prennent sens qu'en fonction des situations complexes de l'exercice du métier.

La progression dans le master ne peut donc pas être conçue sur un mode successif : développement du socle de connaissances académiques, puis application, techniques de transmission et contact avec le terrain. Il faut organiser la progression de la formation en fonction d'une logique axée sur la prise de conscience des futurs MK des devoirs et des exigences multiples du métier, sur le plan

épistémique et sur le plan éthique comme sur celui de la prise en compte des patients tels qu'ils sont.

Une réflexion est à travailler à un niveau universitaire de Master 2 sur l'engagement et les valeurs qui sous-tendent l'exercice du métier et sur les choix complexes auxquels confronte la réalité de cet exercice.

DEUX ORDRES D'EXIGENCE S'IMPOSENT À TOUTE FORMATION PROFESSIONNELLE UNIVERSITAIRE

Le premier concerne le titre de formation professionnelle. Une telle formation doit pourvoir aux besoins de savoir qui permettront aux étudiants d'assumer, au double plan, conceptuel et technique, dans la durée, la totalité des actes requis par leur métier.

L'université doit donc refuser toute discrimination entre des actes professionnels jugés nobles, qui seraient de son ressort, et d'autres jugés sans noblesse qu'elle donnerait aux IFMK.

Le caractère authentique d'une formation professionnelle de qualité exige que ses responsables déclarent nettement comment ils réalisent l'inventaire permanent des questions qui se posent à la profession et comment s'opère la construction continuée, scientifiquement fondée, des réponses que la formation apportera à ces questions. Juger une formation à la qualité de ses réponses n'a rien d'original mais il faut se garder d'ignorer les réponses qui manquent simplement parce que les questions correspondantes n'auront pas été posées. Le caractère universitaire d'une formation de MK bute sur une distinction entre les savoirs désignés scientifiques ou universitaires et les savoirs appelés savoirs pratiques. Tout savoir doit être réputé professionnel ! En effet la présence de tel savoir universitaire ne doit dépendre que du fait qu'il est utile pour répondre de manière fondée, intelligible et efficace aux questions de la profession.

La formation en Master 2 confrontera l'étudiant à des obstacles épistémologiques qui participent de la formation des professionnels en tant que modélisation d'un système de pensée, d'une relation aux savoirs savants et aux savoirs expérientiels, et donc d'un positionnement dans la relation humaine de soins. La formation en Master 2 instruit autant à l'actualisation des savoirs en matière de santé, de relation en soin, d'éducation, d'évaluation qu'à la mise en tension des savoirs savants aux savoirs d'expériences. En questionnant la valeur épistémologique des savoirs d'actions, et des pratiques professionnelles, l'étudiant-professionnel est invité à penser sa pratique.

Le formé acquiert alors une méta compétence d'expertise créatrice à partir de référentiels scientifiques différente de l'expertise mécanique efficiente sur les objets mais pas dans l'interaction humaine de soins.

LES SAVOIRS À ENSEIGNER ET LES SAVOIRS POUR PRATIQUER À UN NIVEAU DE MASTER 2

Parmi les savoirs du MK il est classique de distinguer les savoirs à enseigner en MK et les savoirs pour pratiquer la MK. Les savoirs pour pratiquer la MK ne sont pas seulement des savoirs biomédicaux (de médecine, de physiopathologie, de neurosciences, de biomécanique, d'anatomie…) Ce sont aussi des savoirs en sciences humaines et sociales car la pratique de la MK est bien une pratique inter-humaine. Les savoirs en sciences humaines et sociales sont indispensables pour la pratique de MK de qualité : historiques, économiques, sociologiques, éducatifs, psychologiques … Il incombe donc aux responsables de formation de recenser, de didactiser et de former les MK à la relation humaine. La norme des pratiques doit changer puisqu'il est nécessaire selon la Loi du 04 mars 2002 et à la Loi HPST de 2009 de co-inventer, de co-décider, de co-construire le bilan diagnostic kinésithérapique, les objectifs et les programmes de soins avec le patient-partenaire en fonction des projets et des demandes de ce dernier. Ce changement est possible par une formation initiale à un niveau de Master 2 qui développera des capacités à l'art de problématiser et à la critique épistémologique. Une telle formation est indispensable pour la professionnalisation à la relation thérapeutique dans des fonctions d'évaluation, d'éducation en santé et de soins MK.

Conseil National de l'Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes

Répondre aux besoins de santé et garantir la qualité des soins par une formation et un exercice rénovés

Rapport du Conseil national de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes

A l'attention de Madame Roselyne Bachelot-Narquin

Ministre de la Santé et des Sports

Janvier 2010

Chef de projet :

J. Vaillant (PhD, Vice-président du CNOMK),

Comité de rédaction :

D. Audemer (Directeur des soins, CHU d'Amiens),

L. Boussion (PhD, Directeur, IFMK de Vichy),

R. Couratier (MSc, Président du CNOMK),

F. Gatto (PhD, HDR, Maitre de conférences, Vice-président CROMK PACAC),

T. Livain (MSc, CROMK Rhône-Alpes),

F. Maignien (CNOMK),

M. Paparemborde (CNOMK),

E. Pastor (MSc, CNOMK, délégué de la Présidence à l'EPP et à la formation),

G. Prel (MSc, Directeur des soins, CHU de Grenoble).

Conseil National de l'Ordre

Y. Azzopardi (Vice-président),
A. Calentier,
G.Colnat,
R. Couratier (Président),
JP. David (Vice-président),
T.Dulong (Conseiller d'Etat),
D. Evenou (Secrétaire-général),
M.Gross,
J.Lapouméroulie (Trésorier-général),
L.Jourdon,
F.Maignien,
M.Michalon,
M.Paparemborde (Trésorier-général adjoint),
G.Papp,
E.Pastor,
A.Poirier,
M.Rusticoni,
Y.Tourjansky,
J.Vaillant (Vice-président),
P.Vignaud (Secrétaire-général adjoint)

Commission Formation

A. Calentier,
F.Gatto (Secrétaire),
M.Gross,
L.Jourdon,
M.Paparemborde,
E.Pastor,
Y.Tourjansky,
J.Vaillant (Président)

PARTIE 1 : L'OFFRE DE SANTE EN KINÉSITHÉRAPIE RÉINTERROGÉE PAR L'ÉVOLUTION DES BESOINS

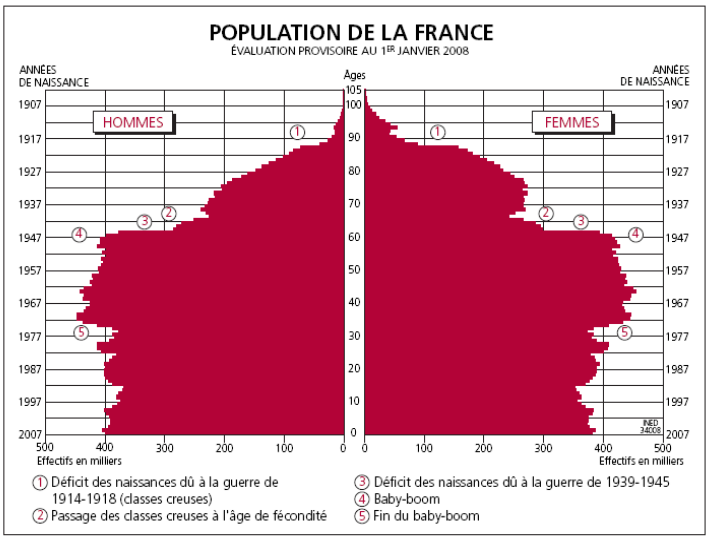
1. EVOLUTIONS DE LA DEMANDE EN MATIÈRE DE SANTÉ

1.1. LA DÉMOGRAPHIE DE LA POPULATION FRANÇAISE

Le vieillissement de la population française est un processus bien connu (transition démographique) occasionné par l'effet conjoint du baby-boom et de l'augmentation de l'espérance de vie. Le corollaire en matière de besoins de santé est une augmentation de la demande de soins. Cette augmentation concerne particulièrement les soins de masso-kinésithérapie, notamment du fait de l'augmentation avec l'âge de la prévalence des pathologies musculo-squelettiques, cardio-respiratoires, neurologiques, chroniques et du risque de chute.

L'entrée dans le troisième âge des générations du baby-boom, c'est-à-dire des populations nées entre 1945 et 1973, effective depuis 2005 atteindra son apogée à partir de 2033 (Figure 1 – extraite de Prioux, 2008). En effet, à cette date, l'ensemble de cette classe d'âge sera âgée de plus de 60 ans (60 à 88 ans, en 2033 ; 65 à 93 ans en 2038).

Figure 1. Pyramide des âges de la France au 1er janvier 2008



Source : Insee.

Il s'agit d'un phénomène inéluctable, fruit d'un effet mécanique. Aussi, le nombre de sujets de plus de 65 ans s'accroit depuis 2005. En 2000, un rapport du Sénat précisait : « *Dans une première phase*, [l'augmentation du nombre de sujets âgés] *sera modérée : 10,8 millions en 1990, 12,6 millions en 2005, les nouveaux sexagénaires appartenant aux générations peu nombreuses de l'avant-guerre et*

de la guerre. Dans une deuxième phase, avec l'arrivée à soixante ans des générations du baby boom, l'envolée sera très rapide : 17 millions en 2020, 21 millions en 2035.

Au-delà, la croissance de la population âgée se ralentira avec l'arrivée des générations moins nombreuses nées depuis 1974. La progression des effectifs est ***d'autant plus marquée que l'on monte plus haut dans l'échelle des âges*** *: entre 1990 et 2050, l'effectif des 60 ans ou plus double, celui des 75 ans ou plus triple, celui des 85 ou plus quintuple*. »

La proportion de sujets âgés dépend également de la fécondité et donc du nombre de naissances. Mais quelles que soient les hypothèses (tableau 1), l'augmentation reste importante conduisant à un taux de plus de 60 ans compris entre 29,8 et 38,7 % en 2050.

Tableau 1 : Proportion de sujets âgés dans la population générale

EVOLUTION DU POIDS RELATIF DES PERSONNES ÂGÉES DANS LA POPULATION TOTALE

En % de la population totale	Proportion des plus de 60 ans			Proportion des plus de 65 ans		
	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)
1990	19	19	19	13,9	13,4	13,9
2005	20,8	21,1	16,3	16,5	16,7	16,3
2020	26,8	28,0	25,8	20,6	21,6	19,9
2050	33,7	38,7	29,8	28,0	32,1	24,8

(1) Hypothèse de fécondité de 1,8 enfant par femme.
(2) Hypothèse de fécondité de 1,5 enfant par femme.
(3) Hypothèse de fécondité de 2,1 enfants par femme.

1.2. AMELIORATION DE L'ESPERANCE DE VIE

L'augmentation constante de l'espérance de vie depuis la fin de la seconde guerre mondiale (en moyenne, un an d'espérance de vie gagné tous les 4 ans) laisse penser que la majorité de ces baby-boomers seront en vie à l'âge de 80 ans. En effet, à 60 ans, l'espérance de vie est de 22 ans pour les hommes et de 26,9, pour les femmes, soit un âge moyen respectivement de 82 et 86,9 ans (tableau 3 – extrait de l'INSEE).

« *Le nombre de décès est estimé par l'Insee à 516 000 en 2007, un nombre presque identique à celui de l'année 2006, mais qui traduit une nouvelle baisse de la mortalité puisque la structure par âge de la population continue à « vieillir ». L'espérance de vie à la naissance des hommes est estimée à 77,6 ans, en progrès de 0,4 an sur 2006, et celle des femmes à 84,5 ans (+ 0,3 an) […].* » (Prioux, 2008)

Or, c'est au troisième et surtout au quatrième âge que les besoins de santé sont les plus importants (Tableau 2). Ce phénomène est connu et s'explique par la morbidité liée à l'âge. « *Le vieillissement démographique menace également l'équilibre des systèmes de santé. Les dépenses de santé, et plus particulièrement les dépenses de soins assurés en établissements, croissent avec l'âge. L'augmentation du nombre de personnes âgées entraîne donc un accroissement des dépenses de santé. Deux facteurs sont susceptibles de freiner cet accroissement :*

- *une baisse du coût des soins et des traitements,*
- *l'amélioration de l'état de santé des personnes âgées (baisse de la demande de soins)* » (Desesquelles, 1999).

Tableau 2 : Les dépense de santé selon l'âge (Extrait de Desesquelles, 1999 ; Données OCDE)

		Ventilation par groupe d'âge des dépenses totales de santé par habitant (0- 64 ans : base 100)		
	Année	65-74 ans	65 ans ou plus	75 ans ou plus
Etats-Unis	1987	314	417	522
Japon[1]	1993	309	479	573
Allemagne	1994	234	268	317
France[2]	1991	220	296	373
Angleterre	1993	254	388	559
Australie	1989	277	404	598
Finlande	1990	281	395	552
Pays-Bas	1994	-	442	-
Portugal	1991	140	169	214
Suède	1990	230	283	343
Suisse	1991	255	400	570

Données réunies par l'OCDE (1996)
1 : Japon : 65-69 ans, 65 ans ou plus, 70 ans ou plus
2 : France : 60-69 ans, 60 ans ou plus, 70 ans ou plus

Tableau 3 : Evolution de la mortalité (Extrait de Prioux, 2008)

eau 11. Caractéristiques de la mortalité générale depuis 1985

Année	Espérance de vie (en années)				Taux de mortalité (p. 1 000 nés vivants)		Survivants à 60 ans (p. 1 000 à la naissance)	
	À la naissance		À 60 ans		Infantile[1]	Néo-natale[2]	Hommes	Femmes
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes				
1985	71,3	79,4	17,9	23,0	8,3	4,6	803	913
1986	71,5	79,7	18,1	23,2	8,0	4,3	807	915
1987	72,1	80,3	18,4	23,7	7,8	4,1	814	918
1988	72,3	80,5	18,7	23,9	7,8	4,1	816	919
1989	72,5	80,6	18,8	24,0	7,5	3,8	818	920
1990	72,8	80,9	19,0	24,2	7,3	3,6	822	923
1991	72,9	81,1	19,2	24,4	7,3	3,5	824	923
1992	73,2	81,4	19,4	24,6	6,8	3,3	827	925
1993	73,3	81,4	19,4	24,6	6,5	3,1	828	924
1994	73,7	81,8	19,7	25,0	5,9	3,2	832	926
1995	73,9	81,9	19,7	24,9	4,9	2,9	836	928
1996	74,1	82,0	19,7	25,0	4,8	3,0	841	929
1997	74,5	82,3	19,9	25,2	4,7	3,0	847	931
1998	74,8	82,4	20,0	25,3	4,6	2,9	850	931
1999	75,0	82,5	20,2	25,3	4,3	2,7	852	932
2000	75,3	82,8	20,4	25,6	4,4	2,8	855	933
2001	75,5	82,9	20,6	25,7	4,5	2,9	855	933
2002	75,8	83,0	20,8	25,8	4,1	2,7	857	934
2003	75,9	82,9	20,8	25,6	4,0	2,6	859	935
2004	76,8	83,9	21,5	26,5	3,9	2,6	868	937
2005	76,8	83,8	21,5	26,4	3,6	2,3	868	938
2006	77,2	84,2	21,8	26,7	3,6	2,3	871	939
2007*	77,6	84,5	22,0	26,9	3,6			

* Provisoire.
[1] Décès avant un an pour 1 000 enfants nés vivants.
[2] Décès avant 28 jours pour 1 000 enfants nés vivants.
Champ : France métropolitaine.
Source : Insee, division des enquêtes et études démographiques.

Le vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation de la demande de soins, tout particulièrement au quatrième âge, c'est-à-dire à partir de 80 ans.

1.3. IMPACT SUR LES DÉPENSES DE SANTÉ DU VIEILLISSEMENT

L'impact du vieillissement de la population sur les coûts est certain, mais son ampleur dans les années à venir fait débat. Pour « *l'Ageing Working Group* » de la Commission européenne pour quatre grands pays de l'Union (AWG, 2006). Quatre scénarios ont été envisagés :

- « Un scénario I, dit de **vieillissement pur**, correspondant à la thèse de l'expansion de la morbidité. Les profils de dépendance par âge restent constants en projection, le rôle relatif des intervenants publics et privés reste également constant et les coûts de prise en charge évoluent parallèlement au produit par actif occupé ;
- un scénario II, identique au précédent hormis une hypothèse d'évolution un peu moins rapide des coûts, parallèle au produit par habitant ;
- un scénario III, dit « **à dépendance constante** », dans lequel les taux de dépendance évoluent parallèlement au taux de mortalité par âge ;
- un scénario IV, d'accroissement de l'aide formelle, identique au scénario I, mais dans lequel la part des dépendants qui ne bénéficient que d'une aide informelle baisse de 1 point par an entre 2004 et 2020. » (Blanchet, 2009).

En fait, le lien statistique entre l'âge et les dépenses de santé provient largement de ce que les **deux dernières années concentrent la moitié des dépenses** de santé. Ainsi, l'allongement de l'espérance de vie ne conduit pas à une hausse mécanique des dépenses de santé, mais ne fait que repousser un peu les soins les plus coûteux (Plancade, 2000).

Ces phénomènes démographiques contribuent à l'augmentation des dépenses de santé dans les années à venir. Il ajoute une dimension structurelle (avec l'augmentation des possibilités –offres-thérapeutiques) à l'augmentation tendancielle perceptible depuis plus de trente ans.

C'est au cours des deux dernières années de vie que la consommation de soins est la plus grande. L'amélioration de l'offre de soins du fait des progrès médicaux, concoure également à l'augmentation des dépenses de santé.

1.4. LA DÉPENDANCE : UNE AUGMENTATION DÉMOGRAPHIQUE TENDANCIELLE INÉVITABLE

Le vieillissement de la population s'accompagne de façon concomitante d'une augmentation de la demande de santé et de services à la personne. Ce phénomène est évidemment plus important chez les personnes âgées dépendantes dont le nombre est amené à augmenter, selon des proportions qui restent à définir, dans les prochaines décennies. En effet, le nombre de personnes âgées dépendantes est facteur de l'espérance de vie, mais également de l'amélioration de l'état de santé de ces catégories de population. Or, l'expérience de ces dernières décennies montre qu'à âge égal

l'état de santé des populations âgées s'est nettement amélioré depuis la seconde guerre mondiale du fait de l'amélioration de l'accès au soin et des progrès de la médecine mais également du fait de l'amélioration du niveau de vie et de l'éducation. Aussi, les scénarios les plus pessimistes indiquant un doublement des personnes âgées dépendantes entre 2005 et 2025 sont aujourd'hui récusés. Toutefois, le rapport remis au Sénat souligne que « *l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes est* ***incertaine****, mais* ***inévitable*** *dans les décennies à venir. De surcroît, les personnes âgées dépendantes seront plus âgées et plus gravement dépendantes qu'aujourd'hui. En particulier, le nombre de personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer pourrait, selon l'INSERM, augmenter de 350.000 environ aujourd'hui [2000] à 470.000 en 2020. Par ailleurs, les personnes âgées dépendantes pourraient le demeurer plus longtemps ; mais, l'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes dépendra dans une large mesure des efforts de* ***prévention*** *de la dépendance entrepris par les personnes vieillissantes elles-mêmes, par leurs médecins et par les autorités publiques. Comme le remarque l'OCDE : « Les personnes âgées ont en effet tendance à faire preuve de passivité -c'est-à-dire s'habituer à une perte de moyens qui pourrait être soignée-, alors même qu'une hygiène de vie appropriée permet de différer les manifestations du vieillissement physique et intellectuel ». Encore faut-il que leurs médecins les y incitent d'une part, dépistent et traitent précocement les premiers troubles dus au vieillissement, d'autre part.*

Au niveau de la formation initiale des professionnels de santé, la physiologie du vieillissement humain, la prévention des conséquences du vieillissement et des pathologies liées à l'âge devraient occuper une place importante. Ce n'est pas encore le cas. Le constat suivant a été fait : […] *« les médecins français sont peu formés à la* ***prévention****, comme à la* ***gériatrie*** *: la gériatrie ne fait pas partie des enseignements systématiques dans le cursus médical, et moins de 3 % des médecins généralistes sont titulaires de la capacité de gériatrie. Il convient donc de réorganiser notre système de soins pour l'adapter à une société vieillissante : développement de la formation permanente en gériatrie, développement de la gériatrie universitaire, création de centres experts pour la détection et l'évaluation des troubles cognitifs les plus précoces, campagnes de sensibilisation du grand public à la prévention (qui ne doit pas rester l'apanage des milieux les plus aisés), enfin, réorientation de la recherche épidémiologique vers le suivi longitudinal des personnes âgées* » (Delors et al., 2009).

Ce constat peut également être fait pour les études de masso-kinésithérapie où sur le programme en vigueur datant de 1989, la gériatrie ne constitue pas un module autonome. Pourtant, parmi les 100 priorités de santé publique définies en 2004[1], plusieurs impliquent ou pourraient impliquer les

[1] http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/sante_publique/3sante_publique.htm

masseurs-kinésithérapeutes, certaines plus particulièrement liées au vieillissement, d'autres concernant toutes les populations :

Lutte contre l'inactivité, réduction de l'obésité, prévention des chutes et de leurs conséquences chez les personnes âgées, réduction de la douleur ou de ces conséquences dans les pathologies cancéreuses ou chroniques, réduction des séquelles fonctionnelles des AVC, réduction des limitations fonctionnelles et des incapacités des patients atteints de BPCO, de spondylarthropathies, de Polyarthrite rhumatoïde ou d'arthrose ou encore réduction de la prévalence et des conséquences de l'ostéoporose et des lombalgies...

Malgré l'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé, le vieillissement démographique de la population va continuer d'induire, dans les vingt prochaines années au moins, une augmentation structurelle des besoins de prise en charge kinésithérapique.

1.5. UNE AUGMENTATION DE LA PRÉVALENCE DES MALADIES CHRONIQUES

Le plan national d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de pathologies chroniques 2007-2011 a été mis en place en raison du nombre important de personnes atteintes de pathologies chroniques : 20% de la population soit 15 millions de personnes en France. Elles représentent un défi pour le système de santé et pour la société. Elles sont à l'origine de 60% des décès dont la moitié survient avant l'âge de 70 ans. Cette augmentation de la prévalence des maladies chroniques est un phénomène bien identifié au niveau international. Ainsi l'OMS (2006) souligne « *Les maladies chroniques, c'est-à-dire les affections cardio-vasculaires et métaboliques, les cancers, les traumatismes, les troubles neurologiques et psychologiques, constituent une importante charge de morbidité, tant pour les populations riches que pour les populations pauvres. Sous l'influence des nouveaux modèles en matière de soins, la tendance est de passer des soins aigus tertiaires en milieu hospitalier à un système de soins centré sur le malade, privilégiant les soins à domicile dans le cadre d'une équipe soignante, ce qui nécessite des compétences nouvelles, une collaboration interdisciplinaire et la continuité des soins – comme le montrent les approches novatrices développées en Europe et en Amérique du Nord. Par ailleurs, la réduction des risques dépend des mesures qui sont prises pour protéger l'environnement et faire évoluer certains éléments du mode de vie tels que l'alimentation, le tabagisme et l'exercice physique par une modification des comportements.* »

En outre, l'amélioration de l'efficacité des prise en charge médicales et chirurgicales contribuent également à ce phénomène, rendant chroniques des pathologies encore létales il y a peu de temps (cardiopathie, diabète, insuffisance hépatique ou rénale, alcoolisme, immunodéficience, maladie neurologique) ou à pronostic vital compromis à moyenne échéance (mucoviscidose, bronchite chronique, rhumatisme inflammatoire, par exemple). Bon nombre de ces pathologies bénéficient de prises en charge masso-kinésithérapiques dont l'efficacité est reconnue, voire scientifiquement démontrée dans la littérature internationale.

Par ailleurs, l'allongement de l'espérance de vie des sujets s'accompagne d'une augmentation de la prévalence des maladies chroniques, liée aux facteurs de morbidité de l'âge. Même si l'espérance de vie en bonne santé s'accroit, le vieillissement de la population contribue à augmenter la demande en soins, notamment en soins de kinésithérapie.

Selon Desquerelles (1999), il existe trois scénarios possibles concernant l'évolution de la morbidité liée à l'âge. Un scénario de compression de la morbidité, un scénario de pandémie des pathologies chroniques et des incapacités et un scénario de l'équilibre dynamique.

Encadré 1 : extrait de Desesquelles, 1999

Les théories sur l'évolution de la morbidité

- La théorie de la compression de la morbidité (Fries, 1980). C'est la théorie la plus optimiste. Grâce aux progrès médicaux mais aussi à la meilleure instruction et information sur les conduites à risque pour la santé dont ont bénéficié les générations les plus récentes, l'âge auquel surviennent les maladies chroniques devrait être repoussé. En supposant que l'espérance de vie demeure constante, la part des années vécues en incapacité aux âges élevés devrait donc diminuer.

- La théorie de la pandémie des maladies chroniques et des incapacités (Kramer, 1980). Il s'agit cette fois-ci de la théorie la plus pessimiste. Tous les gains en espérance de vie seront des gains en espérance de vie en incapacité. La chute de la mortalité est due à une réduction des taux de létalité des maladies chroniques et non à une réduction de leur incidence ou à un ralentissement de leur vitesse de développement. Comme le décès survient plus tardivement, la prévalence des états sévères a tendance à augmenter.

- La théorie de l'équilibre dynamique (Manton, 1982) : l'augmentation de l'espérance de vie est due à un ralentissement de la vitesse d'évolution des maladies chroniques. La prévalence de ces maladies va certes s'accroître mais les états prévalants seront en moyenne moins sévères.

Les besoins de santé ou de prise en charge sociale des sujets âgés sont d'ores et déjà accrus. Aussi, il apparait crucial de trouver des solutions dans les années à venir pour répondre à ces besoins. Le Conseil Emploi Revenus Cohésion Sociale (CERC) a établi un rapport soulignant le phénomène.

« *Dès à présent également, la prise en charge de personnes âgées devenues dépendantes ou de membres handicapés de la famille fait apparaître un défaut quantitatif de prise en charge par des aides externes intervenant au domicile des intéressés (ou par des structures extérieures).*

Le vieillissement de la population française conduira, dans les prochaines années, à une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes. Dans ce domaine, les perspectives sont sensibles aux hypothèses retenues quant au niveau d'incidence de la dépendance.

L'amélioration des techniques de soins, des médicaments et de la prévention des risques modifiera l'âge où survient la dépendance, aussi bien que la durée de la vie. Cependant, il est difficile d'estimer si l'âge moyen d'apparition des maladies incapacitantes sera davantage retardé que celui du décès. C'est pourquoi, les tendances centrales des projections disponibles prolongent simplement la situation observée aujourd'hui, en supposant stable la durée de vie en état de dépendance.

Dans cette hypothèse, 1 200 000 personnes seront dépendantes en 2040, contre 800 000 en 2000. Cette estimation correspond à une augmentation moyenne du nombre de personnes dépendantes de l'ordre de 1 % par an. Cette croissance devrait s'accélérer entre 2005 et 2020 (période où les générations entrant en dépendance ne sont plus les générations creuses liées à la première guerre mondiale). Une deuxième accélération se situerait entre 2030 et 2040 (date à partir de laquelle les personnes des générations du baby boom deviendront plus souvent dépendantes). En revanche, les années comprises entre 2020 et 2030 correspondraient à un moindre rythme de croissance. L'amplitude de ces variations resterait toutefois modérée, la tendance passant de 1 % à 2 % d'augmentation dans les années de plus forte croissance.

Les évolutions démographiques laissent également prévoir une diminution quantitative du nombre d'aidants potentiels (conjoints et enfants) du fait du fléchissement de la fécondité et de l'augmentation des divorces.

Pour l'aide à apporter aux personnes handicapées, il semble bien, même si moins d'études sont disponibles sur ce sujet, que le recours à des aidants hors de la famille est limité dès à présent. Comme pour la garde d'enfants : c'est plus le niveau de l'offre et son coût qui détermineront la croissance de ces activités de prise en charge que les évolutions démographiques.

Face aux besoins potentiels, deux facteurs peuvent freiner le développement des activités, d'un côté les formes, la qualité, la disponibilité de l'offre et, de l'autre, le prix des services » (CERC, 2008).

Les besoins de prise en charge kinésithérapique ne peuvent structurellement que s'accroitre à l'avenir, du fait de l'amélioration de l'espérance de vie chez les sujets atteints de pathologies

lourdes, jadis rapidement fatales, mais qui aujourd'hui du fait des progrès scientifiques et technologiques du domaine médical sont devenues chroniques.

1.6. Conséquences économiques de la modification de la demande en matière de santé

Les dépenses de santé ont connu une hausse accentuée dès le début des années 2000 (Fenina, 2007). Cette hausse des dépenses de santé est simultanément absorbée par les dépenses de l'assurance maladie et par les dépenses prises en charge par les ménages, directement ou par l'intermédiaire des assurances complémentaires (Fig.2 & 3, Tableau 4). La part croissante de la dépense de santé non prise par l'assurance maladie concerne les actes thérapeutiques, mais aussi des actes de prévention, d'éducation thérapeutique et de bien être dont la demande ne cesse de s'accroitre avec la hausse du niveau et l'importance de l'image du corps. Pour répondre à cette demande de santé (au sens de l'OMS – i.e. « bien être physique, mental et moral ») de la population, une partie des professionnels de santé (médecins, pharmaciens, kinésithérapeutes) s'investit dans ce champ d'activité.

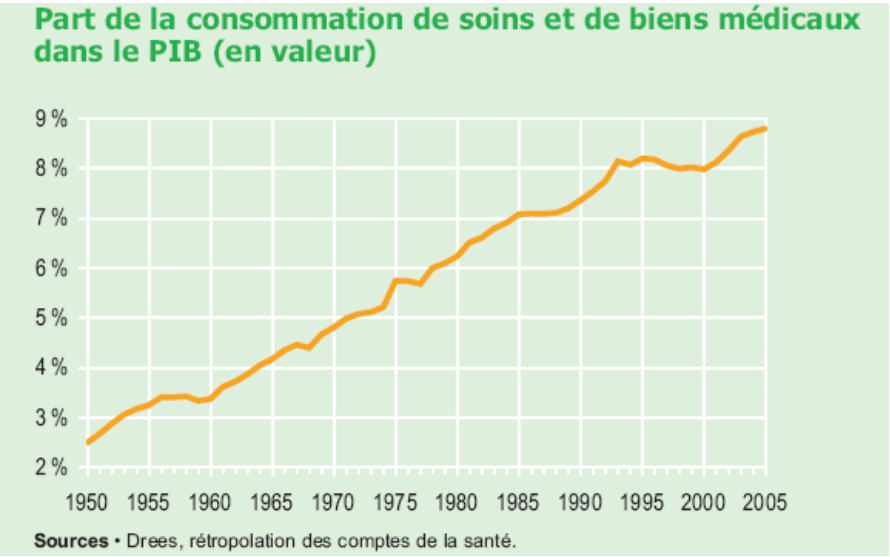
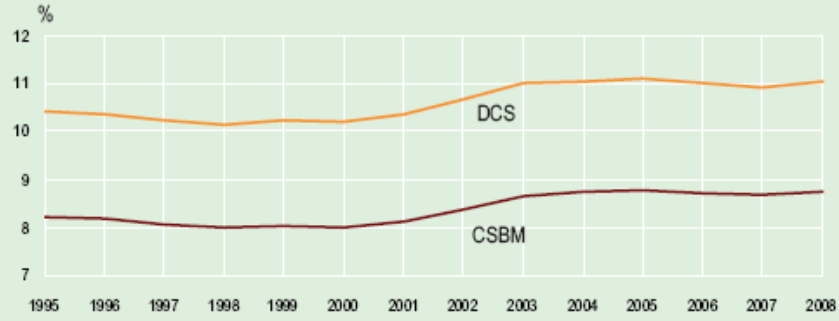


Figure 2 : Les dépenses de santé au cours des 55 dernières années (extrait de Fenina, 2007)

Part de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et de la dépense courante de santé (DCS) dans le PIB



Sources • DREES, Comptes de la santé ; INSEE, Comptes nationaux.

Figure 3 : La part des dépenses à la charge des ménages augmente de façon tendancielle (Fenina, 2007)

Tableau 4 : Financement des dépenses de soins et biens médicaux (Fenina, 2007)

Structure du financement de la dépense de soins et de biens médicaux

En %

	1995	2000	2004	2005	2006	2007	2008
Sécurité sociale (1)	77,1	77,1	77,1	77,0	76,3	76,1	75,5
CMU-C organismes de base et AME	1,1	1,2	1,4	1,3	1,4	1,4	1,3
Organismes complémentaires (2)	12,2	12,8	13,2	13,2	13,4	13,5	13,7
Mutuelles (2)	*7,3*	*7,7*	*7,6*	*7,7*	*7,8*	*7,7*	*7,7*
Sociétés d'assurance (2)	*3,3*	*2,7*	*3,1*	*3,1*	*3,2*	*3,3*	*3,5*
Institutions de prévoyance (2)	*1,6*	*2,4*	*2,6*	*2,5*	*2,4*	*2,5*	*2,5*
Ménages	9,6	9,0	8,3	8,4	8,9	9,0	9,4
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

(1) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(2) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

Sources • DREES, Comptes de la santé.

L'impact économique de l'augmentation des dépenses de santé est perceptible à la fois sur le budget de la protection sociale et sur celui des ménages. Ce mouvement perceptible dans tous les pays développés est inéluctable, mais impose une vigilance particulière sur la qualité et l'efficience des soins.

2. LES RÉPONSES DE SANTÉ

2.1. LES HOMMES

2.1.1. UNE BAISSE DÉMOGRAPHIQUE DES MÉDECINS

Le nombre de médecins en activité devrait se réduire dans les prochaines années, malgré l'augmentation forte du numerus clausus. Le creux démographique devrait être atteint en 2024 (Fig.4). Ce n'est qu'après 2030, que le nombre de médecins exerçant aujourd'hui serait à nouveau atteint, notamment pour la médecine générale. Les conséquences en termes de réponse aux besoins de santé publique sont incertaines. Elles pourraient imposer une nouvelle répartition des rôles au sein des professions de santé.

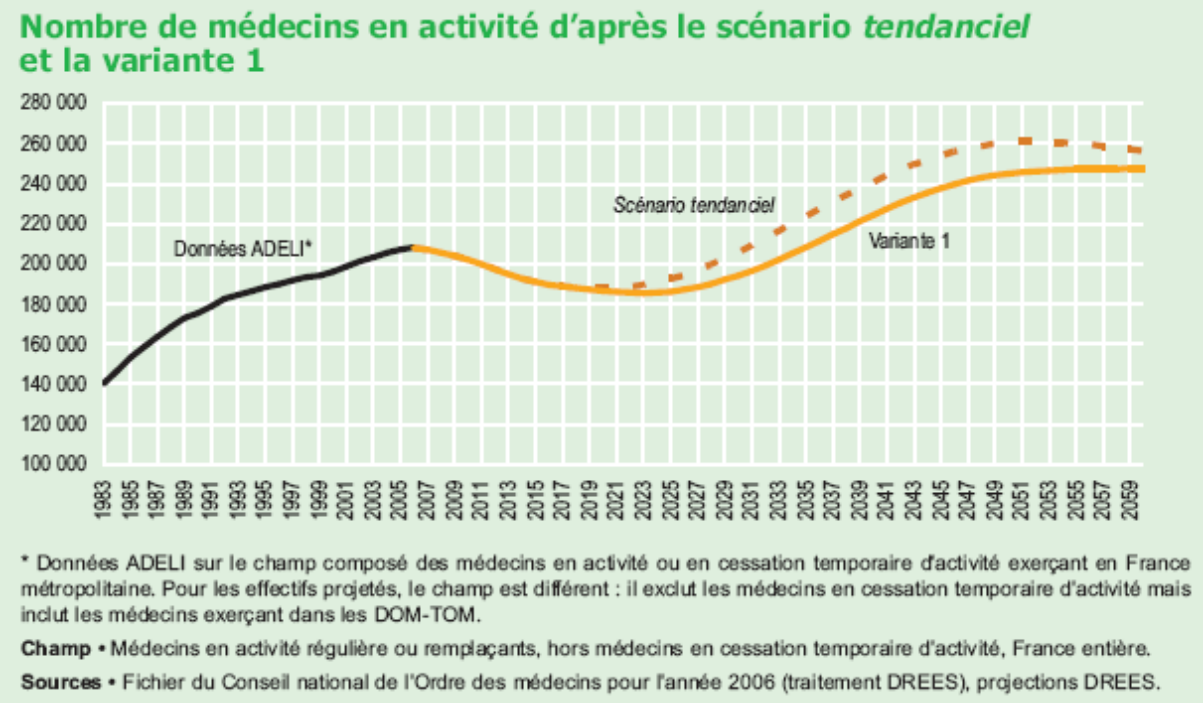


Figure 4 : Evolution de la démographie médicale (Extrait de Attal-Toubert et al., 2009)

Le choc démographique est particulièrement violent pour certaines spécialités comme la médecine physique et de réadaptation (MPR). « […] *le nombre de médecins spécialistes en Médecine Physique et de Réadaptation va s'effondrer dans les prochaines années pour revenir de près de 1800 aujourd'hui à un étiage d'environ 700 praticiens aux alentours de 2025. Le flux annuel de formation*

de spécialistes nécessaire au maintien du nombre de spécialistes MPR en activité peut être chiffré à plus de 70 nouveaux médecins par an, en supposant que les nouveaux formés conservent un taux d'activité identique aux praticiens plus âgés, ce qui est peu probable. » (FEDMER, 2009)

Des perspectives plus lointaines, laissant entrevoir les effets des augmentations successives du numerus clausus posent l'hypothèse d'un nombre de spécialistes en MPR de 900 à l'horizon 2030. Ces scénarios confirment la ligne tendancielle générale de baisse de 50 % des effectifs de MPR, spécialité qui outre la problématique démographique médicale générale, cumule une faible attractivité. D'autres disciplines médicales de spécialité, très fortement en lien avec l'activité des masseurs-kinésithérapeutes, tendent à se réduire démographiquement. Il s'agit notamment de la spécialité de rhumatologie (environ -30 %) et de pneumologie (environ -20 %), à l'origine actuellement de près de la moitié des prescriptions de kinésithérapie (Tableau 5).

Tableau 5 : Scénario tendanciel de l'évolution du nombre de médecins par spécialité (Extrait de Attal-Toubert et al., 2009)

Nombre de médecins par spécialité en 2006 et 2030 d'après le scénario *tendanciel*

	Nombre de médecins en 2006	Nombre de médecins en 2030	Évolution (en %) du nombre de médecins de 2006 à 2030
Médecine générale	103 939	104 559	0,6
Anesthésie-réanimation	10 101	9 602	-4,9
Biologie médicale	2 677	2 448	-8,6
Gynécologie-obstétrique	5 155	5 816	12,8
Médecine du travail	6 139	2 353	-61,7
Pédiatrie	6 655	7 976	19,9
Psychiatrie	12 946	11 891	-8,1
Santé publique	1 576	2 313	46,8
Spécialités chirurgicales			
Chirurgie	11 043	15 454	39,9
Ophtalmologie	5 565	3 590	-35,5
Otorhinolaryngologie (ORL)	2 912	2 369	-18,7
Spécialités médicales			
Cardiologie	6 055	5 832	-3,7
Anatomie et cytologie pathologique	1 512	1 230	-18,7
Dermatologie-vénérologie	4 005	2 717	-32,2
Endocrinologie	1 507	1 870	24,1
Gastro-entérologie	3 297	2 882	-12,6
Médecine interne	2 384	2 094	-12,2
Neurologie	1 814	2 674	47,4
Pneumologie	2 578	2 085	-19,1
Radiologie	8 414	7 592	-9,8
Rééducation et réadaptation fonctionnelle	1 778	940	-47,1
Rhumatologie	2 549	1 790	-29,8
Autres spécialités	3 157	5 517	74,8
Ensemble	**207 758**	**205 593**	**-1,0**

Champ • Médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité, France entière

Sources • Fichier du Conseil national de l'Ordre des médecins pour l'année 2006 (traitement DREES), projections DREES.

Autre phénomène qui pourrait influencer l'offre de soins, il s'agit de la féminisation de la population médicale. Ce phénomène également perceptible dans professions de santé induit une réduction corollaire de l'offre du fait d'une durée de travail moins importante observée chez les populations féminines. **«** *En 2006, 39 % des médecins en activité sont des femmes. Avec l'hypothèse faite dans le scénario tendanciel selon laquelle la proportion de femmes parmi les jeunes médecins entrant dans la vie active reste constante, en 2022, les femmes médecins seraient aussi nombreuses que les hommes. En 2030, elles seraient majoritaires : 53,8 % des médecins seraient des femmes, en particulier, 56,4 % des généralistes.* » (Ketty ATTAL-TOUBERT et Mélanie VANDERSCHELDEN, 2009)

En outre, la croissance démographique de la population française qui devrait être de 10 % entre 2007 et 2030, va induire de facto une diminution de la densité des professions de santé. Ainsi la densité médicale passerait de 327 à 292 médecins pour 100 000 habitants (entre 2007 et 2030) avec un point bas à 276 en 2024. Ce phénomène concourt à la diminution de l'offre de soins décrite dans le paragraphe précédent (Fig.5).

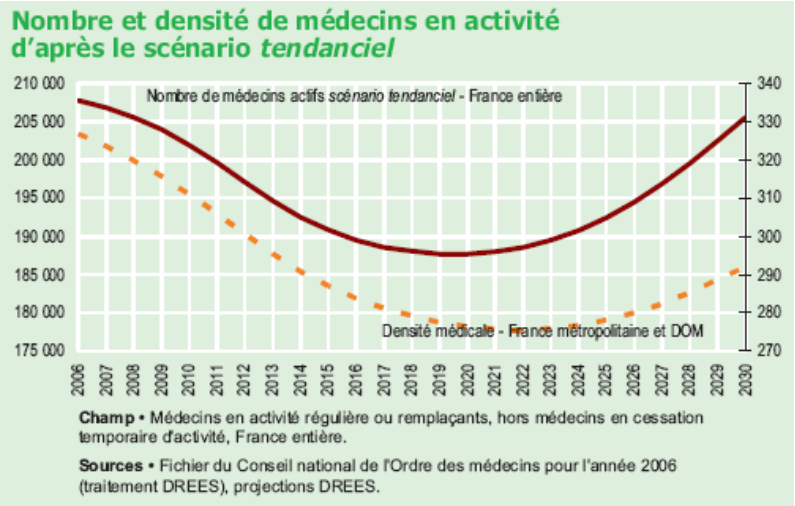


Figure 5 : Evolution de la densité médicale (Extrait de Attal-Toubert et al., 2009)

Enfin, au delà des effectifs généraux de professionnels, la répartition de ces derniers sur le territoire est également un sujet de préoccupation, afin de garantir l'égalité d'accès au soin. Un certain nombre de territoires subit un déficit démographique (figure 6 - extraite du site du ministère de la santé). De nouvelles solutions doivent être trouvées.

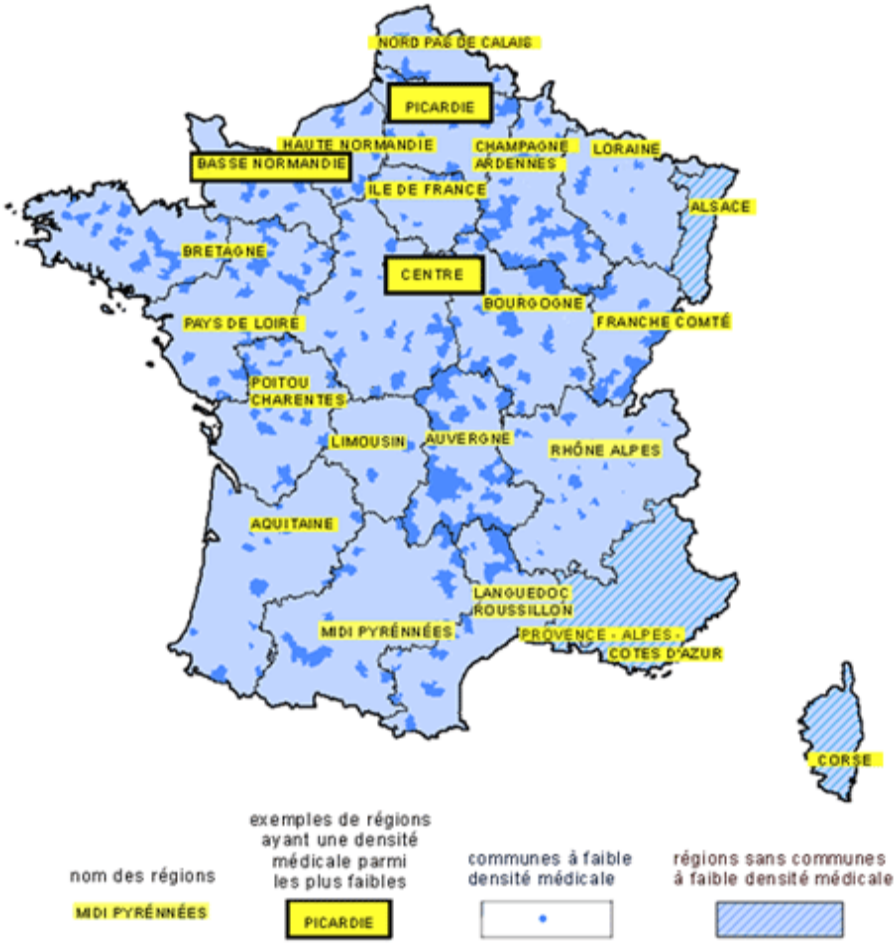


Figure 6 : la densité médicale selon les territoires

La baisse de la démographie générale de la profession médicale et la réduction de la durée de travail moyenne induisent une diminution du nombre d'actes potentiellement réalisés. Ce phénomène dommageable en termes de santé publique et d'égalité à l'accès aux soins incite à trouver une solution palliative qui pourrait être de former des professionnels aptes à réaliser certains des actes actuellement réservés aux médecins ou habituellement réalisés par ces derniers. La diminution des effectifs des spécialités de médecine physique, de rhumatologie et pneumologie fonctionnellement très en lien avec l'exercice de la masso-kinésithérapie est particulièrement importante.

Les médecins dans des disciplines directement en lien avec la kinésithérapie seront moins nombreux pour répondre aux besoins des patients. Cette réduction des effectifs est particulièrement importante dans les disciplines de médecine physique et de rhumatologie.

2.1.2. Démographie de la profession de masseur-kinésithérapeute

L'âge moyen des masseurs kinésithérapeutes est de 42,9 ans (contre 48,8 pour les médecins et 41,9 pour la moyenne des professions de santé), il s'agit donc d'une profession jeune moins impactée par le choc démographique attendu dans les 20 prochaines années. En effet, un rapport récent note : « *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.* » (ONDPS, 2009)

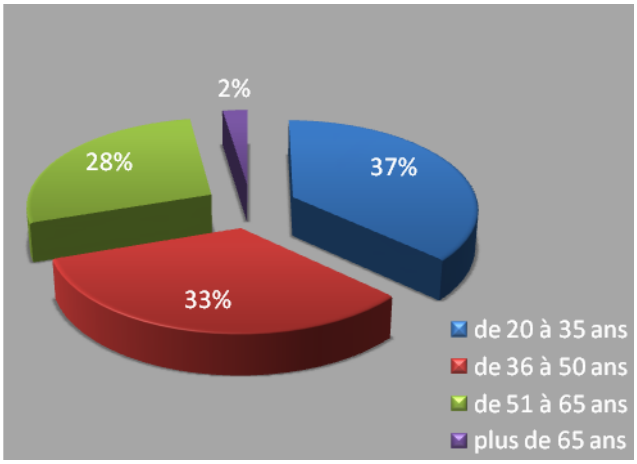


Figure 7 : Répartition par classe d'âge des masseurs kinésithérapeutes inscrits au tableau de l'Ordre

Les statistiques du CNOMK à partir du tableau des inscrits viennent corroborer ces évaluations. Si 30 % des kinésithérapeutes en exercice ont plus de 50 ans et pourraient cesser leur activité dans les quinze ans à venir, la catégorie d'âge inférieure à 36 ans est majoritaire. Chez ces derniers, les femmes sont majoritaires, même au niveau de l'exercice libéral (Fig.7). Ainsi, si la profession reste majoritairement masculine, chez les moins de 36 ans, les femmes représentent 55,1 % des effectifs (Fig.8). Les effectifs des futurs professionnels en cours de formation suivent de façon plus forte encore cette tendance. « Chez les kinésithérapeutes, les nouveaux diplômés sont majoritairement des femmes. La DREES (2009) relève, qu'en 2007, les 1703 nouveaux diplômés étaient répartis de la façon suivante : 1006 femmes et 697 hommes » (ONDPS, 2009).

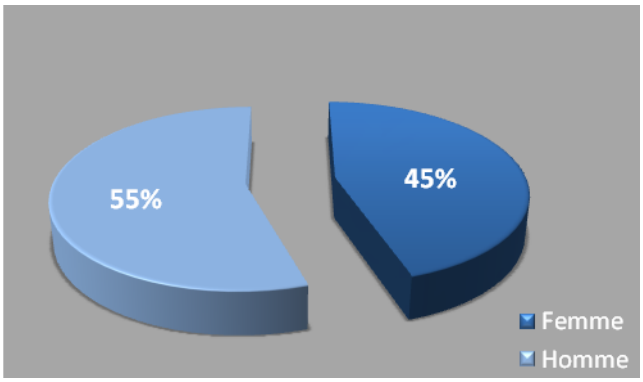


Figure 8 : Répartition par genre des masseurs kinésithérapeutes inscrits au tableau de l'Ordre

« *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 100000 habitants).* » (ONDPS, 2009)

L'avenir démographique est incertain, mais ne présente pas de risque d'effondrement des effectifs. En effet, « *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 1000 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. »

Rappelons que le quota actuel de formation est supérieur à 2000 étudiants formés en France chaque année. De plus, le solde migratoire a été très positif ces dernières années, du fait du retour d'étudiants français ayant été se former en Belgique essentiellement, mais également dans les autres pays limitrophes. Le renfort d'effectifs professionnels issus des pays de l'Est (Pologne hier, Roumanie et Bulgarie aujourd'hui) ou du sud de l'Europe est un phénomène assez marginal mais constant. Cet état de fait pourrait être remis en cause par le retard pris par la France en matière de développement de carrière spécifiquement en milieu hospitalier. Les jeunes générations s'expatrient (ou souhaiteraient s'expatrier) plus souvent. Pourtant la non-reconnaissance internationale, ne favorise pas la mobilité des kinésithérapeutes français. En effet, les pays nord-américains et d'Océanie ne reconnaissent la formation délivrée en France qu'à un niveau d'aide-kinésithérapeute.

En fait, l'effet démographique de vieillissement des effectifs de professionnels est perceptible essentiellement dans certaines régions moins attractives. C'est le cas, par exemple des régions Centre ou Limousin qui subissent une désaffection des plus jeunes (Fig.9).

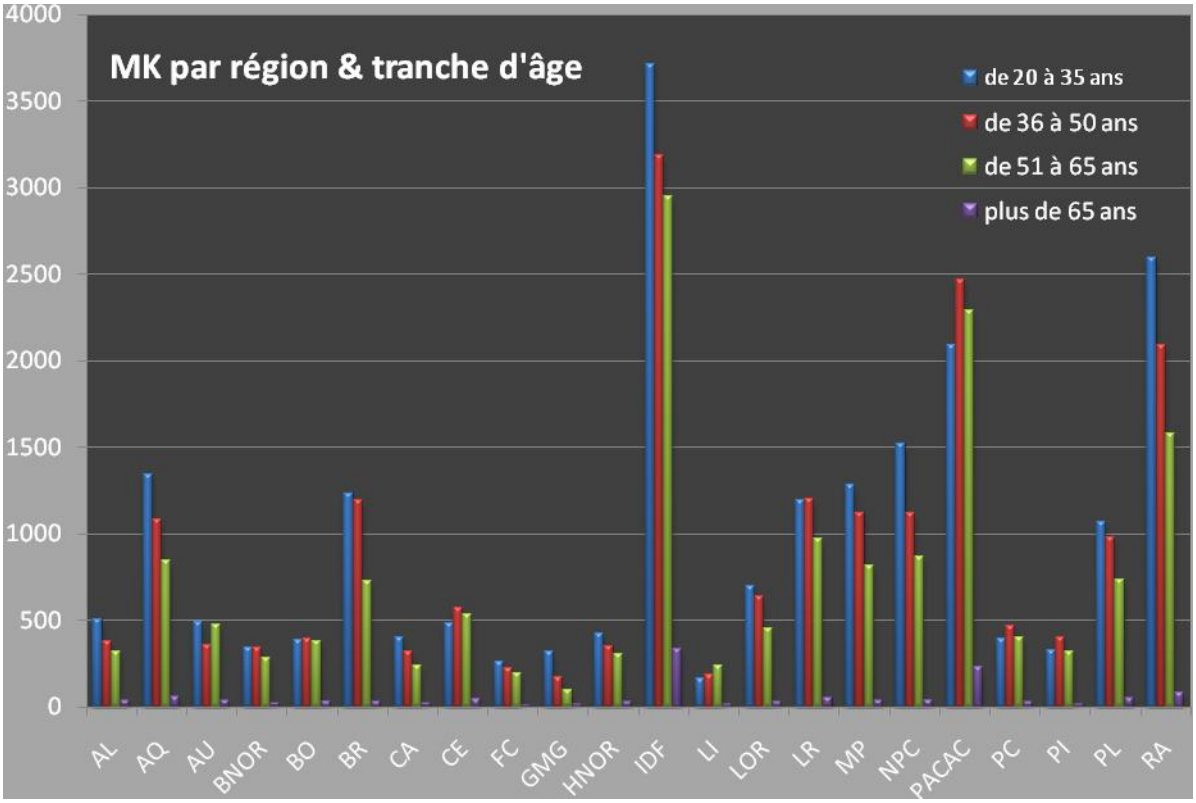


Figure 9 : répartition par classe d'âge selon les régions

L'activité salariée, particulièrement dans le secteur hospitalier public est également concernée « *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.* » (DHOS, 2008)

L'attractivité de la profession est très forte si l'on en juge par le nombre de candidats à l'entrée : 10 à 25 candidats pour une place selon que le concours est sur les matières du bac S ou à l'issue d'une première année universitaire.

Pour répondre aux besoins de santé et combler le manque de médecins, les kinésithérapeutes pourraient être plus nombreux à être formés. En effet, la formation est très attractive. Une formation organisée à l'université permettrait d'absorber des effectifs plus importants, tout en conservant la qualité et en permettant la reconnaissance internationale aujourd'hui limitée.

2.2. LES TECHNIQUES ET LES INSTRUMENTS

2.2.1. DES TECHNIQUES DEVANT ÊTRE BASÉES SUR LA PREUVE

Depuis la création de l'ANDEM en 1990, une trentaine de recommandations de bonne pratique ont été successivement établies par l'ANDEM, l'ANAES puis l'HAS. Aujourd'hui, 24 recommandations sont d'actualité et concernent la masso-kinésithérapie. Une enquête réalisée en 2009 sur une population représentative de près de 2000 kinésithérapeutes, a démontré une bonne connaissance de ces recommandations et de leur contenu détaillé. Ces résultats laissent entrevoir d'une part, une culture scientifique solide et réactualisée des praticiens, et d'autre part des pratiques en adéquation avec l'état de la science (*State of the art*) (Enquête CROMK PACA, Université d'Aix-Marseille 1 & Montpellier 3, 2009).

Cependant, ces recommandations de bonnes pratiques, comme il est systématiquement indiqué dans leurs conclusions, sont plus souvent rédigées à partir de consensus professionnels qu'à partir de travaux expérimentaux ou observationnels de recherche clinique. De plus, les travaux de recherche appelés dans la rédaction de ces recommandations sont le fruit d'équipes anglo-saxonnes ou nord-européennes, mais très rarement d'équipes françaises.

Cet état de fait n'a rien d'étonnant compte tenu de l'exception française en matière de formation. La France est un des rares pays au monde à ne pas avoir de filière universitaire de formation en masso-kinésithérapie.

Pourtant, outre la structuration de la formation initiale professionnelle, l'intégration de la masso-kinésithérapie dans les structures universitaires conduit naturellement à un développement exponentiel des travaux de recherche clinique et fondamentale. La France, bien que 5^{e} puissance économique mondiale, est très peu présente en matière de production de recherche dans le domaine de la kinésithérapie, bien loin des Etats-Unis, de l'Australie ou du Canada, mais également de pays démographiquement réduits comme la Finlande, les Pays-Bas, la Suède ou Israël. Ce constat alarmant, est aussi bien dressé, dans les congrès que les publications internationales de référence.

L'élaboration de référentiels de bonne pratique doit être développée, mais ne peut se faire qu'à partir d'un étayage scientifique. Faute de quoi, il ne s'agit que d'accords professionnels.

Pourtant, le processus de sélection des étudiants en kinésithérapie est parmi les plus drastiques conduisant à une quasi exclusivité de bacheliers scientifiques ayant eu une mention « Assez-bien » ou « Bien » au baccalauréat. En outre, la recherche médicale et scientifique française tient une place honorable (qui devrait encore s'améliorer par sa structuration autour de pôle de compétitivité de

niveau mondial ou national (Voir annexe). Ces éléments sont autant d'atouts à l'élaboration d'une démarche scientifique de qualité.

La validation des techniques thérapeutiques et d'évaluation est devenue aujourd'hui un impératif pour garantir la qualité des soins. Pour cela, la structuration d'une recherche en kinésithérapie est indispensable.

2.2.2. Etudier les modes d'action et les effets de la kinésithérapie

Si les processus d'action des substances pharmaceutiques ont été étudiés, ce n'est pas le cas des techniques manuelles ou instrumentales pratiqués par les kinésithérapeutes.

A l'instar de la pharmacocinétique qui étudie le devenir du médicament dans l'organisme en fonction de l'influence du dosage et de la fréquence, un développement d'une recherche focalisée sur la « *kinési-cinétique* » permettrait de mieux connaitre les posologies optimales d'utilisation des techniques et instruments employés par les kinésithérapeutes. Elle permettrait également de mieux comprendre l'effet « dose », le seuil thérapeutique d'efficacité, la limite supérieure et l'intervalle thérapeutique optimal.

De façon parallèle, si la pharmacodynamie est une branche de la pharmacologie spécialisée dans l'étude des effets des médicaments et des substances chimiques sur l'organisme, le développement d'une recherche en « *kinési-dynamique* » permettrait de comprendre et d'améliorer la qualité des processus d'action des techniques et instruments employées par les kinésithérapeutes. Le développement d'une recherche en « kinési-dynamie » est à mettre en œuvre. Une meilleure connaissance de l'efficacité (intensité de l'effet pour obtenir un effet maximum), de la puissance (concentration capable de produire un effet donné), de la sélectivité/sécurité (index entre efficacité et inefficacité voire effets indésirables) sont nécessaires. L'étude de la variabilité des principes de « kinési-cinétique » et de « kinési-dynamie » en fonction des caractéristiques individuelles de chaque patient doit contribuer à l'amélioration de la qualité des soins de santé prodigués par le kinésithérapeute.

Le développement d'une recherche en kinésidynamie et kinésicinétique est nécessaire pour connaitre les modes d'action et la posologie optimale des soins kinésithérapiques.

2.3. Les organisations de soins

2.3.1. De nouvelles pratiques et des nouveaux métiers du corps non-encadrés

Les actes de kinésithérapie (ou plus généralement les actes de rééducation) et l'exercice de la kinésithérapie sont réglementés. Le décret d'actes et d'exercice des masseurs-kinésithérapeutes définit les actes dont les kinésithérapeutes ont l'exclusivité et ceux qu'ils partagent avec d'autres professions de santé.

Pourtant, des intervenants de statuts divers et de formations variées à inexistantes travaillent en marge de la légalité dans les institutions publiques et privées. L'élément déclencheur est la difficulté de recrutement voire la pénurie réelle de kinésithérapeutes dans les établissements, particulièrement ceux à orientation gériatrique ou médico-sociale. Agents des services hospitaliers, surveillants des séances de balnéothérapie, brevets d'Etat animant de séances de gymnastique rééducative auprès de personnes handicapées, professeurs d'éducation physique assurant le management du renforcement musculaire de sujets lombalgiques, aide-soignants confectionnant des orthèses, moniteurs d'activité physique adaptée assurant le contrôle de réentrainement cardiaque, auxiliaires de vie faisant marcher des patients, anciens sans-emploi improvisés « masseurs ». Un véritable inventaire à la « Prévert » existe aujourd'hui, des personnes qui exercent sans qualification contrôlée des actes de kinésithérapie.

L'absence de garantie offerte en terme de qualité, voire de sécurité des soins est inquiétante. La création d'un métier d'aide-kinésithérapeute ou de technicien de physiothérapie (à l'image du projet mis en place au profit des techniciens thermaux d'Aix-les-Bains) permettrait de définir les compétences attendues de ces professionnels et les liens de délégations d'actes avec les kinésithérapeutes inscrits dans une démarche qualité.

Il serait intéressant pour garantir la sécurité des actes et pour répondre aux besoins de créer une profession d'assistant en kinésithérapie. L'assistant en kinésithérapie pourrait réaliser des tâches définies sur la prescription des kinésithérapeutes. Cette délégation permettra de recentrer le kinésithérapeute, sur les activités à forte valeur ajoutée et sur les activités médicales transférées.

2.3.2. Evolutions du cœur du métier, d'une pratique généraliste à une pratique experte auprès de patients de tous âges sains ou atteints de pathologies

L'exercice de la kinésithérapie est caractérisé par la prise en charge ou le management de sujets de tous âges (du prématuré au grand âge), sains ou pathologiques, avec une visée de conservation de la santé, de bien-être, d'éducation ou de prévention et de thérapeutique. Réglementairement, *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. »* (Article R 4321-1 CSP, Décret n° 2000-577 du 27 juin 2000 modifiant le Décret n° 98-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute).

Par exemple, le masseur kinésithérapeute intervient dans des objectifs variés tels que prévenir les lombalgies, faciliter le développement respiratoire et moteur de nouveau-nés prématurés, conserver l'autonomie de sujets âgés, réduire les conséquences de lésions cutanées par brûlures, réhabiliter des patients paraplégiques, améliorer la fonction de sujets atteints de polyarthrite rhumatoïde, réentraîner des patients après greffe cardiaque, récupérer les capacités motrices après une entorse grave de genou opérée, suivre les entraînements et les compétitions des sportifs, etc..

Le développement au cours de ces 60 dernières années, de la profession, des techniques et des actes, conduit le kinésithérapeute à intervenir à tous les âges de la vie, ~~et~~ sur des patients sains ou atteints de pathologies de tous types. La multiplicité des connaissances mobilisées par les kinésithérapeutes (issus des sciences biologiques et médicales et des sciences humaines et sociales) et la complexité des actes sont aujourd'hui majeures.

2.3.3. Le transfert de tâches médicales aux kinésithérapeutes

Si la faisabilité de transferts d'activité a fait l'objet d'études, aucune expérimentation n'a concerné les masseurs-kinésithérapeutes. « *5 expérimentations ont pu être inscrites dans un premier arrêté d'expérimentation du 13 décembre 2004 et elles ont donné lieu à un rapport d'évaluation en juin 2006, qui a conclu à « la faisabilité, en toute sécurité pour les patients, de la délégation de tâches dans les domaines et contextes abordés* ».

D'autres expérimentations ont été programmées par l'arrêté du 30 mars 2006 modifiant et complétant celui du 13 décembre 2004 : 10 projets ont été inscrits (dont 3 sont des reconductions de

projets issus de l'arrêté de 2004) 8, sur un ou plusieurs sites, 9 portant sur des structures hospitalières, le dernier étant prévu dans l'exercice de cabinets libéraux (Rapport CNEH).

Pourtant, la kinésithérapie devrait être concernée par ces expérimentations qui sont développées dans un quadruple objectif : (1) répondre aux incidences de l'évolution démographique médicale, (2) prendre en compte les évolutions des technologies médicales, mais également, (3) améliorer la prise en charge des patients, tant en termes d'accès qu'en termes de continuité et de coordination des soins et (4) valoriser ou donner des perspectives de parcours professionnel aux professionnels paramédicaux dont le cursus professionnel actuel est strictement limité par la réglementation.

Concernant la masso-kinésithérapie, plusieurs formes de délégations[2] ou de transferts de tâches[3] pourraient voir le jour telles que définies dans le cadre des expérimentations.

Pourraient rentrer dans la catégorie des actes délégués par les médecins, mais restant *in fine* sous leur responsabilité, les actes de dépistage systématique des cancers de la peau ou de dépistage des déviations rachidiennes de l'enfant. Dans ce cadre le kinésithérapeute met en valeur sa capacité à élaborer un diagnostic propre dans son champ, mais laissant au médecin, la finalisation du diagnostic du caractère pathologique de la déficience structurelle ou fonctionnelle (diagnostic de la maladie et élaboration du traitement médical s'il y a lieu).

Dans la catégorie des délégations à caractère collaboratif, les consultations de première intention dans les centres d'urgence de traumatologie ou le suivi post-chirurgical des patients opérés d'interventions type Prothèse totale de Hanche pourraient être réalisés comme cela se fait déjà dans de nombreux pays (Etats-Unis, Canada, Australie…).

Dans la catégorie des actes thérapeutiques délégués, c'est-à-dire réalisés sous la responsabilité d'un médecin, les actes d'extubation qui bénéficient de la participation active des masseurs-kinésithérapeutes dans certains services de réanimation.

Les transferts d'actes notés au niveau international des médecins vers les kinésithérapeutes sont l'autoprescription (accès direct sans prescription d'indication), les prescriptions médicamenteuses de produits antalgiques, myorelaxants et anti-inflammatoires, les manipulations articulaires, les

[2] La **délégation** désigne l'action par laquelle le médecin confie à un autre professionnel de santé la réalisation d'un acte de soin ou d'une tâche. La délégation comprend l'idée de supervision. La responsabilité du délégant (le médecin) reste engagée du fait de la décision de déléguer, la responsabilité du délégué (le professionnel non médical) est engagée dans la réalisation de l'acte.

[3] Le **transfert** est définit comme l'action de déplacer l'acte de soin, d'un corps professionnel à un autre : les activités sont confiées dans leur totalité, y compris en termes de responsabilité, à une autre profession. Les professionnels non médicaux sont donc autonomes dans la décision et la réalisation.

confections de contention rigides, l'acupuncture, la médecine chinoise, par exemple. A ce jour, ces transferts restent confidentiels en France et si l'on ne peut formellement nier leur existence en quelques lieux, aucune expérimentation n'a formellement été faite. Si la délégation et les transferts des médecins vers les kinésithérapeutes n'ont pas d'existence légale, les transferts et délégations d'actes de kinésithérapie n'en ont pas, non plus.

Ainsi, l'évolution qualitative des pratiques médicales, induite par le progrès scientifique, les évolutions démographiques ci-dessus évoquées impliqueront inéluctablement une redéfinition de la délégation de tâches médicales et un accroissement de celle-ci. Les impératifs économiques et sociaux imposent que cette délégation soit assumée par des professionnels de santé formés à hauteur des enjeux. Les masseurs-kinésithérapeutes (physiothérapeutes) formés à l'*Evidence Based Practice* ainsi qu'aux champs médicaux concernés et grâce à leurs compétences évaluatives seront à même de réaliser les fonctions évaluation-diagnostic-orientation en première intention, orientation, conseils, prévention en accès direct comme de participer explicitement au suivi efficient des patients. Ces nouvelles compétences permettant de décharger, optimiser l'activité médicale de soins sont déjà clairement mises en œuvre à l'étranger (Canada). Elles existent également en France de manière ponctuelle, implicite ou informelle dans des structures de soins soucieuses de rentabiliser les compétences développées par les différents acteurs de santé.

Le coût des dépenses ne peut que continuer à croître. La maîtrise de cette augmentation ne peut passer que par redéfinition des rôles de chacun des professionnels en recherchant une efficience optimum notamment dans le rapport service rendu / formation. Sous l'effet du marché, des nouveaux métiers se créent dans les interstices laissés vacans par le déficit de professionnels de santé, sans formation réglementée et sans garantie pour l'usager. Au sein des professions de santé, des redéfinitions des rôles se font au gré d'accords tacites entre des professionnels amenés à collaborer.

2.3.4. Un rééquilibrage à faire entre curatif et préventif, trouver des alternatives à l'hospitalisation, des atouts pour réduire la tension du financement des dépenses de santé

La Loi HPST impulse un rééquilibrage entre le préventif (et éducatif) et le curatif. En effet, si la plupart des pays consacrent 10 % de leurs dépenses de santé à la prévention, la France n'investit que 6,4 % dans cet axe. « *En 2002, la France a consacré 10,5 milliards d'euros à la prévention, soit 6,4 % de la dépense courante de santé, la moitié étant destinée à éviter la survenue d'une maladie ou d'un état indésirable, un quart au dépistage des maladies et un autre quart à la prise en charge des facteurs de risque ou des formes précoces de maladie. »* (DREES, 2006) Le Président de la République a déclaré : « *Il n'y a que 7% des dépenses de santé qui sont consacrées à la prévention. Je souhaite que la part de la prévention dépasse 10% d'ici 2012*. » (Déclaration de M. Nicolas Sarkozy, Président de la République, sur les priorités de la politique de la santé et la réforme du système de soins, à Paris le 18 septembre 2008)

Le développement de la prévention est également important en terme social et économique. En effet, en retardant, voire en évitant l'apparition de pathologies, cela permet d'en réduire le coût humain, social et économique. La place de la prévention est très importante face au vieillissement démographique. « […] *l'impact du vieillissement démographique sur les dépenses de santé dépendra très largement des* ***choix*** *qui seront faits en matière d'organisation de notre système de soins.*

En effet, l'état de santé et les dépenses de santé des personnes âgées dépendent très largement de la ***prévention*** *: différer de cinq ans l'apparition de la maladie d'Alzheimer divise son coût par deux.* » (Plancade, 2000)

Les masseurs-kinésithérapeutes sont compétents en matière de prévention puisque leurs actes ont notamment pour but « *de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles »* (article R 4321-1 CSP)

Dans la mission des masseurs-kinésithérapeutes, la prévention des conséquences des chutes est également très importante. « *Or, il existe aujourd'hui des traitements efficaces pour prévenir ou différer des maladies coûteuses. Par exemple, il est bien connu que les fractures du col du fémur, qui conduisent souvent à une incapacité durable, et qui sont suivies d'un décès dans 30 % des cas dans l'année qui suit, peuvent être efficacement prévenues par l'association de traitements préventifs spécifiques.* » (Plancade, 2000)

La prévention est également primordiale vis-à-vis des pathologies cardio-vasculaires, cancéreuses et inflammatoires. Eduquer les patients à maintenir une activité physique quotidienne suffisante

permet de prévenir l'apparition de pathologies cardio-vasculaires et cancéreuse, comme il a été démontré dans de nombreuses études. Plus récemment, l'effet négatif de l'obésité corporelle sur le développent de pathologies inflammatoires ou allergiques a été mis en avant.

Dans le domaine de l'activité physique, les masseurs kinésithérapeutes doivent occuper une place de conseils en complément des spécialistes de l'activité physique adaptée. Si ces derniers sont des spécialistes de l'activité physique et sportive sensibilisés aux conséquences des pathologies, les masseurs-kinésithérapeutes assument internationalement, la place de spécialistes des pathologies liées au mouvement maitrisant dans leur arsenal professionnel, l'activité physique et gymnique notamment.

« *Le rééquilibrage entre le curatif et le préventif, comme l'a rappelé le Président de la République, est au cœur de la réforme* » (Dossier de presse, présentation de la Loi HPST). La profession de masseur-kinésithérapeute est estimée par les patients comme interlocuteur clé, en matière de conseil et d'éducation en regard des pathologies du mouvement. Au niveau international, le rôle des masseurs-kinésithérapeutes (physiothérapeutes) va bien au-delà du projet curatif. Les masseurs-kinésithérapeutes sont les référents en matière de prévention des pathologies du mouvement. Cette activité est retrouvée sous des formes classiques (interface directe inter-individuelle ou de groupe) ou via des média (télémédecine ou « *téléphysiothérapie* » – animation de groupe à distance via des réseaux visio-conférence comme au Québec, par exemple).

L'aspect préventif, occupe également les dimensions prévention secondaire et tertiaire, dont l'importance est cruciale dans le cas des pathologies chroniques et des conséquences du vieillissement. « *Cela est encore plus vrai pour les personnes handicapées qui, au-delà des soins curatifs dispensés par les services hospitaliers, ont aussi besoin d'accompagnement, d'apport éducatif et d'aide à la réinsertion*. » (Dossier de presse, présentation de la Loi HPST)

L'éducation thérapeutique à laquelle toutes les professions de santé sont associées, qui vise à optimiser la réponse des patients aux traitements, implique les kinésithérapeutes dans toutes les pathologies ayant un impact en matière de mouvement.

Parallèlement, les citoyens et la société demandent de réduire quand cela est possible les hospitalisations. Cette demande est perceptible à la fois pour les populations infantiles, les populations âgées, mais plus généralement à tous les âges de la vie.

Les alternatives à l'hospitalisation correspondent à plusieurs formes de prise en charge des patients sur une durée ne dépassant pas la journée ou la nuit. Les structures alternatives doivent permettre aux malades de bénéficier du plateau technique et des compétences générales de l'hôpital sans pour autant qu'ils soient coupés de leur cadre de vie habituel. Rendues possibles par les progrès techniques, thérapeutiques et organisationnels, les alternatives sont définies sur le plan des modalités de création et de fonctionnement par trois décrets de 1992 complétés par un décret de 1994 spécifique à l'anesthésie et la chirurgie ambulatoire. Ces décrets distinguent trois types d'alternatives dont deux concernent les kinésithérapeutes[4] :

- Les structures d'hospitalisation à temps partiel, de jour ou de nuit,
- Les structures d'hospitalisation à domicile.

L'engagement des kinésithérapeutes serait facilité par une meilleure formation développant les capacités d'évaluation et de diagnostic.

Faire évoluer les pratiques vers une approche plus préventive, est possible grâce à un engagement des masseurs kinésithérapeutes dans les pathologies liées à la sédentarité ou aggravées par le manque d'activité. Réduire les hospitalisations par une prise en charge de ville ou à domicile par la création de structures de taille humaine ancrées dans le tissu local est possible sous réserve d'une formation adaptée des acteurs.

2.3.5. Qualité et sécurité des actes

La qualité et la sécurité des actes se doit d'être garantie aux patients. Ceci doit pouvoir se faire, pour des actes courants, mais également pour des actes experts. En 1987, l'OMS a publié une définition de la qualité dans les établissements de santé : « *Une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui leur assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène, et pour sa grande satisfaction, en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins* » (Institut Français de la Qualité en Santé, 2009). Cependant, la réflexion sur la qualité en santé ne peut se limiter à l'examen de la seule qualité des pratiques. « *L'accès à une structure et à un mode de prise en charge adéquats d'une part et la coordination de l'intervention des professionnels d'autre part sont aussi directement facteurs de qualité des soins. Or, le système français est aujourd'hui caractérisé par une trajectoire de soins*

[4] http://www.ecosante.fr/DEPAFRA/329.html

encore peu rationalisée. Plusieurs raisons peuvent expliquer ce phénomène. Tout d'abord, la connaissance des besoins et des attentes des patients est imparfaite notamment du fait de l'absence d'un système d'information intégré performant. L'échec du mécanisme du médecin référent mis en place en 1996 ou les insuffisances en matière d'alternative à l'hospitalisation (hospitalisation à domicile) illustrent la difficulté de mettre en œuvre des modalités d'orientation efficaces et adaptées à chaque patient (Cf. supra). *Enfin, malgré la réussite ponctuelle de certains réseaux de soins, la coordination entre les professionnels reste encore insuffisante, notamment entre l'hôpital et le secteur ambulatoire* ».[5]

L'intégration d'une démarche qualité formalisée et systématique lors de la réalisation des actes est un moyen d'entrer dans un processus d'amélioration continue des pratiques. La certification des structures de soins est également une voie souhaitable. Si cette dernière est généralisée au niveau des institutions, elle ne l'est pas encore, de façon formelle, au niveau des cabinets de ville.

L'intégration d'une démarche qualité formalisée et systématique lors de la réalisation des actes est un moyen d'entrer dans un processus d'amélioration continue des pratiques. La certification des cabinets de kinésithérapie comme structures de soins peut être également une voie souhaitable.

La démarche d'accréditation débouchant sur la certification des établissements, l'évaluation des pratiques professionnelles, le développement des références opposables sont des indicateurs d'une démarche qualité dans le système de santé assurée par la Haute Autorité de Santé.

Tout établissement et chaque professionnel de santé doit mettre en place une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui leur assurera le meilleur résultat en terme de santé conformément à l'état actuel de la science au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène, et pour sa grande satisfaction, en terme de procédure, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de santé (définition de la qualité dans les établissement de santé de l'OMS, 1987).

La structuration de la formation initiale doit se prolonger par une structuration académique des formations conduisant à des fonctions d'expertise clinique. Si jusqu'à ce jour, l'expertise clinique s'acquiert principalement par la réalisation de parcours professionnels personnels, il est indispensable de mettre en place, à l'avenir, des formations normalisées, tant au niveau du contenu

[5] Ecole Nationale d'Administration, Direction des études, Séminaire de la promotion "Léopold Sedar Senghor" (2002-2004), 2006.

que du curriculum de formation. De même, la formation initiale et continue des physiothérapeutes doit comporter un programme d'enseignement à la qualitique en santé afin que ces professionnels soient d'emblé à même de développer des processus d'évaluations. La qualité d'un système de soin doit être évaluée à l'aune des besoins du patient (Honorat & Bouget, 2008).

La structuration de la formation initiale doit se prolonger par une structuration académique des formations conduisant à des fonctions d'expertise clinique. Si jusqu'à ce jour, l'expertise clinique s'acquiert principalement par la réalisation de parcours professionnels personnels, il est indispensable de mettre en place, à l'avenir, des formations normalisées, tant au niveau du contenu que du curriculum de formation. Les besoins d'expertise pour répondre aux besoins des populations sont importants : Alzheimer, bronchiolite, obésité, réadaptation cardio-respiratoire, suivi des sportifs, prévention des pathologies liées à la sédentarité, etc.

La formation à la qualité et à la démarche qualité doit s'intégrer au sein de la formation initiale des futurs praticiens kinésithérapeutes. L'intégration d'une dimension expertise professionnelle est également souhaitable pour répondre aux besoins de santé.

2.3.6. Lutte contre les dérives sectaires

Les dérives sectaires dans le champ des professions de santé sont nombreuses comme il a été souligné dans les derniers rapports de la Miviludes[6]. L'universitarisation à haut niveau de la formation basée sur des savoirs scientifiques et non sur des dogmes permettra le développement de la culture et de l'esprit critique des futurs professionnels.

L'enseignement de la zététique (ou méthode fondée sur le doute et la nécessitée de vérifier scientifiquement les faits) est de plus en plus développé dans les facultés de médecine. Cet enseignement universitaire pourrait être partagé avec les futurs kinésithérapeutes.

Le champ de la santé est sensible aux influences de mouvement sectaires. Un des moyens de réduire leur impact est de développer chez les futurs professionnels, l'esprit scientifique et critique.

[6] www.miviludes.gouv.fr

PARTIE 2 : LES ENSEIGNEMENTS TIRES DES EXPÉRIENCES INTERNATIONALES

1. EVOLUTION DE LA DEMANDE DANS LES PAYS DÉVELOPPÉS

Le vieillissement démographique, l'augmentation de l'espérance de vie et de la prévalence des pathologies chroniques sont des phénomènes communs à la plupart des pays développés (Tableau 6). S'ils occasionnent de façon mécanique une hausse de la demande en soins, les pays développés anglo-saxons et nord-européens ont également répondu par une politique volontariste de prévention et d'éducation (aux alentours de 10 à 12 % des dépenses de santé). Les organismes professionnels de kinésithérapie (physiothérapie) se sont investis dans cette dynamique, afin de répondre, au mieux aux besoins. A l'image de l'association canadienne de physiothérapie, le rôle de partenaire de santé des kinésithérapeutes (physiothérapeutes) s'inscrit tout au long du continuum de santé allant de la promotion de la santé à la prise en charge de soins de longue durée ou à caractère palliatif.

Tableau 6 : Augmentation de l'espérance de vie dans les pays développés

Tableau 12. Espérance de vie à la naissance en Europe occidentale en 2006

	Espérance de vie à la naissance (années)		
	Hommes	Femmes	Écart (F – H)
Allemagne	77,2	82,4	5,2
Autriche	77,2	82,8	5,6
Belgique	76,6	82,3	5,7
Danemark	76,1	80,7	4,6
Espagne	77,7	84,4	6,7
Finlande	75,9	83,1	7,2
France	77,4	84,4	7,0
Grèce	77,2	81,9	4,7
Irlande	77,3	82,1	4,8
Italie (2004)	77,9	83,8	5,9
Luxembourg	76,8	81,9	5,1
Pays-Bas	77,7	82,0	4,3
Portugal	75,5	82,3	6,8
Royaume-Uni (2005)	77,1	81,1	4,0
Suède	78,8	83,1	4,3
Norvège	78,2	82,9	4,7
Suisse	79,2	84,2	5,0

Source : Eurostat.

L'augmentation de la demande de soins est commune à l'ensemble des pays développés. Le développement d'une politique de prévention est cependant plus avancé qu'en France, dans la majorité de ces pays. Les kinésithérapeutes (physiothérapeutes) sont des acteurs des politiques de prévention autour du mouvement.

2. EVOLUTION DE LA RÉPONSE EN MATIÈRE D'EXERCICE

Les pays nord-américains (Province du Québec, notamment), nord-européens et océaniens soulignent la multiplicité des fondements de la kinésithérapie (physiothérapie). Compte tenu de la dimension non seulement technique mais aussi relationnelle, les fondements à la pratique, sont à la fois les sciences biologiques et médicales (biophysique, biochimie, biomécanique, neurosciences, sciences cognitives, sciences du mouvement, physiopathologie, histologie, …) et les sciences humaines et sociales (psychologie, psychosociologie, sociologie, sciences de l'éducation, ergonomie …). Ces fondements soulignent la multidisciplinarité, par essence de la kinésithérapie (physiothérapie).

Par ailleurs, le rôle du kinésithérapeute, tant en amont de la pathologie (conseil, éducation à la santé, promotion de la santé, prévention primaire) qu'en aval (restaurer les fonctions ou réduire, freiner ou compenser les conséquences de la maladie ou du traumatisme) est un élément constant dans l'exercice international de la kinésithérapie (physiothérapie). Aussi, les kinésithérapeutes sont appelés à intervenir à tous les âges de la vie. La précocité de l'intervention est un élément important à la fois pour réduire le coût humain et le coût social des détériorations de la santé.

La déclaration de l'Association canadienne de physiothérapie souligne l'importance des physiothérapeutes dans le système de soin et la nécessité d'un accès précoce à leurs services. « *L'Association canadienne de physiothérapie (ACP) soutient, à travers le continuum de santé, un système de soins de santé complet qui incorpore des services de physiothérapie au sein de la promotion de la santé, de la prévention des maladies, des soins de courte durée, des soins primaires ambulatoires, de la réadaptation, des soins de longue durée, des services à domicile et communautaires. Tous les Canadiens méritent un accès en temps opportun et fiable aux services de physiothérapie, quel que soit l'endroit de la prestation.*

De plus en plus, les Canadiens paient de leur poche pour les services de physiothérapie ou par l'intermédiaire d'assurances privées pour accéder aux soins dont ils ont besoin. Ceux qui n'ont pas les moyens de payer, par exemple les aînés, les travailleurs sans assurance ou les Canadiens atteints de maladies chroniques, doivent souvent attendre très longtemps pour leur physiothérapie ou se passer de traitements essentiels. Cette situation a le potentiel d'alourdir le fardeau pour le système de soins de santé le long du continuum de soins, voire mener à une dépendance accrue vis-à-vis des interventions pharmaceutiques qui ne répondent pas nécessairement aux besoins primaires de l'individu.

L'accès précoce à la physiothérapie exerce un rôle important dans la prévention et le contrôle des maladies chroniques, dans le maintien de l'activité et de l'autonomie au travail, du retour au travail des Canadiens et dans leur congé des hôpitaux ou des établissements de soins de longue durée. La physiothérapie joue un rôle essentiel dans le maintien et l'amélioration de la mobilité et de la santé des Canadiens et contribue ainsi à leur qualité de vie. » (Extrait de Physiotherapy Canada, 2006).

L'accès en première intention aux soins de kinésithérapie (physiothérapie) a été mis en place dans la majorité des pays pour permettre une prise en charge précoce intégrant la prévention primaire, secondaire et tertiaire.

2.1. DES MÉTIERS DE MOINDRE QUALIFICATION POUR RÉALISER DES ACTES DÉLÉGUÉS

Les pays d'Amérique du nord et d'Océanie ont, de façon corollaire à la généralisation des masters et thèses d'exercice de la kinésithérapie (physiothérapie) (DPT – Doctor Physical Therapist - USA), facilité la création de métiers d'assistants. Il s'agit des assistants physiothérapeutes (Physiotherapy assistant[7]) ou techniciens de réadaptation (Québec) bénéficiant de formations courtes professionnalisantes (très proches des IUT en France). La durée de formation est de deux ans[8], préparant à un exercice pratique de la physiothérapie sous le contrôle d'un kinésithérapeute (physiotherapist). Ces métiers travaillent sous prescription des kinésithérapeutes et réalisent des actes de routine. Le recrutement dans ces filières est ouvert à des étudiants de niveau « C » de l'enseignement secondaire (spécialités diverses dont biologie et anglais –langue nationale-), contrairement aux études de kinésithérapie qui sont réservées à des étudiants de niveau « A » ou « B » dans les spécialités de chimie, physique, ou biologie de l'enseignement secondaire. Les kinésithérapeutes assurent dans tous les cas les évaluations initiales et finales. La démographie des professionnels de ces métiers est nettement moindre à celle des kinésithérapeutes (environ la moitié[9]).

[7] A Physiotherapist Assistant (PTA) is a health care worker who helps to teach clients to effectively cope with their limitations in movement, daily functioning and activity. A PTA works under the supervision of a licensed physiotherapist.

[8] Exemple : The University of Saint Francis Physical Therapist Assistant Program consists of four semesters of courses in general education and physical therapy theory and practice. The program which is accredited by the Commission on Accreditation in Physical Therapy Education, emphasizes academic knowledge while offering hands-on experience in a variety of settings.

[9] Au Québec, 4135 Physiothérapeutes pour 1943 techniciens de réadaptation (Au 23 octobre, d'après site www.oppq.qc.ca)

La création d'un métier d'assistant a été effectuée dans les pays les plus avancés, dans le même temps que le passage des kinésithérapeutes (physiothérapeutes) au garde de master. Ce métier prescrit par les kinésithérapeutes permet de démultiplier l'offre de soins et de répondre à l'augmentation de la demande.

2.2. Des kinésithérapeutes (physiotherapists) à l'interface de métiers du corps

Les pays d'Amérique du nord, voire anglo-saxons de façon plus générale ont une structuration économique et sociale qui a également autorisé la création de métiers moins, voire non réglementés : massothérapeutes, Adapted Physical Activity intervenant (équivalent des moniteurs d'APA –Activité Physique adaptée- en France), etc. La qualification universitaire des kinésithérapeutes, leur formation médicale, leur appartenance à une profession réglementée respectant un code de déontologie leur octroient un rôle prépondérant dans la prise en charge préventive, curative ou palliative des pathologies du mouvement, pouvant guider vers ou coordonner des activités de ces différents intervenants.

La qualification des kinésithérapeutes (physiothérapeutes) à un niveau ingénieur et leur appartenance à une profession réglementée leur permettent de coordonner les différents métiers qui gravitent autour du patient dans le champ du mouvement.

2.3. Des kinésithérapeutes (physiotherapists) avec des exercices orientés

Toujours dans ces pays d'Amérique du nord et autres pays anglo-saxons, l'exercice de la kinésithérapie peut se faire de façon généraliste telle qu'on la connait en France mais également selon des exercices spécifiques qui peuvent porter soit sur des techniques, des pathologies ou des catégories de populations cibles spécifiques. La WCPT définit 6 orientations spécifiques de pratiques, deux selon les âges de la vie des patients (*Gériatric physical therapy, pediatric physical therapy*) et quatre selon les systèmes (*orthopeadic* ou *musculoskeletal physical therapy*, *neurologic* ou *neuromuscular physical therapy*, *cardiopulmonary* ou *internal physical therapy, integumentary physical therapy*). Hormis ces disciplines majeures, et de manière plus accessoire, l'acquisition de diplômes en sport, évaluation, éducation, thérapie manuelle ou électrologie est proposée par quelques universités.

Aux Etats-Unis l'orientation de la pratique post-graduée s'est récemment faite vers l'acquisition d'un doctorat d'exercice professionnel. Après 6 années, un peu plus de 10 000 praticiens ont été diplômés d'un Doctorat en Physical Therapy (APTA, 2009) (Fig.10). Au Canada, c'est l'acquisition d'un Master en Sciences (MSc) qui est offert par les départements physiothérapie des universités.

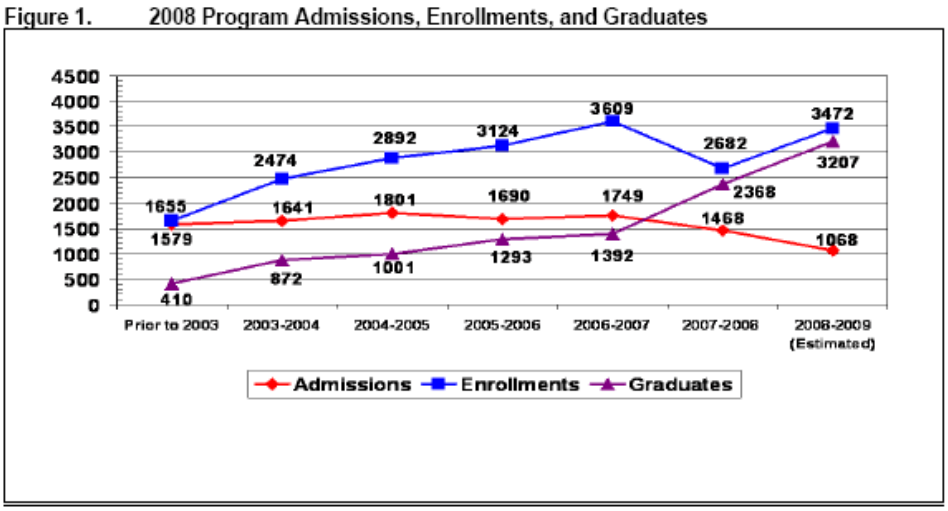


Figure 10 : Evolution des effectifs de docteurs en physical therapy (DPT) - Extrait du site APTA.org (au 23/10/2009)

La restructuration de la formation initiale des kinésithérapeutes en Amérique du nord et en Océanie a conduit à intégrer en dernière année de formation (master 2) les orientations professionnelles jusqu'alors assurées par des formations continues après le diplôme (formations post-graduées).

3. RÉPONSES EN MATIÈRE DE FORMATION

3.1. UNE FORMATION NORMALISÉE SUR UN MODÈLE INTERNATIONAL

Au niveau mondial, la WCPT[10] a défini des recommandations sur la formation initiale des kinésithérapeutes (physiothérapeutes). Trois éléments clés ont été formulés : une formation intégrée à l'université ou de niveau universitaire, un minimum de quatre années de formation professionnelle pour la formation initiale du praticien généraliste, et un cursus pouvant aller jusqu'au doctorat d'université[11]. L'objectif est de former des praticiens de santé autonomes capables d'assurer des soins de qualité[12].

Physical therapist entry-level educational programs integrate theory, evidence and practice along a continuum of learning. This begins with admission to an accredited physical therapy program and ending with retirement from active practice.

La formation des kinésithérapeutes recommandée par la Word Physical Therapy Confederation (WCPT) est intégrée à l'université, comprend au moins 4 années de formation professionnelle spécifique et permet d'aller jusqu'au niveau doctorat d'université.

3.2. DES RÉPONSES COHÉRENTES PAR UN PRATICIEN DE PREMIÈRE INTENTION FORMÉ À L'UNIVERSITÉ

La WCPT (2007) souligne que l'accès direct aux physiothérapeutes (kinésithérapeutes) permet aux individus d'accéder plus rapidement au service de santé et réduit la pression sur les médecins

[10] "The World Confederation for Physical Therapy (WCPT) is the sole international organization representing physical therapists worldwide. It is dedicated to promoting the profession and improving global health. The WCPT website aims to provide resources and opportunities, and support the exchange of information across the profession globally."

[11] WCPT recognizes the fact that there is considerable diversity in the social, economic, cultural, and political environments in which physical therapist education is conducted throughout the world. WCPT recommends that physical therapist entry-level educational programs be based on university or university level studies, of a minimum of four years, independently validated and accredited as being at a standard that accords graduates full statutory and professional recognition. WCPT acknowledges that there is innovation and variation in program delivery and in entry-level qualifications, including first university degrees (Bachelors/Baccalaureate/Licensed or equivalent), Masters and Doctorate entry qualifications.

[8]What is expected is that any programme should deliver a curriculum that will enable physical therapists to attain the knowledge, skills, and attributes described in these guidelines. Professional education prepares physical therapists to be autonomous practitioners.

généralistes[13]. La mise en œuvre de cet accès direct est une réalité pour l'ensemble des pays d'Amérique du nord, d'Océanie, mais également d'Europe du nord. Les Pays-Bas sont le dernier pays en date de l'UE à avoir généralisé en 2006 l'accès direct chez les physiothérapeutes (kinésithérapeutes). Une étude scientifique (Leemrijse et al., 2008) a permis d'évaluer l'impact économique de ce changement sur la première année. Il ressort que l'économie de santé est intéressante sur la seule évaluation du coût des consultations médicales et de physiothérapie (kinésithérapie). L'étude se poursuit pour apprécier si l'accès plus précoce aux soins permet de générer une économie de santé.

Le changement de positionnement dans le système de santé des physiothérapeutes néerlandais a été étudié après un an et met en évidence une diminution du coût social de la prise en charge facilité par cet accès direct. La diminution du temps d'attente permettant une prise en charge plus précoce est un des facteurs et la réduction du nombre de consultations médicales sont des facteurs explicatifs de ce gain financier. Notons, que les physiothérapeutes ont la possibilité de réorienter les patients vers leur médecin référent si leur évaluation initiale laisse apparaitre un défaut ou une contre-indication à la kinésithérapie ou la nécessité d'un diagnostic médical.

La mise en place d'un accès direct (sans prescription médicale d'indication) des kinésithérapeutes (physiothérapeutes) se généralise dans l'ensemble des pays développés. Cet accès direct permet d'accélérer la prise en charge et de réduire les coûts de santé.

3.3. DES SOLUTIONS TRANSITOIRES POUR INTÉGRER LA FORMATION À L'UNIVERSITÉ

Un des problèmes à résoudre lors du passage d'une formation professionnelle à une formation universitaire est la constitution du corps d'enseignant chercheur. L'exemple des pays ayant fait ce choix plus récemment (réalisé dans les années 90), tels la Belgique, la Grande-Bretagne, la Suède ou le Canada est intéressant. L'intégration du personnel enseignant titulaire permanent a été permise par la création transitoire d'un « corps en voie d'extinction », la facilitation de l'intégration du corps enseignant par la mise en place d'une politique de formation permettant aux titulaires de préparer

[13] Direct access to physiotherapy gives people more timely access to needed services and can help reduce pressure on other professions, such as physicians.
Physiotherapists play a unique role in health care delivery: they promote, restore and prolong physical independence by enhancing a client's functional capacity. Their education and clinical training gives them the knowledge and skills to assess and treat illness and injury. They are health care professionals who work to help reduce pain, and to restore function and mobility. Physiotherapists are competent to identify when a client's symptoms are beyond the physiotherapy scope of practice and will direct the client to the appropriate health care professional.

une thèse d'université. Dès leur obtention de doctorat (PhD), les enseignants intégraient le corps des enseignants-chercheurs universitaires (équivalent des maitres de conférences et professeurs des universités françaises).

Le point de départ a été les personnels en place mais également très rapidement les jeunes professionnels bénéficiant d'une formation universitaire qui prolongeaient directement leur formation professionnelle par une formation universitaire académique. Les domaines investis en termes de doctorat sont essentiellement les sciences de l'éducation (*educational sciences*), pour une part, et les sciences biologiques et médicales (*biomechanics, neurosciences, kinesiology, movment sciences, cognitive sciences*) pour une autre part.

Les enseignants de terrain ou vacataires quant à eux ont été encouragés à préparer des masters dans ces mêmes disciplines.

Comme nous pouvons le constater, ces modes opératoires pour gérer les situations de transition sont quasiment similaires quelles que soient les époques, les pays ou les professions concernés. Ils sont viables à partir du moment où les bases culturelles, scientifiques et méthodologiques permettent aux acteurs d'évoluer et de répondre dans un délai raisonnable, en général une dizaine d'année, aux canons de l'enseignement supérieur. Citons l'intégration des UREPS aux universités en 1981, pour devenir des UFR STAPS ou plus d'actualité, la création d'un corps universitaire pour la filière de médecine générale.

L'universitarisation internationale des formations en kinésithérapie dans les cursus universitaires a été fait de façon progressive autorisant les formateurs en activité à acquérir les diplômes requis pour intégrer les corps d'enseignant des universités.

PARTIE 3 : MODIFIER L'EXERCICE ET LA STRUCTURE DU SYSTÈME DE FORMATION EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE

1. FAIRE ÉVOLUER L'EXERCICE ET LE SERVICE AUX POPULATIONS

1.1. DES PROFESSIONS MÉDICALES À COMPÉTENCE DÉFINIE ET PARAMÉDICALES INTÉGRÉES

La formation à la profession de pharmacien révèle quelques points communs voire des synergies possibles. Outres que les enseignements dispensés en première année de L1 santé parcours pharmacie pourraient contribuer à la formation des kinésithérapeutes (législation du médicament, définitions des classes médicamenteuses, médicaments en accès libre et prescrits, etc.), la mise en place d'un corps d'enseignants chercheurs universitaires est un exemple intéressant de l'intégration de ponts.

Tout au long de la formation, des synergies sont possibles avec la profession médicale, les ergothérapeutes, les psychomotriciens. L'apprentissage par problème et l'apprentissage par raisonnement clinique peuvent être utilisés pour développer des connaissances et la capacité à l'autoformation de ces professionnels. Les enseignements de sémiologie et de physiopathologie pourraient être concernés.

L'universitarisation de la formation peut se faire en favorisant les partages d'enseignements entre les formations aux professions de santé, notamment. Le coût de cette universitarisation peut ainsi êtes réduit.

1.2. RATIONALISER L'OFFRE DE SOINS EN RECOMPOSANT L'OFFRE DE SOINS

Soulager la profession médicale des consultations non-complexes et des suivis de routine, notamment dans les domaines de la traumatologie, rhumatologie et pneumologie, tels pourraient être les axes clés des missions confiées à la profession de masseur-kinésithérapeute dans un paysage de santé recomposé. Cette évolution des missions est d'actualité dans les pays nord-américains et d'Océanie. Elle est au stade de la mise en œuvre en Europe du nord.

Dans un travail exploratoire, la DHOS a défini des axes d'évolution du métier dans les dix ans à venir.

- *« 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'efficience 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. » (DHOS, monographie, 2008)*

Un master 2 permettrait l'acquisition d'une expertise nécessaire pour répondre aux besoins de santé de la population et pour développer des pratiques innovantes. Ceci a pour conséquence, de garantir la compétence des professionnels par une formation initiale, mais également continue de qualité. Il est indispensable de renforcer la responsabilité sociale des acteurs de santé.
Un master 2 déboucherait sur des compétences permettant au kinésithérapeute d'intégrer une démarche éducative, de s'adapter aux demandes selon les différents âges de la vie, d'être capable d'établir un diagnostic différentiel éliminant une éventuelle contre-indication à la kinésithérapie et d'établir un diagnostic professionnel propre, préalable à une prise en charge (management).
Le kinésithérapeute de demain devra avoir les compétences d'un généraliste des pathologies du mouvement mais également avoir les compétences spécifiques permettant de répondre aux besoins de santé particuliers du territoire dans lequel il exerce.

Intégrer la formation à des exercices orientés dans la formation initiale des kinésithérapeutes permet de répondre aux besoins de soins spécifiques (gériatrie, ostéopathie, pneumologie…) tout en offrant des garanties de qualité.

1.3. Développer des perspectives de carrière

La reconstruction de la formation initiale doit également intégrer une dimension d'évolution de carrière pour permettre aux praticiens de changer d'orientation au sein de leur propre profession en orientant leur activité professionnelle en fonction de leurs motivations, de leur projet de vie ainsi que de l'évolution des besoins de santé. Cette dimension stratégique de l'évolution est prônée par l'OMS (2006) qui schématise les facteurs influençant (Fig.11).

- « *A l'entrée dans la vie professionnelle : préparer les effectifs par des investissements stratégiques en matière de formation et par l'adoption de modes de recrutement efficaces et respectueux de l'éthique.*
- *Pendant la période d'activité : améliorer la performance des agents grâce à une meilleure gestion du personnel tant dans le secteur public que dans le secteur privé.*
- *A la sortie du système : gérer l'émigration et l'usure des effectifs pour réduire les pertes en ressources humaines*. »

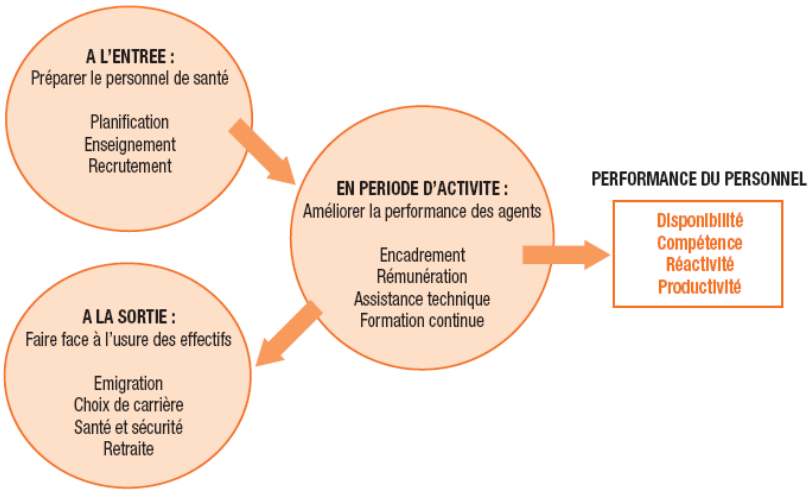


Figure 11 : Comment développer des perspectives de carrières (OMS)

Cette dimension d'évolution de carrière, aujourd'hui quasi inexistante aussi bien dans l'exercice en mode salarié qu'en mode libéral, est impérative pour maintenir l'attractivité (exercice de la kinésithérapie en général) ou améliorer l'attractivité et la fidélisation (exercice salarié).

Le comportement social au travail est la conséquence de la formation initiale et des possibilités (ou non) de poursuite d'études. Aujourd'hui contraint par une formation initiale trop courte et incomplète malgré une densité extrême, où la créativité et l'expression des personnalités ne peuvent pas être encouragées, les professionnels peuvent être enclins à subir leur exercice. La formation-formatage sans possibilité d'épanouissement individuel se traduit par l'acquisition puis l'usage d'une compétence fermée, réduite à un savoir faire technologique peu propice au développement personnel continu. Le triangle de la formation « savoir/savoir-faire/savoir-être » devient inopérant lorsqu'aucune possibilité d'évolution n'est possible.

L'ouverture de possibilités de formation complémentaires ouvre la voie à la recherche, à l'enseignement et à l'expertise et, renforce la fonction managériale. Les passerelles créées permettraient la réorientation vers ces métiers, en utilisant les UE acquises.

L'évolution de la formation à un niveau master permettrait de faciliter des évolutions de carrière tout au long de la vie. Elle faciliterait les réorientations vers des formes particulières d'exercice du métier de masseur-kinésithérapeute : formation, management, recherche, coordination, prévention…

2. RÉFORMER LA FORMATION

2.1. METHODOLOGIE D'UNE REFORME VERS LE LMD

A l'instar de la profession d'instituteur devenu professeur des écoles, après avoir quitté les écoles normales à caractère professionnel, pour les instituts universitaire de formation des maitres et aujourd'hui les masters universitaires, la profession de kinésithérapeute doit faire évoluer sa formation initiale. Cette évolution doit concerner les contenus de formation mais également le curriculum de formation.

La formation doit former des professionnels éducateurs de santé et thérapeutes aptes à offrir des services à des individus, mais également à des groupes sociaux. « *Traditionnellement,* [la formation] *des professionnels de la santé, la planification et la prestation des services de santé se sont concentrées sur les sciences de la santé individuelles en accordant peu sinon pas d'importance à la coordination et à la collaboration. Afin d'augmenter l'accès et d'améliorer les efficiences, la vision pour la prestation future des services de santé doit se concentrer sur les équipes et modèles de santé en collaboration interprofessionnelle, lesquels assureront aux Canadiens un accès à la bonne personne, au bon moment et au bon endroit* (Association canadienne de physiothérapie, 2006b).

Créer des spécialités de masters répondant aux grands problèmes de santé publique. Les Master 2 pourraient être un atout pour former de façon conjointe dans les domaines de l'éducation, de la gérontologie, de la pédiatrie dans des UE communes à différentes formations professionnelles afin de faciliter la formation et développer les transversalités entre les professions médicales et/ou du sport.

Des UE de Master 2 pourraient également être mises en commun entre professions de santé, ergonomes et Ingénieurs, dans des champs comme l'évaluation, le développement de la qualité, l'innovation technologique et technique…

Enfin des UE spécifiques aux futurs kinésithérapeutes, pourraient être centrées sur l'évaluation et le diagnostic en kinésithérapie, sur la prescription, sur la définition des indications et le diagnostic différentiel, ainsi que sur l'acquisition de compétences avancées dans des domaines particuliers (prévention par la kinésithérapie).

Pour accéder à des savoirs de haut-niveau et aux formateurs experts, il conviendrait de favoriser les enseignements utilisant des moyens innovants et collaboratifs notamment de TICE. Ceci permettra d'accroitre les possibilités d'échanges inter-régionaux, nationaux et internationaux

Assoir l'enseignement sur des laboratoires de recherche en sciences de la vie et du vivant, mais également en sciences humaines et sociales.

Le passage de conventions entre les structures existantes de formation initiales et les universités parait pouvoir se mettre en place très rapidement. Il ouvrirait la voie à des intégrations complètes des structures qui le souhaitent ou qui sont déjà engagées dans des partenariats universitaires. La mise en commun de moyens autorise une universitarisation à budget contraint.

2.2. Les atouts structurels du dispositif universitaire

Le dispositif universitaire de formation présente quelques points faibles et beaucoup d'avantages pour faire évoluer la formation vers plus de lisibilité, plus de souplesse, plus d'efficacité et plus d'expertise.

Les trois années de Licence permettront l'acquisition du socle commun de connaissance et la méthodologique et facilitera la sélection-orientation (L1), puis l'acquisition de savoirs applicatifs (L2 et L3). Les années de master permettront l'acquisition des savoirs nécessaires à la réalisation d'actes sur prescription d'indication ou sur accès direct. A ce stade le professionnel en devenir va acquérir la capacité à identifier les éventuelles contre-indications à la kinésithérapie et la capacité à établir un diagnostic propre, pré-requis à la détermination d'une stratégie thérapeutique individualisée à chaque cas de consultant. Dans le même temps, il va acquérir une maturité professionnelle nécessaire pour appréhender la complexité de l'humain en tant qu'être bio-psycho-social, et des conséquences des pathologies sur le mouvement et le geste. En outre, le niveau master correspond à un niveau de professionnel capable de déterminer des stratégies thérapeutiques avec une visée à long terme et tenant compte des coûts engendrés.

Si le statut d'étudiant des universités ouvre la possibilité d'accès aux bourses de l'enseignement supérieur, elle permet également l'accès aux centres médicaux universitaires et aux CROUS. La formation des masseurs-kinésithérapeutes ne pourra à terme n'être effectuée que dans structures s'appuyant sur des établissements hospitalo-universitaires et/ou des universités de santé, aussi le statut d'étudiant des universités ouvrira des droits facilitateurs pour le suivi des formations par des jeunes issus de tous les milieux sociaux et de tous les territoires. Cet élément est un gage de régulation naturelle dans la répartition démographique (banlieues et campagnes, notamment).

L'universitarisation de la formation permettrait de développer les échanges internationaux (grâce au dispositif ERASMUS, en particulier). La possibilité de suivre une partie de la formation dans une autre université européenne ou de revoir des étudiants issus d'autres pays est une richesse à la fois pour les étudiants et pour les institutions. Ces échanges contribuent à accélérer la circulation des savoirs et des méthodes. La kinésithérapie française souffre trop aujourd'hui de son isolement, en matière de formation et de recherche, notamment.

Le dispositif universitaire est également caractérisé par une implication des étudiants dans la vie des structures et dans les la gestion de ces dernières. C'est un élément de régulation intéressant et un facteur de socialisation.

L'universitarisation de la formation au sein d'un dispositif universitaire, lui-même aujourd'hui en pleine restructuration et regroupement, permettrait de donner plus de lisibilité nationale et internationale à la formation initiale des kinésithérapeutes. Le partenariat avec des pôles de formation et de recherche de dimension nationale voire internationale sera une plus-value intéressante pour la profession et *in fine* pour les usagers.

2.3. Recrutement universitaire par L1

Le recrutement à partir d'une Licence 1 permet de garantir aux futurs professionnels un socle commun de connaissances dans le champ de la santé et des sciences de la vie et du mouvement. Ils auront acquis durant ces deux premiers semestres les compétences méthodologiques et la maturité nécessaire pour entrer dans une formation de professionnel de santé et de thérapeute. Véritable année d'orientation, formation et sélection, elle est également intéressante dans le gain de maturité nécessaire qu'elle permet d'obtenir. Cette première année permet aussi d'ajuster l'orientation en fonction des appétences et des compétences particulières à chacun. Elle est un élément facilitateur aux ré-orientations et passerelles de parcours dans la suite de la vie étudiante et professionnelle des

étudiants. En effet, la licence 1 est également une base qui permettra le cas échéant la réorientation en fonction des volontés stratégiques ou en fonction de l'évolution des besoins de santé. Enfin, elle évite le bachotage stérile des matières de Première et Terminale scientifique, durant de une à trois années en général (Cf. Supra).

Ainsi, cette première année de formation post-bac (qui existe dans les faits pour plus de 99 % des personnes entrant dans la formation depuis la mise en place des quotas en 1981, même dans le cas de concours sur les matières de Terminale) sera valorisée et valorisante, même pour ceux qui ne pourraient entrer en formation. L'expérience acquise par le recrutement par mode dit dérogatoire démontre que la quasi totalité des candidats recrutés par cette voie (i.e . via PCEM1 et Licence 1 STAPS et biologie) depuis 1981 ont validé leur année universitaire

L'universitarisation dès la première année de formation, sélection, orientation de Licence 1 pourrait ouvrir également la porte des bourses d'études universitaires. Cela pourrait être un atout pour plus de mixité sociale et pour voir des jeunes professionnels exercer dans des territoires aujourd'hui délaissés (campagnes ou quartiers « sensibles »). C'est une réponse pragmatique pour lutter contre les déserts médicaux, notamment dans les banlieues. En outre, le recrutement au sein d'une académie pour chaque université, est un élément facilitant la conservation des liens entre l'étudiant et son territoire d'origine et son milieu social. La logique de financement des formations par les régions se trouverait ainsi renforcée.

Le recrutement par une première année universitaire évite un bachotage contre-productif. La première année de formation universitaire d'orientation, sélection et formation (méthodologique et conceptuelle) est très productive. Elle lève en partie les freins financiers à l'accès à la formation.

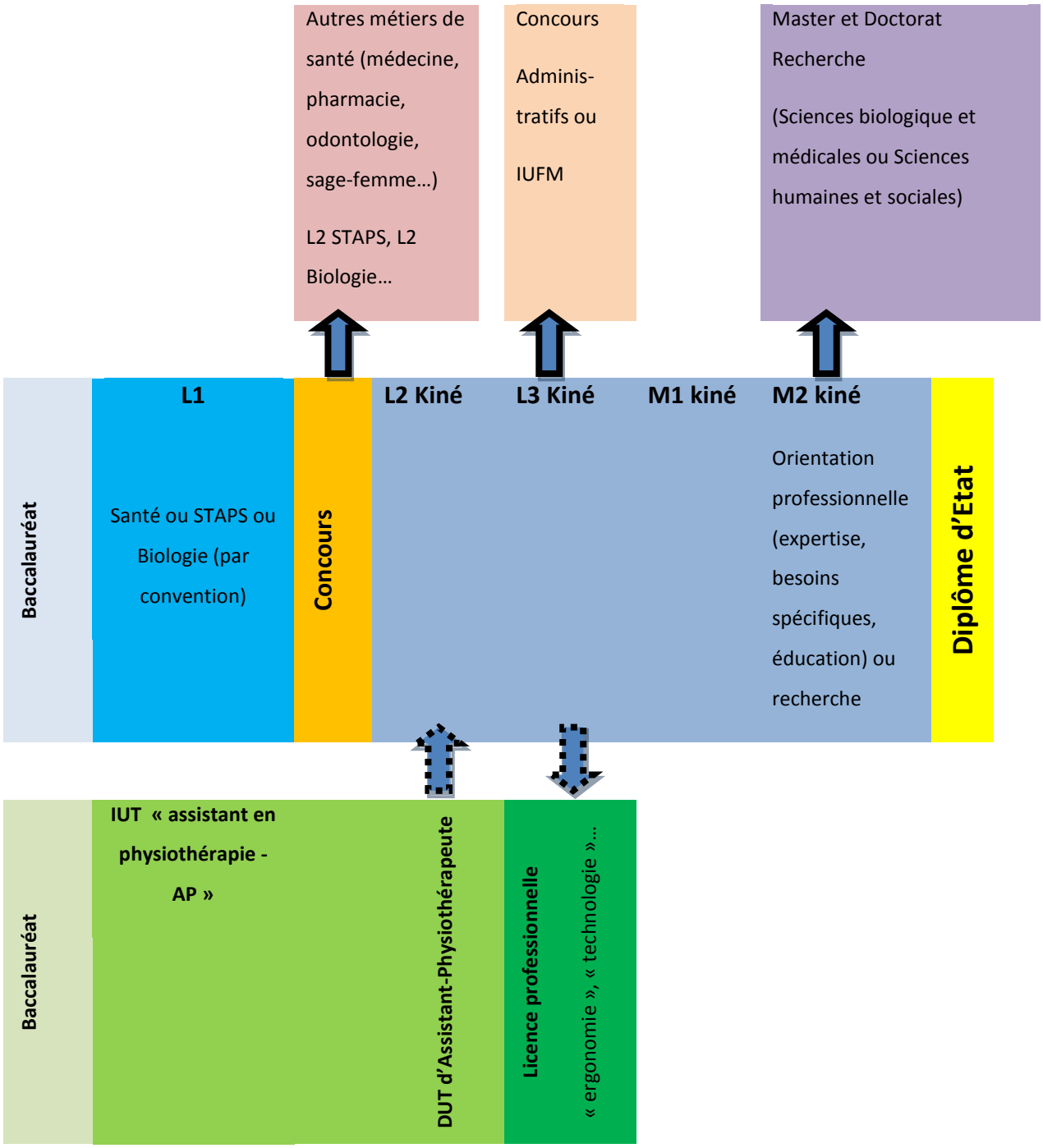


Figure 12 : Dispositif de formation projeté couplant formation courte d'assistant-physiothérapeute en IUT, et formation des masseurs-kinésithérapeutes (physiothérapeutes) sur le modèle international. Les passerelles interprofessionnelles, la flexibilité des parcours individuels et les possibilités de réorientations (ou de poursuite d'étude dans le champ de la recherche) caractérisent ce modèle.

2.4. La formation durant les années de Licence 2 et Licence 3

Durant les deux années suivantes, de Licence 2 et 3, la charge horaire serait répartie entre cours et travail personnel et formation clinique. Elle permettrait de développer les enseignements des disciplines scientifiques de support (biomécanique, neurosciences, anatomie, physiologie, psychologie, sociologie, éducation…) et d'amorcer les acquisitions professionnelles manuelles, technologiques et instrumentales. Notons, que les formations les plus lourdes ne comprennent qu'un millier d'heures de cours et de stage par année universitaire, auquel vient s'ajouter le travail personnel de l'étudiant.

Les savoirs enseignés devront être étayés et s'appuyer sur les productions scientifiques des laboratoires de recherche.

L'objectif général des licences (ou Bachelor au niveau international) est de former des professionnels de niveau technicien supérieur capables d'exécuter des techniques complexes. A contrario, l'objectif général des masters est de former des professionnels de niveau ingénieur en capacité de proposer des actes tout en maitrisant le processus de l'évaluation des besoins à la réalisation, en passant par la conception. Ces définitions sont transversales à tous les secteurs d'activités (primaire, secondaire et tertiaire) (Exemple dans l'informatique[14]).

L'objectif général des licences (ou Bachelor au niveau international) est de former des professionnels de niveau technicien supérieur capables d'exécuter des techniques complexes.

[14] LICENCE
Types d'emplois :Technicien supérieur de la statistique, assistant statisticien, technicien en qualité, assistant ingénieur,data manager, Technicien en actuariat,
http://www.u-paris10.fr/servlet/com.univ.collaboratif.utils.LectureFichiergw?CODE_FICHIER=1227979527034&ID_FICHE=24012
MASTER
Types d'emplois :développeurs-concepteurs d'applications informatiques en PME ou en SSII
http://www.u-paris10.fr/servlet/com.univ.collaboratif.utils.LectureFichiergw?CODE_FICHIER=1227979545260&ID_FICHE=24012
l'encadrement dans un atelier de production d'une entreprise manufacturière, qu'il s'agisse d'une grande entreprise ou d'une PME – PMI ;
→la définition, l'organisation et l'encadrement d'une activité de R&D ou d'étude et développement en appui d'une unité de production ;
→la gestion d'une unité de fabrication (approvisionnements, organisation des postes de travail, gestion des stocks…etc.) ;
→la gestion d'un projet industriel, d'animation et de direction d'une ou plusieurs équipes, dans un contexte local, national et international, dans le respect du droit, de la sécurité et du développement durable.
L'ingénieur en «Système de Production» est capable :
→d'intervenir dans les domaines d'activité aussi divers que : le contrôle de processus, les automatismes, la chaîne de mesure et de commande, la conversion de l'énergie, le dimensionnement des structures, la conception mécanique, le choix de matériaux constitutifs d'équipements de production, la compatibilité électromagnétique, l'électrotechnique, l'informatique industrielle ;
→d'intervenir en robotique manufacturière, qu'il s'agisse de la conception, de la réalisation matérielle et de la programmation ;
→de concevoir une chaîne de mesure et de contrôle intégrant des technologies nouvelles ou actuelles (robotique, vision artificielle) ;
→de prendre en compte la maîtrise et la gestion de qualité, les problèmes de sécurité liés à la production industrielle et les normes environnementales dans le respect des engagements réglementaires ;
→d'assurer un conseil scientifique de haut niveau pour définir les besoins en matériels, produits et procédures pour les entreprises ;
→de garantir un suivi de l'utilisation de ces fournitures ;
→ de conduire une veille scientifique et documentaire.
http://www.polytech-clermontferrand.fr/formation-initiale/departement/iep/fiche-%20RNCP-SP.pdf

2.5. MASTER 1 ET MASTER 2 PROFESSIONNELS

A ce stade la formation vise à former des professionnels aptes à répondre aux besoins de santé sur un territoire en lien avec d'autres professionnels médicaux et paramédicaux. Elle vise ainsi à rendre les individus capables de déterminer les besoins, de concevoir et mettre en œuvre une prise en charge (diagnostic-conception-décision-action), d'en évaluer les effets tout en maitrisant les coûts. Elle doit notamment former des individus capables de concevoir toutes les étapes du processus de contrôle (de la qualité) des actes et de concevoir des procédures ou des instruments.

La multiplicité des champs et des disciplines, la gestion de la complexité de l'humain et des pathologies (conséquences sur le mouvement de pathologies dans toutes les disciplines médicales) impose ce niveau de formation. La possibilité d'intervenir en premier recours (comme aujourd'hui pour tout ce qui n'est pas thérapeutique ou pour tous les actes comme dans le modèle international) est également redevable du niveau master. Ce n'est qu'à ce niveau que la compétence de diagnostic de contre-indication peut être acquise.

La prolongation de la durée de formation, par rapport à la durée française actuelle, permettrait également de réinvestir des champs de santé aujourd'hui délaissés, telle la psychiatrie, ou souffrant d'un manque d'attractivité, telle la gérontologie, par exemple. Elle permettrait de développer, en master 2, des compétences nécessaires pour répondre aux besoins de santé publique :

- évaluation des fonctions cognitives et supérieures (si importante dans la prise en charge des patients atteints d'Alzheimer ou en psychiatrie) ;
- évaluation et activités en gérontologie ;
- évaluation et activités en neurologie ;
- éducation à la santé et prévention par l'activité physique et le mouvement (pour réduire la prévalence de l'obésité, des cancers, des pathologies cardio-vasculaires) ;
- physiothérapie respiratoire (pour répondre aux épidémies de bronchiolites) ;
- évaluation des dispositifs et des structures de rééducation (pour faciliter la structure de réseaux ville-hôpital, par exemple) ;
- …

La formation doit nécessairement intégrer (1) une formation académique (méthodologique, scientifique et technique), (2) une formation clinique et professionnelle s'appuyant sur des stages principalement dans le secteur de la santé et (3) une formation par la recherche concrétisée par la

rédaction d'un mémoire de master de fin d'étude. Les formations de master devront s'appuyer sur les structures de recherche labélisées (universitaires, CNRS, INSERM, INRIA, INRETS, etc.).

La possibilité de réalisation de stage dans un laboratoire au cours du master 2 est un pré-requis indispensable pour la poursuite d'études en doctorat universitaire. Un complément de formation académique sera logiquement demandé selon la discipline investie.

La formation internationale des physiothérapeutes (kinésithérapeutes) est conforme à ce qui est pratiqué en Australie : « *Les domaines de spécialités les plus courants sont la physiothérapie cardio-respiratoire, musculo-squelettique, neurologique, celle de l'activité professionnelle, pédiatrique et du sport. Les spécialisations en physiothérapie de la santé de la femme et en physiothérapie gérontologique sont en cours de préparation. Les programmes de masters mis en œuvre dans les universités en 1990 faisaient suite aux diplômes supérieurs mis en place dans les années 1970* [3]*. Ces programmes de masters offrent une première qualification vers la spécialisation. Le doctorat clinique permet un parcours académique rigoureux vers la spécialisation.*

Avant de s'engager sur la voie de la spécialisation, les candidats doivent avoir complété deux années d'exercice professionnel après la licence avec au moins un an dans le domaine de la spécialité. Le cursus de spécialisation est de trois ans, soit dans le cadre d'un doctorat clinique soit par une voie de spécialisation clinique individuelle. La participation à la recherche, à l'enseignement et au développement professionnel est obligatoire, ainsi que l'exercice clinique, encadré par des spécialistes expérimentés. Le processus de spécialisation est complété par un examen clinique de fin d'études. »

L'objectif général des masters est de former des professionnels de niveau ingénieur en capacité de proposer des actes tout en maitrisant le processus de l'évaluation des besoins à la réalisation, en passant par la conception.

2.6. LA FORMATION DES ASSISTANTS-PHYSIOTHÉRAPEUTES

Afin d'éviter la formation de personnes à qualification diverses chargées d'assister les masseurs-kinésithérapeutes dans leurs tâches quotidiennes, il est indispensable de structurer leur formation pour garantir la sécurité des actes. Des formations courtes, de type BTS ou DUT permettraient de répondre aux besoins dans le champ de la santé et du médico-social (auprès des personnes âgées, des personnes dépendantes, par exemple). C'est le modèle qui a été adopté au niveau international. Il est à souligner que ces formations d'assistant permettent (dans les pays ayant adopté ce modèle) l'accès à une profession de santé à des jeunes issus de baccalauréats généraux (Littéraires et médico-sociaux, notamment).

Une prolongation vers une licence professionnelle est envisageable, soit vers des licences existantes (ergonomie, activité physique adaptée, …), soit vers des licences à créer (assistant de rééducation en géronto-psychiatrie par exemple).

La formation de personnes à qualification diverses chargées d'assister les masseurs-kinésithérapeutes dans leurs tâches quotidiennes est indispensable. Des formations courtes, de type BTS ou DUT permettraient de répondre à ce besoin.

3. FACTEURS DE FAISABILITÉ

3.1. REFORME DES UNIVERSITES

L'universitarisation de la formation de kinésithérapie dans l'université pourrait être facilitée par un contexte de réorganisation du système universitaire français. On assiste, en effet, à des regroupements externes (entre des universités) et internes (entre des Unités de Formation et Recherche – UFR).

Le développement de pôles universitaires de formation et de recherche de dimension internationale est rendu obligatoire du fait de la mondialisation de la formation et de la concurrence internationale. Le Classement dit de Shanghai où seuls, 21 établissements français figurent a impulsé une dynamique de regroupements interuniversitaires réalisés dans un premier temps par la constitution de PRES (Pôle de Recherche et d'Enseignement Supérieur) (Tableau 7). Citons, par exemple, la fusion en cours des universités de Toulouse, Bordeaux, Lyon ou de Bretagne.

Tableau 7 : Classement mondial des universités françaises

Academic Ranking of World Universities - 2009	
Institution	**World Rank**
Pierre and Marie Curie University - Paris 6	40
University of Paris Sud (Paris 11)	43
Ecole Normale Superieure - Paris	70
Louis Pasteur University (Strasbourg 1)	101-151
University of Paris Diderot (Paris 7)	101-151
Joseph Fourier University (Grenoble 1)	152-200
University of Paris Descartes (Paris 5)	152-200
Claude Bernard University Lyon 1	201-302
Ecole Polytechnique	201-302
Industrial Physics and Chemistry Higher Educational Institution - Paris	201-302
Paul Sabatier University (Toulouse 3)	201-302
University of Bordeaux 1	201-302
University of Montpellier 2	201-302
University of the Mediterranean (Aix-Marseille 2)	201-302
Ecole National Superieure Mines - Paris	303-401
Henri Poincare University (Nancy 1)	303-401
University of Paris Dauphine (Paris 9)	303-401
University of Provence (Aix-Marseille 1)	303-401
University of Rennes 1	303-401
Ecole Normale Superieure - Lyon	402-501
University of Lille 1	402-501
University of Nice Sophia Antipolis	402-501
Victor Segalen Bordeaux 2 University	402-501

* Institutions within the same rank range are listed alphabetically.

Extrait de : www.arwu.org (classement 2009)

L'autonomie des universités s'est considérablement accrue depuis la réforme de 2007, conséquence de la Loi Liberté et Responsabilité des Universités (Dite LRU). Les universités sont aujourd'hui autonomes et impliquées dans les dynamiques régionales économiques et sociales. Stimulée par la nécessité de lisibilité internationale et impliquée dans le tissu régional, la constitution de ces PRES ou inter-universités est aujourd'hui une opportunité pour l'évolution des études de kinésithérapie. En effet, tiraillés entre les disciplines médicales, les disciplines du mouvement (STAPS, notamment) et les disciplines de sciences humaines (sciences de l'éducation, principalement), il était parfois difficile

d'établir des partenariats avec des structures dépendant, dans une même ville, d'universités différentes.

Les regroupements externes (entre des universités) et internes (entre des Unité de Formation et Recherche – UFR) sont autant d'éléments favorisant la signature de conventions entre les structures de formation existantes et les universités.

3.2. Une structure interne universitaire en recomposition : des pôles santé & biologie

La restructuration des formations dans le cadre du LMD a poussé les universités à redéfinir les domaines, mentions et spécialités des Licences et Masters délivrés. De façon conséquente, la constitution de pôles universitaires de dimension internationale, autour du domaine « sciences, technologie et santé » conduit au regroupement quasi systématique des UFR de médecine, pharmacie et biologie auxquels s'associent selon les lieux les UFR de Chimie et STAPS dans de grands « Collegium fédératifs ». Dans ces collegium, les transversalités avec les sciences humaines, sociales et politiques existent le plus souvent, permettant ainsi d'enrichir l'éventail de la formation et de la recherche. Ces structures facilitent de fait, un rapprochement entre formation et recherche (appliquée ou fondamentale), ce qui est un facteur d'enrichissement des pratiques et des contenus de formations.

Les transversalités avec les sciences humaines, sociales et politiques existent souvent permettant d'enrichir l'éventail de la formation et de la recherche.

Des collegium fédératifs au sein des universités regroupant les UFR de médecine, pharmacie et biologie notamment, se développent autour des problématiques de santé.

3.3. Des structures de support à fort ancrage professionnel, ayant une expérience des conventions avec l'université

Les écoles de kinésithérapie se sont impliquées dans des partenariats universitaires dont le modèle de départ a été les Instituts universitaires professionnalisés (IUP). Deux projets ont effectivement vu le jour, alors que d'autres sont restés dans les cartons, parfois à un stade très avancé comme à

Toulouse, par exemple. La mise en place du LMD a conduit ces deux IFMK, à modifier la co-validation pour conduire les étudiants à valider un master 1 au cours de leur dernière année de formation.

Concernant le recrutement, 21 IFMK (sur les 39 existants) recrutent par voie dérogatoire en première année de médecine (PCEM1) et de façon complémentaire en Licence 1 STAPS ou biologie, pour une demi-douzaine. Plusieurs IFMK cherchent actuellement à établir des partenariats pour le recrutement et pour le cursus de formation. Les négociations sont ralenties par l'attente de la mise en place du L1 santé et les incertitudes quant aux résultats de réingénierie des diplômes. Pourtant dans des pôles universitaires en recomposition, l'ouverture vers le monde professionnel et la santé est de mise aujourd'hui.

Concernant le recrutement, 21 IFMK (sur les 39 existants) sont déjà en convention avec des universités. Plusieurs sont également en convention pour la suite de la formation.

3.4. Un engagement anticipé des masseurs – kinésithérapeutes dans les formations universitaires

Le tableau de l'Ordre permet de faire une estimation du nombre de kinésithérapeutes, parallèlement titulaires de diplômes universitaires de master ou de doctorat. Aujourd'hui, on peut estimer qu'une petite centaine de kinésithérapeutes sont titulaires d'un doctorat d'université. Pour 60 % d'entre eux, il s'agit de doctorats de sciences biologiques et médicales (biomécanique, neurosciences, sciences cognitives, Activité physique et mouvement, etc.) et pour 40 % d'entre eux, il s'agit de doctorats de sciences humaines et sociales (sciences de l'éducation très majoritairement, psychologie, psychosociologie, sociologie, anthropologie).

Les titulaires d'un master 2 (ou DEA ou DESS) sont beaucoup plus nombreux, environ 300 à 500 personnes, avec les mêmes répartitions disciplinaires. L'intégration de kinésithérapeutes issus de pays où la formation est universitaire explique ces chiffres importants (Cf. Infra).

Près d'une centaine de kinésithérapeute titulaires d'un doctorat d'université et un demi millier de titulaires de masters, renforcés par plus d'un millier de cadres de santé pourraient répondre aux besoins d'évolution de la formation.

3.5. Des étudiants de forte culture scientifique

Le recrutement des étudiants révèle que, hormis les étudiants recrutés par désignation au titre de « sportif de haut niveau » et ceux bénéficiant d'un dispositif de reconversion professionnel (après exercice d'une autre profession paramédicale - 1,5 % des étudiants entrant en formation), **près de 98 % sont lauréat d'un baccalauréat S** (obtenu le plus souvent une mention AB ou B). Lorsque le concours est commun avec le concours de PCEM1, environ les trois-quarts ont la totalité des choix (dont médecine) et tous ont la moyenne générale.

Baccalauréat d'origine (DREES, 2009[15])

Série S (C, D, D', E) : 97,6 %
Série ES (B) : 1,5 %
Série L (A) : 0,5 %
Série STL (F5, F6, F7, F7') : 0,3 %
Série SMS (F8) : 0,3 %

2,1 % des étudiants entrant en première année de formation professionnelle étaient titulaires d'un master ou d'un diplôme d'exercice d'une profession médicale (sage-femme, chirurgien dentiste, médecin) et 3,6 % étaient titulaires d'une licence (L3) ou d'une maitrise (M1).

En fait, quel que soit le mode de recrutement, sur concours portant sur les programmes de terminale S ou selon un mode dérogatoire expérimental (PCEM1, Licence 1 sciences de la vie ou Licence 1 STAPS), les recrutés ne sont pas issus directement du baccalauréat (99,1 %). **Au total, 43,8 % ont suivi une classe préparatoire spécialisée, 45,3 % une première année d'études du 1er cycle des études médicales en faculté de médecine (PCEM1) et 4,6 % des études supérieures dans une autre filière. 1,5 % étaient en situation d'emploi, dans le secteur de la santé ou dans un autre secteur économique.**

98 % des étudiants actuels sont lauréats d'un baccalauréat S et ont suivi au moins une année d'études après le baccalauréat avant d'intégrer la formation.

3.6. Des professionnels formés dans les universités et les Hautes écoles européennes

Bien que difficilement chiffrable année par année, le nombre de professionnels ayant été autorisés à exercer sur le territoire français et ayant été formés à l'étranger est loin d'être négligeable, notamment du fait de l'étranglement des quotas nationaux pendant une dizaine d'années. Les

[15] Feretti C. **La formation aux professions de la santé en 2009.** Série Statistiques. DREES. n° 118, octobre 2007

chiffres de la DHOS laissent à penser que durant les dix dernières années, environ 1000 à 1400 professionnels par an, issus majoritairement de Belgique, ont obtenu l'autorisation d'exercice en France. Une estimation rapide laisse présager 10 à 12 000 professionnels s'étant installés en France, soit 15 à 20 % des professionnels en exercice. Les compétences acquises durant ces formations de 4 ou 5 ans (voire plus en cas d'études complémentaires) a apporté à la profession un vivier de professionnels de haut niveau académique (Master 1 ou 2).

Parallèlement à cette formation hors France, deux instituts de formation français fonctionnent de façon dérogatoire et permettent à leurs étudiants de co-valider une formation universitaire. Il s'agit de l'IFMK du CHU de Grenoble et de l'IFMK du CHU d'Amiens respectivement depuis 2001 et 2002. Chacun de ces instituts a ainsi formé environ 250 à 300 doubles diplômés (DEMK et Master 1). A la suite de cette formation initiale, ou après processus de validation des acquis (professionnels et de l'expérience (VAP, VAE), une cinquantaine de professionnels ont poursuivi un cursus de formation de master 2 (dans des domaines variés : STAPS, sciences cognitives, sciences de l'éducation, ingénierie de la santé, et même de physiothérapie aux USA).

Enfin, la formation au sein des PCEM1 (ou Licence 1 biologie ou Licence 1 STAPS) des deux-tiers des étudiants entrant dans les IFMK français (23 sur 38, IFMK pour déficients visuels inclus) contribue à donner des compétences scientifiques et méthodologiques. Soulignons que les recrutements par PCEM 1 apportent des étudiants ayant non seulement tous validé leur première année de médecine, mais ayant majoritairement été classés en rang utile pour intégrer médecine. Il s'agit donc, majoritairement de choix de première intention et non plus de déçus de médecine (Voir annexe : statistiques de l'université de Tours). Le choix de l'option kinésithérapie est dans la plupart des instituts fait par des étudiants classés dans les mêmes rangs que ceux ce destinant à l'odontologie.

Le mode de recrutement officiel des candidats aux études de masso-kinésithérapie par concours après obtention du baccalauréat est donc devenu de fait, non plus la règle mais une exception.

Tableau 8 : PCEM1 : Exemple de Tours (2008-2009)

http://med.univ-tours.fr/05183560/0/fiche___pagelibre/&RH=1204815452082

type de bac		total	primants	redoublants	médecine	dentaire	kiné	sage-femme	primants reçus quelquesoit la filière	pourcentage des primants reçus	redoublants reçus quelquesoit la filière	pourcentage des redoublants reçus	redoublants en échec	pourcentage des redoublants en échec
bac S	mention TB	113	83	30	74	3	1	6	57	68,67%	27	90,00%	3	10,00%
	mention B	288	209	79	91	7	22	7	63	30,14%	64	81,01%	18	22,78%
	mention AB	356	240	116	51	9	23	13	14	5,83%	82	70,69%	34	29,31%
	mention P	291	242	49	10	5	2	2	1	0,41%	18	36,73%	31	63,27%
Bac ES		9	9	0	0	0	0	0	0	0,00%				
Bac STI		2	2	0	0	0	0	0	0	0,00%				
Bac F11P		1	1	0	0	0	0	0	0	0,00%				
Bac STT		1	0	1	0	0	0	0			0		1	100,00%
Bac STL		9	7	2	1 mention TB	0	0	0	0	0,00%	1	50,00%	1	50,00%
Bac SMS		13	13	0	0	0	0	0	0	0,00%				
Bac étranger		25	13	12	5	0	0	2	2	15,38%	5	41,67%	7	58,33%
	total	1108	819	289	231	24	48	30	137	16,73%	197	68,17%	95	32,87%

Tableau 9 : PCEM1 : Exemple de Tours (2007-2008)

type de bac		total	primants	redoublants	médecine	dentaire	kiné	sage-femme	primants reçus quelquesoit la filière	pourcentage des primants reçus	redoublants reçus quelquesoit la filière	pourcentage des redoublants reçus	redoublants en échec	pourcentage des redoublants en échec
bac S	mention TB	113	83	30	74	3	1	6	57	68,67%	27	90,00%	3	10,00%
	mention B	288	209	79	91	7	22	7	63	30,14%	64	81,01%	18	22,78%
	mention AB	356	240	116	51	9	23	13	14	5,83%	82	70,69%	34	29,31%
	mention P	291	242	49	10	5	2	2	1	0,41%	18	36,73%	31	63,27%
Bac ES		9	9	0	0	0	0	0	0	0,00%				
Bac STI		2	2	0	0	0	0	0	0	0,00%				
Bac F11P		1	1	0	0	0	0	0	0	0,00%				
Bac STT		1	0	1	0	0	0	0			0		1	100,00%
Bac STL		9	7	2	1 mention TB	0	0	0	0	0,00%	1	50,00%	1	50,00%
Bac SMS		13	13	0	0	0	0	0	0	0,00%				
Bac étranger		25	13	12	5	0	0	2	2	15,38%	5	41,67%	7	58,33%
	total	1108	819	289	231	24	48	30	137	16,73%	197	68,17%	95	32,87%

Près de la moitié des nouveaux kinésithérapeutes autorisés à exercer en France chaque année depuis 10 ans sont issus des universités européennes.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

En matière de santé, pour conserver son modèle de protection sociale, la France se trouve confrontée à une triple problématique :

- La demande croissante de soins, liée quantitativement au vieillissement de la population et à la progression de la dépendance, et qualitativement au besoin prégnant de prévention et de bien être physique et moral ;
- La pression économique de l'augmentation des dépenses de santé, tant sur le budget de la protection sociale que sur celui des ménages ;
- La baisse démographique des professions de santé, et particulièrement la réduction du nombre des médecins en activité dans les spécialités de la médecine physique et de réadaptation et de la rhumatologie.

La modernisation de la profession de masseur-kinésithérapeute est l'un des éléments de réponse à ces difficultés :

- A l'interface des métiers du corps, avec un rôle prépondérant dans la prise en charge préventive, curative et palliative des pathologies du mouvement, elle dispose de compétences effectives étendues ;
- Les expériences dans les pays anglo-saxons et d'Europe du nord montrent que l'accès direct aux kinésithérapeutes (physiothérapeutes) est un facteur de maîtrise des dépenses de santé ;
- Plus jeune et moins impactée par choc démographique, elle ne présente pas le même risque d'effondrement de ses effectifs.

Cependant, en France, la réglementation anachronique de la profession confine les masseurs-kinésithérapeutes, lorsqu'ils exercent leur art dans un but thérapeutique, à un rôle d'auxiliaire exécutant les prescriptions médicales. Ils ne peuvent ainsi concevoir et réaliser certains actes réservés aux médecins, ni satisfaire directement aux demandes et aux besoins des patients.

Pour répondre aux besoins actuels et futurs de santé tout en garantissant la qualité des soins, le rapport préconise la rénovation de la formation et de l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute :

L'universitarisation de la formation avec un diplôme d'exercice de niveau master et une filière doctorante permettant :

- De valider des techniques basées sur la preuve à partir de recommandations de bonnes pratiques, non plus définies par des experts sur la seule foi de la littérature anglo-saxonne, mais élaborées aussi à partir de travaux de recherche réalisés dans les universités françaises ;
- De didactiser et d'enseigner les savoirs en kinésithérapie produits par la recherche ;

- D'absorber des effectifs plus importants, intégrant toutes les catégories de la population, en conservant la qualité de la formation et en facilitant la reconnaissance internationale ;

Une pratique rénovée, adaptée aux besoins de la santé publique, avec :

- Un accès direct étendu ;
- Des kinésithérapeutes concepteurs et réalisateurs de leurs actes, en capacité de réaliser la recherche et l'évaluation de leurs pratiques ;
- Le développement de la prise en charge préventive des altérations des capacités fonctionnelles, priorité de santé ;
- La prescription par les kinésithérapeutes de certains actes délégués à des assistants en physiothérapie.

Le Conseil National du Conseil de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes a ainsi adopté les 14 propositions suivantes :

- Formation

1. Permettre aux étudiants l'acquisition de pré-requis méthodologiques et scientifiques en généralisant l'accès par une première année d'étude universitaire (en particulier, L1 santé).
2. Mettre en place un numerus clausus d'accès aux études de masso-kinésithérapie à l'issue de la validation de la première année universitaire (en augmentation par rapport au quota actuel).
3. Définir un quota permettant l'accès à la formation d'autres professionnels (santé, soin et activité physique et sportive…) par validation des unités d'enseignements acquises et par VAE.
4. Faciliter la structuration universitaire de formation en Master et Doctorat en favorisant la coopération entre les instituts.
5. Adapter la formation initiale aux missions actualisées du masseur kinésithérapeute et donner au diplôme d'Etat (diplôme d'exercice) le niveau Master.
6. Créer des diplômes complémentaires de la filière universitaire kinésithérapique à orientations spécifiques (qualifications supplémentaires : cliniques, formation-clinique ou management).

- Exercice

1. Repositionner le masseur kinésithérapeute comme praticien ingénieur de santé en sortant du Livre III des auxiliaires médicaux.
2. Généraliser l'accès à la masso-kinésithérapie en première intention (sauf contre-indication médicale).
3. Ouvrir de nouvelles collaborations entre les professions de santé.
4. Augmenter les possibilités de prescription par les kinésithérapeutes.
5. Permettre la délégation par les masseurs kinésithérapeutes de certains actes qui devront être listés.
6. Créer une profession d'assistant en masso-kinésithérapie destinée à travailler sous prescription du masseur kinésithérapeute.

- Enseignement, Recherche et développement du niveau de preuve

1. Pour former un corps d'enseignant-chercheur, créer une filière universitaire kinésithérapique doctorante, affiliée à une section du CNU (Conseil national des universités).
2. Créer un Institut Fédératif de Recherche (IFR) universitaire national chargé de mettre en oeuvre une politique de recherche et de validation des actes de masso-kinésithérapie.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. Association Canadienne de Physiothérapie. ACCÈS AUX SERVICES DE PHYSIOTHÉRAPIE, Prise de position, Février 2006.
2. Association Canadienne de Physiothérapie. Collaborations et pratiques inter-professionnelles, Novembre 2006.
3. Association Canadienne de Physiothérapie. Compétences essentielles du physiothérapeute, Prise de position, Mars 2007.
4. Attal-Toubert K, Vandeschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) ; Etudes et résultats N° 679, février 2009.
5. Blanchet D. LA DÉMOGRAPHIE DE LA DÉPENDANCE. DONNÉES EUROPÉENNES ET PRINCIPALES QUESTIONS. INSEE, département des études économiques d'ensemble, 2009
6. Conseil Emploi Revenus Cohésion sociale (CERC). Les services à la personne (Sous la dir. De Delors J.). rapport n°8. La documentation Française. Paris 2008
7. COUR DES COMPTES. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Synthèse du rapport Sécurité sociale 2009, Paris, 2009
8. Desesquelles A. Le vieillissement démographique dans les pays développés. Eléments de comparaison et d'analyse des évolutions passées et futures. Age, cohort and activity: a new "social contract"? 1ères Rencontres Sauvy. Institut National d'Etudes Démographiques – INED, 1999.
9. DHOS, (sous la Dir de Millan M, Dardel A). Etude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière. 2008.
10. FEDMER. Médecine physique et de réadaptation : enjeux démographiques de la médecine du handicap. Démographie en MPR, document FEDMER, janvier 2009.
11. Fenina A, Geffroy Y, Minc C, Renaud T, Sarlon E, Sermet C. Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) ; Etudes et résultats N° 504 • septembre 2006.
12. Fenina A, Le Garrec Ma, Duée M. Les Comptes nationaux de la santé en 2008. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) ; Etudes et résultats N° 701 • septembre 2009.
13. Fenina A. Cinquante-cinq années de dépenses de santé. Une rétropolation de 1950 à 2005 Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) ; Etudes et résultats N°572 • mai 2007.
14. Haute Autorité de Santé (HAS). Nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé. Rapport de synthèse des évaluations quantitatives et recueil de l'avis du malade. Juin 2008
15. Jolly D. La formation aux professions de la santé en 2007 DOCUMENT DE TRAVAIL. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) SERIE STATISTIQUES n° 128 – janvier 2009.
16. Leemrijse CJ, Swinkels IC, Veenhof C. Direct access to physical therapy in the Netherlands: results from the first year in community-based physical therapy. Phys Ther. 2008 Aug;88(8):936-46. Epub 2008 Jun 19.

17. McMeeken J. La physiothérapie en Australie. Formation, qualification et exercice. Kinesither Rev 2008;(82):36-44
18. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS). Le métier de masseur-kinésithérapeute. Cabinet Plein Sens, Paris, 2009.
19. Organisation Mondiale pour la Santé (OMS) Travailler ensemble pour améliorer la santé. Rapport sur la santé dans le monde 2006. 2006.
20. Peterson LE, Goodman C, Karnes EK, Chen CJ , Schwartz JA. Assessment of the Quality of Cost Analysis Literature in Physical Therapy. PHYS THER Vol. 89, No. 8, August 2009, pp. 733-755
21. Physiotherapy Canada. DIRECT ACCESS TO PHYSIOTHERAPY. www.physiotherapy.ca (consultation octobre 2009)
22. Plancade JP. Conséquences macroéconomiques *du* vieillissement démographique. Rapport d'information (fait *au nom de la délégation du Sénat pour la planification) rapport* N° 143. Sénat session ordinaire de 1999-2000
23. Prioux F. L'évolution démographique récente en France : l'espérance de vie progresse toujours. Évolution générale et structure par âge. *Population*-F, 63 (3), 2008, 437-476
24. World Confederation for Physical Therapy (WCPT). Declaration of principle. Education, 2007. (revision in 2011)
25. World Confederation for Physical Therapy (WCPT). Position statement. Physical Therapists as Exercise Experts across the Life Span, 2007. (révision in 2011)
26. World Confederation for Physical Therapy (WCPT). Position statement WCPT Guidelines for Physical Therapist Professional Entry-Level Education, 2007.

ANNEXES

ANNEXE 1 : LISTE DES PÔLES MONDIAUX ET NATIONAUX DE COMPÉTITIVITÉ (D'APRÈS HTTP://WWW.COMPETITIVITE.GOUV.FR/)

71 clusters

The CIADT meeting of 12 July 2005 attributed 67 competitiveness cluster labels out of a total of 105 applications. After this date, new applications were received and certain clusters merged, bringing **the current total to 71**.

Of this total, there are **7 global competitiveness clusters** and **10 globally-oriented competitiveness clusters**.

Global competitiveness clusters	Website
Aerospace Valley	Site
Finance Innovation	Site
LYONBIOPOLE	Site
Medicen Paris Région	Site
MINALOGIC	Site
SCS (Solutions communicantes sécurisées)	Site
SYSTEM@TIC Paris Région	Site

Globally-oriented competitiveness clusters	Presentation documents	Website
Alsace Biovalley	Presentation	Site
AXELERA	Presentation	Site
Cap Digital Paris Région	Presentation	Site
Images & Réseaux	Presentation	Site
i-Trans	Presentation	Site
Industries & Agro-Ressources	Presentation	Site
MOV'EO	Presentation	site
Pôle Mer Bretagne	Presentation	Site
Pôle Mer PACA	Presentation	Site
Végépolys	Presentation	Site

Annexe 1 : Liste des pôles mondiaux et nationaux de compétitivité (d'après http://www.competitivite.gouv.fr)

Competitiveness clusters	Presentation documents	Website
Agrimip Innovation	-	Site
Arve Industries Haute-Savoie Mont-Blanc	Presentation	Site
ASTech	Presentation	-
Atlantic Biotherapies	Presentation	Site
Automobile haut de gamme	Presentation	Site
CAPENERGIES	Presentation	Site
Céramique	Presentation	Site
Céréales Vallée	Presentation	Site
Cosmetic Valley	Presentation	Site
DERBI (Développement des énergies renouvelables bâtiment - industrie)	Presentation	Site
Elastopôle	Presentation	Site
ELOPSYS	Presentation	Site
EMC2 (Ensembles métalliques et composites complexes)	Presentation	Site
Fibres Grand'Est	Presentation	Site
Filière équine	Presentation	Site
Filière produits aquatiques	Presentation	Site
Génie Civil Ouest	Presentation	Site
Gestion des risques, vulnérabilité des territoires	Presentation	Site
Imaginove	Presentation	Site
Industries du Commerce	Presentation	Site
Industries et Pin maritime du futur	Presentation	Site
InnoViandes	Presentation	Site
Logistique Seine-Normandie	Presentation	Site
Lyon Urban Truck&Bus 2015	Presentation	Site
MAUD (Matériaux à usage domestique)	Presentation	Site
Microtechniques	Presentation	Site
MIPI (matériaux innovants et produits intelligents)	Presentation	Site

Annexe 1 : Liste des pôles mondiaux et nationaux de compétitivité (d'après http://www.competitivite.gouv.fr)

Competitiveness clusters	Presentation documents	Website
MTA (Mobilité et transports avancés)	Presentation	Site
Nutrition Santé Longévité	Presentation	Site
ORPHEME	Presentation	Site
PASS (Parfums, arômes, senteurs, saveurs)	Presentation	Site
Pegase	Presentation	Site
Photonique	Presentation	Site
PLASTIPOLIS	Presentation	Site
Pôle Cancer-Bio-Santé	Presentation	Site
Pôle Enfant	Presentation	Site
Pôle européen d'innovation fruits et légumes	Presentation	Site
Pôle Nucléaire Bourgogne	Presentation	Site
Prod'Innov	Presentation	Site
Q@LI-MEDiterranée	Presentation	Site
Qualitropic	Presentation	Site
Route des Lasers	Presentation	Site
S²E² (Sciences et systèmes de l'énergie électrique)	Presentation	Site
SPORALTEC	Presentation	-
TECHTERA	Presentation	Site
TENERRDIS	Presentation	Site
TES (Transactions électroniques sécurisées)	Presentation	Site
TRIMATEC (TRIcastin-MArcoule-TEChnologies)	Presentation	Site
UP-TEX	Presentation	Site
Valorial	Presentation	Site
Véhicule du futur	Presentation	Site
VIAMECA	Presentation	Site
Ville et mobilité durables	Presentation	Site
VITAGORA	Presentation	Site

ANNEXE 2 : LES FORMATIONS POSTÉ-GRADUÉES EN AMÉRIQUE DU NORD (EXTRAIT SITE APTA.ORG AU 23/10/2009)

Postprofessional Graduate Educational Programs

The programs listed provide postprofessional graduate educational opportunities for licensed physical therapists. The degrees offered are not necessarily restricted to physical therapy. Additional information about these programs may be obtained by contacting the program director or contact name listed.

NOTE: Inclusion on this list of programs does not indicate approval by APTA or the accreditation of these programs of study by the Commission on Accreditation in Physical Therapy Education (CAPTE).

ARIZONA

Northern Arizona University
Mark Cornwall, PT
Department of Physical Therapy
Box 15105
Flagstaff, AZ 86011
520/523-4092 520/523-4092
Fax: 520/523-9289
Degree(s) Awarded: Postprofessional Transition DPT

A.T. Still University
Arizona School of Health Sciences
Department of Physical Therapy
5850 Still Circle
Mesa, AZ 85206
480/219-6000 480/219-6000
Fax: 480/219-6100
E-mail: onlineinquiry@atsu.edu
Degree(s) Awarded: Postprofessional Transition DPT

Matt Rhea, PhD
Human Movement Program
5850 East Still Circle
Mesa, AZ 85206
480/219-6000 480/219-6000
Fax: 480/219-6100
E-mail: onlineinquiry@atsu.edu
Degree(s) Awarded: Human Movement MS, Post-Graduate Certificates: Sports Conditioning, Geriatric Exercise Science

Annexe 2 : Les formations poste-graduées en Amérique du Nord (Extrait site apta.org au 23/10/2009)

ARKANSAS

University of Central Arkansas
Kevin Garrison, PT, PhD
Department of Physical Therapy
Physical Therapy Building
201 Donaghey Ave
Conway, AR 72035-0001
501/450-5559 501/450-5559
Fax: 501/450-5822
Degree(s) Awarded: PhD, Postprofessional DPT

CALIFORNIA

Loma Linda University
Edd J Ashley, EdD, PT
School of Allied Health Professions
Department of Physical Therapy
Loma Linda, CA 92350
909/558-1000 909/558-1000
Fax: 909/558-0459
Degree(s) Awarded: Postprofessional MPT, Postprofessional DPT, DPTSc

The Ola Grimsby Institute
Ola Grimsby, PT, DMT, FFAAOMPT
4420 Hotel Circle Court, Ste 210
San Diego, CA 92108
619/298-4116 619/298-4116
Fax: 619/298-4225
E-mail: info@olagrimsby.com
Degree(s) Awarded: Doctorate in Manual Therapy, PhD in Orthopedic Manual Therapy

University of California at San Francisco/San Francisco State University
Nancy N. Byl, PT, PhD (UCSF campus)
Linda Wanek, PT, PhD (SFSU campus)
Graduate Program in Physical Therapy
Department of Physical Therapy and Rehabilitation Science
1318 7th Ave, Box 0736
San Francisco, CA 94143-0736
415/476-3147 415/476-3147
Fax: 415/502-0323
Degree(s) Awarded: DPTSc, Post Professional DPT

University of Southern California
Michael O'Donnell, PT, DPT, OCS (DPT Program)
Carolee Winstein, PT, PhD, FAPTA (Biokinesiology)
Department of Biokinesiology and Physical Therapy

1540 East Alcazar St, CHP 155
Los Angeles, CA 90089-9006
323/442-2900 323/442-2900
Fax: 323/442-1515
Degree(s) Awarded: MS, PhD, Postprofessional Transition DPT

Western University of the Health Sciences
Denise Schilling, PT, PhD
Department of Physical Therapy
309 E Second St
Pomona, CA 91766
909/469-5293 909/469-5293
Fax: 909/469-5692
Degree(s) Awarded: Postprofessional Transition DPT

COLORADO

Regis University
Tim Noteboom, PT, PhD
Department of Physical Therapy, G4
3333 Regis Blvd
Denver, CO 80221-1099
303/458-4268 303/458-4268 , Outside of Denver 800/388-2366 800/388-2366 , x4344
Fax: 303/964-5474
Degree(s) Awarded: Postprofessional Transition DPT

University of Colorado Health Sciences Center
Margaret Schenkman, PT, PhD, FAPTA
Physical Therapy Program
Ed 2 South, Room 3106
13121 East 17th Ave, C244
PO Box 6508
Denver, CO 80045
303/724-9375 303/724-9375
Fax: 303/724-9016
Degree(s) Awarded: PhD in Clinical Sciences, Postprofessional Transition DPT
7/1/09 is the last date for accepting applications for the Postprofessional Transition DPT. Those students will be applying for the Fall 2009 semester.

CONNECTICUT

Sacred Heart University
Michael J Emery, PT, EdD, FAPTA
College of Education and Health Professions
5151 Park Ave
Fairfield, CT 06432-1000
203/365-7656 203/365-7656 or 4721

Fax: 203/365-4723
Degree(s) Awarded: Interdisciplinary Advanced Clinical Science MS

University of Hartford
Jacob Harney, PhD
Department of Biology
200 Bloomfield Ave
West Hartford, CT 06117
860/768-4531 860/768-4531
Fax: 860/768-5002
Degree(s) Awarded: MS

DELAWARE

University of Delaware
Lynn Snyder-Mackler, PT, ScD, FAPTA
Physical Therapy Department
301 McKinly Laboratory
Newark, DE 19716
302/831-1543 302/831-1543
Fax: 302/831-4234
E-mail: smack@udel.edu
Degree(s) Awarded: MS, PhD in Biomechanics and Movement Science

FLORIDA

Florida International University
Leonard Elbaum, PT, EdD
Department of Physical Therapy
CH 130 - University Campus
Miami, FL 33199
305/348-3831 305/348-3831
Fax: 305/348-1240
Degree(s) Awarded: MS

Nova Southeastern University
Cheryl Hill, PT, PhD
Health Profession Division
3200 S University
Ft Lauderdale, FL 33328
954/262-7300 954/262-7300
800/338-4723 800/338-4723 , x1662
Fax: 954/262-1783
Degree(s) Awarded: PhD, Postprofessional Transition DPT

University of Florida
Krista Vandenborne, PT, PhD
Department of Physical Therapy
College of Health Professions
Box 100154
Gainesville, FL 32610-0154
352/273-6085 352/273-6085
Fax: 352/273-6109
E-mail: mragland@phhp.ufl.edu
Degree(s) Awarded: PhD

University of Miami
Edelle Field-Fote, PT, PhD
Department of Physical Therapy
Miller School of Medicine
5915 Ponce de Leon Blvd, 5th Floor
Coral Gables, FL 33146-2406
305/284-4535 305/284-4535
Fax: 305/284-6128
Degree(s) Awarded: PhD

GEORGIA

Emory University
Monica George-Komi
Department of Rehabilitation Medicine
Division of Physical Therapy
1441 Clifton Rd
Atlanta, GA 30322
404/727-4002 404/727-4002
Fax: 404/712-4130
Degree(s) Awarded: Postprofessional DPT

ILLINOIS

Governors State University
Department of Physical Therapy
Ann Vendrely, PT, EdD, DPT, tDPT
College of Health and Human Services
One University Park
University Park, IL 60466-0975
Phone: 708/534-7290 708/534-7290
Fax: 708/534-1647
Degree(s) Awarded: Postprofessional Transition DPT

Midwestern University
Doctor of Health Science Degree Program
Sandra J Levi, PT, PhD
555 31st St
Downers Grove, IL 60515
Phone: 630/515-7206 630/515-7206
Fax: 630/515-7224
Degree(s) Awarded: DHS

Rosalind Franklin University of Medicine and Science
Judith L Stoecker, PT, PhD
Physical Therapy Department
3333 Green Bay Rd
North Chicago, IL 60064
847/578-8694 847/578-8694
Fax: 847/578-8816
Degree(s) Awarded: MS, Postprofessional Transition DPT

University of Illinois at Chicago
Christina Hui-Chan, PT, PhD
Professor and Head
Department of Physical Therapy
College of Applied Health Sciences
1919 W Taylor St M/C 898
Chicago, IL 60612-7251
312/996-1502 312/996-1502
Fax: 312/996-3807
Degree(s) Awarded: MS, Doctoral degree (Disabilities Studies and Rehabilitation Sciences)

INDIANA

University of Indianapolis
Peter Rundquist, PT, PhD
Krannert School of Physical Therapy
1400 East Hanna Ave
Indianapolis, IN 46227
800/232-8634 800/232-8634 x3052 or 317/788-3500 317/788-3500
Fax: 317/788-3542
Degree(s) Awarded: MS, MHS, Transitional DPT, DHS

IOWA

Des Moines University
Teri Stumbo, PT, MS
Postprofessional Doctor of Physical Therapy Program
3200 Grand Ave
Des Moines, IA 50312

515/271-1724 515/271-1724
Fax: 515/271-1714
Degree(s) Awarded: Postprofessional Transition DPT

St Ambrose University
Kevin P Farrell, PT, PhD, OCS, FAAOMPT
518 West Locust St
Davenport, IA 52803
563/333-6405 563/333-6405
Fax: 563/333-6410
Degree(s) Awarded: Postprofessional Transition DPT

University of Iowa
Richard K Shields, PT, PhD, FAPTA
Physical Therapy and Rehabilitation Sciences
Graduate Program
1-252 Medical Education Building
Iowa City, IA 52242-1190
319/335-9791 319/335-9791
Fax: 319/335-9707
Degree(s) Awarded: PhD

KANSAS

University of Kansas Medical Center
Lisa Stehno-Bittel, PT, PhD
Department of Physical Therapy Education
3056 Robinson Hall
3901 Rainbow Blvd
Kansas City, KS 66160-7601
913/588-6799 913/588-6799
Fax: 913/588-4568
Degree(s) Awarded: PhD, PT/PhD joint program, Postprofessional Transition DPT

KENTUCKY

EIM Institute in Physical Therapy in Partnership with Private Practice Section
Larry Benz, DPT, MBA
13000 Equity Place
Louisville, KY 40223
Phone: 888/709-7096 888/709-7096
Fax: 502/805-0420
Contact: Marilyn M Doerr, MBA, Program Coordinator
Phone: 502/550-0401 502/550-0401 or 888/709-7096 888/709-7096
E-mail: PMarilyn@evidenceinmotion.com
Degree(s) Awarded: Postprofessional Transition DPT

University of Kentucky
Carl Mattacola, PhD
Rehabilitation Sciences Doctoral Program
College of Health Sciences
900 South Limestone, 126E
Lexington, KY 40536-0200
859/323-1100 859/323-1100 x80579
Fax: 859/323-8957
Degree(s) Awarded: MS, PhD

LOUISIANA

Louisiana State University Health Sciences Center
Gina Sharpe-Pariser, PT, PhD
Department of Physical Therapy
School of Allied Health Professions - LSUMC
1900 Gravier St
New Orleans, LA 70112-2262
504/568-4288 504/568-4288
Fax: 504/568-6552
Degree(s) Awarded: MHS

MAINE

University of New England
Mike Sheldon
Department of Physical Therapy
716 Stevens Ave
Portland, ME 04103
207/221-4591 207/221-4591

Send program inquiries to: Cathlynn DiFrancesco
Degree(s) Awarded: Postprofessional DPT

MARYLAND

University of Maryland
Mary M. Rodgers, PT, PhD, FAPTA
School of Medicine
100 Penn St, Suite 115
Baltimore, MD 21201
410/706-7720 410/706-7720
Fax: 410/706-6387
Degree(s) Awarded: PhD in Rehabilitation Sciences, Postprofessional Transition DPT (No new admissions as of 4/08), DScPT (No new admissions as of 4/08)

Annexe 2 : Les formations poste-graduées en Amérique du Nord (Extrait site apta.org au 23/10/2009)

MASSACHUSETTS

Boston University
Patricia Nemec, PsyD
Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences
635 Commonwealth Ave
Room 519
Boston, MA 02215
617/353-2720 617/353-2720
Fax: 617/353-9463
Degree(s) Awarded: ScD in Rehabilitation Sciences, Postprofessional Transition DPT

MGH Institute of Health Professions
Maura Iversen, PT, DPT, MPH, SD
Graduate Programs in Physical Therapy
Charlestown Navy Yard
36 1st Ave
Boston, MA 02129
617/724-6446 617/724-6446
Fax: 617/724-6321
Degree(s) Awarded: MS, Postprofessional Transition DPT, Certificate of Advanced Study

Northeastern University
Mary Ann Wilmarth, PT, DPT, MS, OCS, MTC, Cert. MDT
270 Ryder - SPCS
360 Huntington Ave
Boston, MA 02115
781/238-8433 781/238-8433
Fax: 781/238-8433
E-mail: m.wilmarth@neu.edu
Degree(s) Awarded: Postprofessional Transition DPT

Simmons College
Lynn Foord-May, PT, PhD, MEd
Department of Physical Therapy
School of Health Sciences at Simmons
Physical Therapy DPT Bridge Program
300 The Fenway
Boston, MA 02115-5898
617/521-2652 617/521-2652
Fax: 617/521-3032
Degree Awarded: Postprofessional Transition DPT

MICHIGAN

Andrews University
Kathy Berglund, PT, ACT, OCS
Postprofessional Degree Program Coordinator
Department of Physical Therapy

Berrien Springs, MI 49104-0420
800/827-2878 800/827-2878
269/471-6076 269/471-6076
Fax: 269/471-2867
Degree(s) Awarded: DScPT, Postprofessional Transition DPT

Oakland University
Beth Marcoux, PT, PhD
Program in Physical Therapy
School of Health Sciences
201 Hannah Hall
Rochester, MI 48309-4475
248/370-4041 248/370-4041
Fax: 248/370-4287
Degree(s) Awarded: MSPT, GCOMPT, GCPR (Graduate Certificate in Orthopedic Manual Physical Therapy, Graduate Certificate in Pediatric Rehabilitation)

Wayne State University
Department of Health Care Sciences
Physical Therapy Program
Eugene Applebaum College of Pharmacy and Health Sciences
259 Mack Ave
Detroit, MI 48201
313/577-1436 313/577-1436
Christine Carlson, PT, DPT, MA
Degree(s) Awarded: Transition DPT

MINNESOTA

University of Minnesota
Carl G. Kukulka, PT, PhD
Program in Rehabilitation Science
Mayo Mail Code 388
420 Delaware St, SE
Minneapolis, MN 55455
612/625-3966 612/625-3966
Fax: 612/625-4274
Degree(s) Awarded: Postprofessional Transition DPT, PhD

MISSOURI

St Louis University
Ginge Kettenbach, PT, PhD
Edward and Margaret School of Allied Health Relations
Department of Physical Therapy
St Louis, MO 63104
314/577-8505 314/577-8505

Fax: 314/577-8513
Degree(s) Awarded: Postprofessional Transition DPT

Washington University
Susan S. Deusinger, PT, PhD, FAPTA
Program in Physical Therapy
4444 Forest Park Blvd
Campus Box 8502
St Louis, MO 63108-2212
314/286-1400 314/286-1400
Fax: 314/286-1410
Degree(s) Awarded: Postprofessional DPT, PhD

NEBRASKA

Creighton University
Gail Jensen, PT, PhD, FAPTA
Professor and Director of the Transitional DPT Program
School of Pharmacy and Allied Health Professions
Department of Physical Therapy
2500 California Plaza
Omaha, NE 68178
800/325-2830 800/325-2830
Fax: 402/280-5739
Degree(s) Awarded: Postprofessional Transition DPT

NEVADA

University of Nevada, Las Vegas
Dr. Ty Druse PT, DPT, ATC
Department of Physical Therapy
4505 Maryland Pkwy
Las Vegas, NV 89154-3029
702/895-3003 702/895-3003
Fax: 702/895-4883
Degree(s) Awarded: Postprofessional Transition DPT (for UNLV PT alumni only)

NEW JERSEY

Richard Stockton College of New Jersey
Elaine L Bukowski, PT, DPT
Postprofessional DPT Program
Jim Leeds Rd
Pomona, NJ 08240
609/652-4416 609/652-4416

Fax: 609/652-4858 c/o Elaine Bukowski
Degree(s) Awarded: Postprofessional Transition DPT

University of Medicine and Dentistry of New Jersey
Sandra Kaplan, PT, PhD
Department of Developmental and Rehabilitative Sciences
Physical Therapy Program
65 Bergen St
Newark, NJ 07107
973/972-8576 973/972-8576
Fax: 973/972-3717
Degree(s) Awarded: PhD

Seton Hall University
Genevieve Pinto Zipp, PT, EdD
School of Graduate Medical Education
400 South Orange Ave
South Orange, NJ 07079
973/275-2075 973/275-2075
Fax: 973/275-2370
E-mail: gradmeded.shu.edu
Degree(s) Awarded: MS, PhD

NEW YORK

Clarkson University
Scott D. Minor, PT, PhD
Department of Physical Therapy
Center for Health Sciences
59 Main St
Box 5880
Potsdam, NY 13699-5880
315/268-3786 315/268-3786
Fax: 315/268-1539
Degree(s) Awarded: Postprofessional MS

Daemen College
Theresa A Kolodziej, PT, DPT, MS
Director of the Transitional DPT Program
Graduate Physical Therapy Department
4380 Main St
Amherst, NY 14226-3592
716/839-8412 716/839-8412
Fax: 716/839-8537
Degree(s) Awarded: Postprofessional Transition DPT

Dominican College
470 Western Highway
Orangeburg, NY 10962

845/359-7800 845/359-7800
Michael Gallucci, PT, EdD
Degree(s) Awarded: Postprofessional Transition DPT

Ithaca College - Rochester Center
Ernest Nalete, PT, EdD
Department of Physical Therapy
1100 South Goodman St
Rochester, NY 14260
585\340-9614
Fax: 585\292-6431
Degree(s) Awarded: Postprofessional Transition DPT (For Ithaca College MSPT graduates)

University of Rochester in collaboration with Ithaca College
Margaret H. Kearney, PhD, RN, FAAN, PhD Programs Director
University of Rochester, School of Nursing
601 Elmwood Ave, Box Son
Rochester, NY 14642
585\275-2375 or 585\273-5764
Fax: 585\756-8299
e-mail: Margaret_kearney@urmc.rochester.edu
Degree(s) Awarded: PhD in Health Practice Research (Nursing, Physical Therapy, Occupational Therapy, and Social work)

Long Island University
Ellen Godwin, PT, MS, PCS
Division of Physical Therapy
Zeckendorf Health Sciences Center - Room 201
One University Plaza
Brooklyn, NY 11201
718/780-4522 718/780-4522
Fax: 718/780-4002
Degree(s) Awarded: Postprofessional Transition DPT

New York University
Wen Ling, PT, PhD
Physical Therapy Department
380 Second Ave
New York, NY 10010
212/998-9400 212/998-9400
Fax: 212/995-4190
Degree(s) Awarded: MA, PhD, Postprofessional Transitional DPT

State University of New York at Buffalo
Peter J. Horvath, PhD
Physical Therapy, Exercise, and Nutrition Sciences
410 Kimball Tower
3435 Main St
Buffalo, NY 14214-3079
716/829-2941 716/829-2941 , x408

Fax: 716/829-2428
Degree(s) Awarded: MS (3), PhD

State University of New York at Stony Brook
Stony Brook Campus:
SUNY at Stony Brook
Health Sciences Center, Level 2
School of Health Technology and Management
Stony Brook, NY 11794-8201

Manhattan Campus:
401 Park Ave South, 2nd Floor
New York, NY 10016

All inquiries:
631/444-6774 631/444-6774
Fax: 631/444-6305
Degree(s) Awarded: Postprofessional Transition DPT

State University of New York - Upstate Medical University
Dale Avers, PT, PhD
Department of Physical Therapy
Room 2227, Silverman Hall
750 Adams St
Syracuse, NY 13214-1834
315/464-6918 315/464-6918
Degree(s) Awarded: Postprofessional Transition DPT

The Sage Colleges
Esther Haskvitz, PT, PhD, ATC
School of Nursing and Health Sciences
Department of Physical Therapy
45 Ferry St
Troy, NY 12180
518/244-4590 518/244-4590
Fax: 518/244-4524
Degree(s) Awarded: Postprofessional Transition DPT

Touro College
Frances Corio, PT, MA, OCS
School of Health Sciences
1700 Union Blvd
Bay Shore, NY 11706
631/665-1600 631/665-1600 , x234
Fax: 631/665-4986
Degree(s) Awarded: Postprofessional DPT

Utica College
Graduate Program in Physical Therapy
1600 Burrstone Rd
Utica, New York 13502-4892
315/792-3089 315/792-3089
Fax: 315/792-3248
Molly H Crist, PT, DPT
Degree(s) Awarded: Postprofessional DPT

NORTH CAROLINA

The University of North Carolina at Chapel Hill
Division of Physical Therapy
Bondurant Hall, Suite 3000
CB #7135
Chapel Hill, NC 27599-7135
919/966-4708 919/966-4708
Fax: 919/966-3678
Contact for Human Movement MS or PhD: Vicki Mercer, PT, PhD
Contact for Transition DPT: Karen McCulloch, PT, PhD, NCS
Degree(s) Awarded: MS, PhD - Human Movement Science, Postprofessional DPT

OHIO

Cleveland State University
Andrew W. Miracle, PhD
Department of Health Sciences
1983 E 24th St, Room HS101
Cleveland, OH 44115
216/687-3567 216/687-3567
Fax: 216/687-3916
Degree(s) Awarded: MSHS

The Ohio State University
John A. Buford, PT, PhD
Graduate Studies
School of Allied Medical Professions
453 W. 10th Ave
Columbus, OH 43210-1234
614/292-5921 614/292-5921
Fax: 614/292-0210
Degree(s) Awarded: MS, PhD

OKLAHOMA

University of Oklahoma Health Sciences Center
Martha Ferretti, PT, MPH, FAPTA
Department of Rehabilitation Sciences
College of Allied Health, Room 237
PO Box 26901
802 NE 13th St
Oklahoma City, OK 73190
405/271-2131 405/271-2131 , x130
Fax: 405/271-2432
Degree(s) Awarded: Postprofessional DSc, PhD

OREGON

Pacific University
Pam Edwards, PT
School of Physical Therapy
Health Professions Campus
222 SE 8th Ave, Suite 333
Hillsboro, OR 97123
503/352-7257 503/352-7257
Fax: 503/352-7340
Degree(s) Awarded: Postprofessional Transition DPT (Suspended admissions May 2008)

PENNSYLVANIA

Arcadia University (formerly Beaver College)
Phil McClure, PT, PhD, FAPTA
Physical Therapy Department
450 South Easton Rd
Glenside, PA 19038
215/572-2950 215/572-2950
Fax: 215/572-2157
Degree(s) Awarded: Postprofessional Transition DPT

Chatham University
Patricia Downey, PT, PhD, OCS
Department of Physical Therapy
Woodland Rd
Pittsburgh, PA 15232
412/365-1199 412/365-1199
Fax: 412/365-1213
Degree(s) Awarded: Postprofessional Transition DPT

Drexel University
Sue Smith, PT, PhD
Physical Therapy and Rehabilitation Sciences
245 N 15th St, MS 502
Philadelphia, PA 19102-1192
215/762-1758 215/762-1758
Fax: 215/762-3886
Degree(s) Awarded: MS, MHS, PhD, Postprofessional Transition DPT

Slippery Rock University
Christopher Hughes, PT, PhD, OCS
Graduate Studies
124 North Hall Welcome Center
Slippery Rock, PA 16057
729/738-2757
Fax: 729/738-2113
Degree(s) Awarded: Postprofessional Transition DPT

Temple University
Margery Lockard, PT, PhD
Department of Physical Therapy
College of Allied Health Professions
3307 North BRd St
Philadelphia, PA 19140
215/707-4815 215/707-4815
Fax: 215/707-7500
Degree(s) Awarded: PhD, Postprofessional Transition DPT

Thomas Jefferson University
Department of Physical Therapy
130 South 9th St
Philadelphia, PA 19107-5233
215/503-3499 215/503-3499
Dr Margaret Ayres, PT, PhD, MS

University of Pittsburgh
Michael Timko, PT, MS, OMT
School of Health and Rehabilitation Sciences
Department of Physical Therapy
6035 Forbes Tower
Pittsburgh, PA 15260
412/383-6630 412/383-6630
Fax: 412/383-6629
Degree(s) Awarded: MS

Widener University
Bob Wellmon, PT, PhD, NCS
Institute for Physical Therapy Education
One University Place
Chester, PA 19013

610/499-1277 610/499-1277
Fax: 610/499-1231
E-mail: rhwellmon@widener.edu
Degree(s) Awarded: Postprofessional Transition DPT

SOUTH DAKOTA

The University of South Dakota
Department of Physical Therapy
414 East Clark St
Vermillion, SD 57069
605/677-5000 605/677-5000
Fax: 605/677-6745
Patrick Cross, PT, DPT
Degree(s) Awarded:

TENNESSEE

University of Tennessee Health Sciences Center
Carol Counts Likens, PT, PhD, MPA
Graduate Program in Physical Therapy
930 Madison Ave, Suite 647
Memphis, TN 38163
901/448-5888 901/448-5888
Fax: 901/448-7545
Degree(s) Awarded: MS, ScDPT

University of Tennessee at Chattanooga
Laurie Chavarria, MBAHC
Department of Physical Therapy
615 McCallie Ave
Chattanooga, TN 37403-2598
423/425-4747 423/425-4747
Fax: 423/425-2215
Degree(s) Awarded: Postprofessional Transition DPT

TEXAS

Baylor University
Graduate School
Waco, TX 76798-7264
210/601-6132 210/601-6132
Dr Jean M Bryan Coe, PT, PhD, OCS
Degree(s) Awarded: Transitional DPT
For Baylor MPT grads 1992-2004 only at this time

Texas Tech University Health Sciences Center
Department of Rehabilitation Sciences
School of Allied Health Sciences
1400 S Coulter #4900
Amarillo, TX 79106
Phone: 806-354-5595 806-354-5595
Fax: 806-354-5591
Lois Stickley, PT, PhD
>Degree(s) Awarded: ScDPT, Transitional DPT

Texas Woman's University (Dallas)
Sue Schafer, PT, PhD, Associate Dean
School of Physical Therapy
8194 Walnut Hill Lane
Dallas, TX 75231
214/706-2310 214/706-2310
Fax: 214/706-2361
Degree(s) Awarded: Postprofessional MS, PhD, Certificate

Texas Woman's University (Houston)
Sharon L. Olson, PT, PhD, Director
School of Physical Therapy
1130 MD Anderson Blvd
Houston TX 77030-7897
713/794-2070 713/794-2070
Fax: 713/794-2071
Degree(s) Awarded: Post-professional MS, PhD, Certificate

UTAH

Rocky Mountain University of Health Professions
561 East 1860 North
Provo, UT 84606
801/375-5125 801/375-5125
Toll-free: 866/780-4107 866/780-4107
Fax: 801/375-2125
E-mail: info@rmuohp.edu
Degree(s) Awarded: Postprofessional Transition DPT, DSc, PhD

The University of Utah
Division of PT
520 Wakara Way
Suite 302
Salt Lake City, UT 84108
801/585-3122 801/585-3122
Fax: 801/585-5629
Joyce Bawden
Degree(s) Awarded:Postprofessional Transition DPT

VIRGINIA

Virginia Commonwealth University
Sheryl Finucane, PT, PhD, Coordinator of Graduate Programs
Department of Physical Therapy
Box 980224
Richmond, VA 23298-0224
804/828-0234 804/828-0234
Fax: 804/828-8111
Degree(s) Awarded: PhD (3)

Old Dominion University
Stacey Plichta, ScD
School of Community and Environmental Health
Norfolk, VA 23529-0288
757/683-4989 757/683-4989
757/683-6333 757/683-6333
Degree(s) Awarded: PhD in Health Services Research

WASHINGTON

University of Washington
Deborah Kartin, PT, PhD, Program Director
Department of Rehabilitation Medicine
Division of Physical Therapy, Suite BB-928
UW Medical Center, Box 356490
Seattle, WA 98195-6490
206/598-5333 206/598-5333
Fax: 206/685-3244
Degree(s) Awarded: PhD in Rehabilitation Science

WISCONSIN

Concordia University Wisconsin
Louise Mollinger, PT, MS
Program in Physical Therapy
12800 N Lake Shore Dr
Mequon, WI 53097
262/243-4433 262/243-4433
Fax: 262/243-4506
Degree(s) Awarded: Transitional DPT

Marquette Univeristy
Lawrence Pan, PT, PhD
Physical Therapy Department
PO Box 1881
Milwaukee, WI 53201-1881

414/288-7161 414/288-7161
Fax: 414/288-5987
Degree(s) Awarded: Interdisciplinary PhD (emphasis in rehabilitation)

University of Wisconsin-La Crosse
Dennis CW Fater, PT, PhD, Cert, MDT, CSCS
Department of Physical Therapy
1725 State St
4033 Health Science Center
La Crosse, WI 54601
608/785-8470 608/785-8470
Fax: 608/785-8460
Degree(s) Awarded: MS

University of Wisconsin - Madison
Gary Diffee, PhD
Department of Kinesiology
2000 Observatory Dr
Madison, WI 53706-1121
608/262-8730 608/262-8730
Fax: 608/262-1656
Degree(s) Awarded: MS

University of Wisconsin - Madison
Debora Treu, Student Services Coordinator
Graduate Program In Clinical Investigation
Institute for Clinical and Translational Research
4240 Health Sciences Learning Center
750 Highland Ave
Madison, WI 53705
608/262-3768 608/262-3768
Degree Awarded: PhD in Clinical Investigation

University of Wisconsin - Milwaukee
Kathryn Zalewski, PT, PhD
Physical Therapy Program, Pav 383
PO Box 413
Milwaukee, WI 53201-0413
414/229-3367 414/229-3367
Fax: 414/229-3366
Degree(s) Awarded: Postprofessional Transition DPT

CANADA

McGill University
Annette Mainemer, PhD
School of Physical and
Occupational Therapy
3654 Drummond St

Montreal, QC H3G 1Y5
CANADA
514/398-4504 514/398-4504
Fax: 514/398-6360
Degree(s) Awarded: MSc, PhD

The University of Western Ontario
Doreen Bartlett, PT, PhD
School of Physical Therapy
Elborn College, Room 1588
London, Ontario N6G 1H1
CANADA
519/661-3360 519/661-3360
Fax: 519/661-3866
Degree(s) Awarded: MS

University of Alberta
Sandra Curwin, PhD
Faculty of Rehabilitation Medicine
2-50 Corbett Hall
Edmonton AB T6G 2G4
CANADA
403/492-0840 403/492-0840 , x9674
Fax: 403/492-1626
Degree(s) Awarded: MSc - PT

University of British Columbia
Susan Schmiesing
School of Rehabilitation Sciences
T325-2211 Wesbrook Mall
Vancouver BC V6T 2B5
CANADA
604/822-7392 604/822-7392
Fax: 604/822-7624
Degree(s) Awarded: MSc

University of Manitoba
Dr. Tony Szturm
School of Medical Rehabilitation
258-770 Bannatyne Ave
Winnipeg MB R3E OW3
CANADA
204/787-4794 204/787-4794
Fax: 204/789-3927
Degree(s) Awarded: MSc

University of Toronto
Helene Polatajko, PhD
Graduate Department of Rehabilitation Science
Faculty of Medicine

500 University Ave Rm 160
Toronto, Ontario M5G IV7
CANADA
416/978-5936 416/978-5936
Fax: 416/946-7102
Degree(s) Awarded: MSc

[Last updated: 10/05/09 | Contact: education@apta.org]

Extrait des recommandations de Bologne :

"Bachelor-level degree is a higher education qualification the extent of which is 180 to 240 credits (ECTS). It normally takes three to four years of full-time study to complete the degree. Bachelor-level degrees play an important role in the life-long learning paradigm and learning to learn skills should be an essential part of any bachelor-level degree."
http://www.bmwf.gv.at/fileadmin/user_upload/europa/bologna/seminar_bachelor_degrees.pdf

ANNEXE 3 : DIPLÔME NATIONAL DE MASTER

Direction
de l'enseignement
supérieur

Service
des contrats
et des formations
Sous-direction
des certifications
supérieures et de la
professionnalisation
Bureau des écoles
d' ingénieurs
DES-A12
n°0 3 0 3 6 8
Affaire suivie par
Florentine PETIT
Téléphone
01 55.55.60.39
Fax
01 55.55 65 65
Mél.
florentine.petit @education.gouv.fr

110 rue de Grenelle
75357 Paris 07 SP

Paris le 14 Mars 2003

Le ministre de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche

à

Mesdames et Messieurs les présidents et directeurs des établissements d'enseignement supérieur habilités à délivrer le diplôme d'ingénieur

Objet : mise en œuvre du diplôme national de master dans les établissements habilités à délivrer le diplôme d'ingénieur

Le diplôme national de master (DNM) s'inscrit dans le cadre réglementaire fondant la construction de l'espace européen de l'enseignement supérieur et le schéma licence-master-doctorat (LMD).

Dans un contexte d'internationalisation croissante des systèmes d'enseignement supérieur, ce diplôme a été conçu afin de répondre à la diversité des besoins exprimés par les divers types d'établissements français, dans le respect du principe de leur autonomie pédagogique et scientifique.

Les établissements habilités à délivrer le diplôme d'ingénieur sont invités à participer à cette offre de formation diversifiée. Sans modifier leurs filières majeures conduisant à la délivrance du diplôme d'ingénieur, ils pourront créer de nouveaux cursus valorisant leurs compétences au niveau master, susceptibles d'être attractifs pour les étudiants du monde entier.

Ces cursus spécifiques seront évalués dans le cadre d'un dispositif national capable de prendre en compte, au niveau le plus élevé, les exigences scientifiques et technologiques sur le plan international.

L'article 15 de l'arrêté du 25 avril 2002 précise que le diplôme national de master peut être délivré par les

établissements d'enseignement supérieur relevant de la tutelle du ministre chargé de l'enseignement supérieur ou de ministres autres que ce dernier, et habilités par l'Etat à délivrer des diplômes conférant le grade de master.

Dans le cadre de ces dispositions, le diplôme de master sanctionne un haut niveau de compétences professionnelles. Il a la qualification de diplôme national, ce qui permet à ses titulaires d'obtenir le grade universitaire de master.

Cet article prévoit également la mise en place de commissions spécialisées chargées de l'évaluation nationale périodique relatives aux formations conduisant au diplôme de master.

Dans ce contexte, la présente circulaire a pour objet de vous présenter le dispositif d'évaluation en cours d'élaboration ainsi que les procédures prévues qui feront l'objet de textes réglementaires prochainement publiés.

1 – Le dispositif d'évaluation

- **La mission scientifique technique et pédagogique (MSTP)**

Le master est un élément déterminant de l'image de marque de l'enseignement supérieur français à l'étranger et aura vocation à assurer son rayonnement. De cette idée, découle que tous les masters français quels que soient leurs objectifs (master recherche ou master professionnel) et les établissements qui les proposeront, doivent répondre à de hautes exigences de qualité scientifique et technologique.

C'est pourquoi tous les masters feront l'objet d'un avis d'expertise de la nouvelle mission scientifique, technique et pédagogique (MSTP), mise en place auprès des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la recherche.

La MSTP aura à vérifier la compétence et la qualité des équipes porteuses du projet, dans la mesure où les étudiants formés à ce niveau doivent avoir été confrontés aux avancées les plus récentes des sciences et des techniques. L'engagement scientifique des équipes de formation dans les champs disciplinaires concernés sera garanti par les productions des membres des équipes, que ces productions relèvent de recherches fondamentales ou de recherches finalisées. Ce critère est essentiel pour

toute l'offre française de master.

S'agissant des masters professionnels, la participation aux équipes de formation d'intervenants professionnels qualifiés sera attestée par le niveau réel de responsabilités que ceux-ci exercent dans le domaine professionnel concerné.

La MSTP qui se met en place sera constituée de manière à pouvoir apprécier les diverses finalités du diplôme national de master.

Pour ce faire, elle fonctionnera avec des experts issus de l'ensemble des composantes du monde académique, scientifique et professionnel.

La MSTP rendra son appréciation dans un délai de 5 semaines. Elle a vocation à pouvoir être saisie par l'ensemble des ministres dès qu'ils ont besoin d'une expertise.

- **La commission d'évaluation du diplôme national de master pour les établissements habilités à délivrer le diplôme d'ingénieur**

L'expertise effectuée par la mission scientifique, technique et pédagogique est nécessaire mais elle n'est pas suffisante. Il convenait en effet de tenir compte des spécificités du système d'enseignement supérieur français afin de prendre en compte, dans le dispositif master, l'identité de ses diverses composantes pour vérifier la pertinence des masters professionnels au regard de l'environnement économique, social et culturel national ou international et du bénéfice à en attendre pour l'insertion des étudiants.

Dans cette perspective et en application de l'article 15 de l'arrêté du 25 avril 2002 précité, il est créé une commission nationale chargée de l'évaluation du diplôme national de master mis en œuvre par les établissements d'enseignement supérieur habilités à délivrer le diplôme d'ingénieur.

Cette instance est composée de 20 personnalités qualifiées françaises ou étrangères, choisies en raison de leurs compétences pédagogiques, scientifiques ou industrielles, dans le domaine des formations d'ingénieurs. Elle comprend des personnalités issus des établissements d'enseignement supérieur concernés ainsi que des personnalités issues des milieux économiques.

La commission évaluera la pertinence des formations conduisant au diplôme national de master, au regard des critères qui fondent la qualité des établissements

habilités à délivrer le diplôme d'ingénieur, et dans la perspective d'accroître le rayonnement de l'offre française dans le contexte européen et mondial et d'assurer la cohérence du dispositif national. En particulier, elle évalue la qualité des partenariats transnationaux éventuellement mis en œuvre, ainsi que celle des innovations pédagogiques proposées.

La commission pourra disposer de l'expertise scientifique et technique des équipes de formation produite par la mission scientifique, technique et pédagogique.

La commission d'évaluation se prononcera dans un délai maximum de quatre mois après le dépôt d'un dossier d'habilitation auprès du secrétariat de la commission assuré par la direction de l'enseignement supérieur.

Comme le prévoit l'article 15, les décisions d'habilitations seront prises conjointement par les ministres en charge des formations d'ingénieurs, sous la forme d'un arrêté interministériel (ministre chargé de l'enseignement supérieur et ministres chargés de la défense, de l'industrie, des télécommunications, de l'équipement, de la santé et de l'agriculture).

• Ainsi construit, le système est à la fois adapté et réactif. Il fonde la valeur du diplôme national sur le dispositif d'évaluation et donne ainsi à l'étudiant l'assurance d'une qualification reconnue. En même temps, la procédure est conçue pour analyser les propositions dans des délais resserrés, ce qui permet, notamment, d'accompagner efficacement les établissements dans la construction de masters en partenariat avec des établissements étrangers et de conférer le label de l'Etat à toutes les initiatives de qualité.

• Chacun comprend la nécessité de rendre l'offre française de formation compréhensible et clarifiée.

Avant la parution de l'arrêté du 25 avril 2002, l'offre de formation master a été anticipée par des établissements qui proposent, soit seuls, soit dans le cadre de partenariats avec des universités étrangères, notamment européennes, des formations conduisant à des diplômes d'établissement dénommés " masters ".

Au 31 août 2003, ces appellations ne pourront être maintenues, les établissements concernés bénéficieront donc d'un examen prioritaire dans le cadre de la procédure d'évaluation précitée, ce qui ne leur interdit évidemment pas de proposer des projets nouveaux.

- Enfin, j'attire votre attention sur le fait que le diplôme national de master présente l'avantage de conférer à ses titulaires le grade de master, ce qui en vertu de l'article 8 de l'arrêté du 25 avril 2002 relatif aux études doctorales facilite l'accès à la préparation d'un doctorat.

2 – Procédure et calendrier

Les demandes d'habilitation à délivrer le diplôme national de master, en application de la présente circulaire et des dispositions de l'article 15 de l'arrêté précité, devront être adressées en **30 exemplaires**, par les chefs d'établissement, **avant le 30 avril 2003** au :

MINISTERE DE LA JEUNESSE, DE L'EDUCATION NATIONALE ET DE LA RECHERCHE - Direction de l'enseignement supérieur - Bureau des écoles d'ingénieurs - 99 rue de Grenelle - 75007 Paris (Mme. Diane Chesnais : tél. 01 55 55 66 25/e-mail : diane.chesnais@education.gouv.fr)

Si vous ne faites pas partie des établissements sous la tutelle du ministère chargé de l'enseignement supérieur, vous en adresserez **simultanément deux exemplaires** au ministère dont vous relevez.

Vous trouverez en **annexe 2**, la liste des institutions et personnes auxquelles vous devrez adresser les dossiers.

Ces dossiers présentent l'offre proposée avec une grande liberté mais selon la trame prévue en **annexe 1**.

* *

*

La mise en œuvre du diplôme national de master vise trois objectifs:

renforcer la qualité de notre système d'enseignement supérieur dans le contexte international en rendant plus lisibles ses domaines de compétence;

faciliter de ce fait les opérations partenariales entre établissements français et étrangers, notamment européens;

adapter notre dispositif de labellisation

nationale en rénovant notre conception du diplôme national tout en apportant aux étudiants, aux établissements et aux entreprises la garantie de l'Etat.

Toutes les composantes de l'enseignement supérieur français doivent concourir à cette ambition commune.

Dans ce contexte, les établissements habilités à délivrer le diplôme d'ingénieur ont à prendre toute leur place. C'est dans ce but que les mesures présentées par le présent texte ont été élaborées d'un commun accord entre les divers départements ministériels concernés.

ANNEXE 4 : ARGUMENTAIRE HABILITATION UNIVERSITAIRE

Rédacteur : Franck Gatto (PhD, HDR, Maitre de conférence des universités)

La formation professionnelle des MK en Master 2

1 Rôle et place de la recherche dans une formation professionnelle

L'adossement à la recherche est fondamental dans une formation de Master, et dans une formation aux métiers de professionnels de la santé. Quelle est la visée et les objectifs, de l'articulation d'une formation professionnalisante de MK à l'adossement à la recherche ?

Même s'il est important que de futurs professionnels puissent par la suite poursuivre leurs études en menant une recherche en thèse dans une discipline connexe ou dans la discipline de MK (à créer), portant ou non sur leur expérience professionnelle, la visée première ici n'est pas de former de futurs enseignants-chercheurs.

L'adossement à la recherche n'a de sens et d'intérêt que s'il colore toute la formation.

Il est attendu que dans tous les enseignements de savoirs et de techniques cet adossement permette aux professionnels en formation de comprendre et de s'approprier la complexité et le caractère dynamique des savoirs en jeu, leur dimension problématique, la nécessité de dépasser les évidences, les opinions pour pouvoir s'appuyer sur des critères rigoureux pour penser et agir dans les situations de soins.

Cette approche réflexive et critique est indispensable pour réaliser des actes de masso-kinésithérapie de qualité. La variété des situations de soins à affronter et des personnes à soigner rend caduques les formations de type applicatif ou normatif qui ne développe pas cette réflexivité.

Pour développer cette attitude réflexive vis-à-vis des pratiques professionnelles (techniques de soins, savoir à enseigner aux patients et aux stagiaires …) le contact avec la recherche et/ou des chercheurs sur un module d'initiation à la recherche ne suffirait pas et n'aurait pas d'effet formateur.

L'initiation à la recherche ne peut pas constituer un enseignement séparé dans un séminaire autonome en fonction des laboratoires d'adossement.

Elle doit être intégrée à tous les enseignements (académiques, techniques, didactiques, pédagogiques et articulées aux différentes formes de travail dans un Master (les stages en particulier). Elle ne concerne pas que les disciplines académiques correspondant aux contenus d'enseignement. Elle doit toucher tous les aspects de l'activité professionnelle, même les plus ordinaires, qui sont des objets légitimes pour une activité d'analyse fondée sur un corps de savoirs établis, des méthodes précises, une tradition disciplinaire impliquant une épistémologie. La forme et la visée de ces enseignements liées à la recherche doivent évoluer au cours des 4 semestres. Progressivement le futur MK devra faire un choix entre plusieurs perspectives pour mener lui-même une activité de réflexion ayant certaines caractéristiques de la recherche sur une dimension ciblée de son activité professionnelle, dans un mémoire dont il élaborera le projet dés la fin du second semestre. Au premier

semestre des séminaires en liens étroits avec les contenus d'enseignement travaillés, placeront l'étudiant en contact avec quelques problématiques et méthodes de recherche relatives à ces contenus. Au second semestre, une pratique du futur MK à travers un mémoire travaillé dans un séminaire de son choix sur un aspect de la pratique du MK. Ainsi conçue de façon intégrée à l'ensemble de la formation, la recherche peut atteindre 25% des enseignements sans que cela soit au détriment des objectifs de la professionnalisation.

2 La cohérence entre les composantes de la formation et l'intégration des stages

Une formation professionnalisante de MK ne peut pas reposer sur une juxtaposition d'unités d'enseignement, et de stages indépendants les uns des autres. Si les stages sont conçus seulement comme contact avec le terrain les enseignements académiques (ceux centrés sur les contenus disciplinaires d'enseignement ou ceux centrés sur les disciplines contributives) risquent d'être privés de leur sens et de leur efficacité parce qu'ils ne seraient pas en prise sur les problèmes rencontrés dans l'exercice du métier. L'observation et la pratique sur le terrain doit être guidée et orientée par des objectifs précis et ses apports intégrés dans les enseignements. Inversement les enseignements académiques doivent être problématisés en référence avec les compétences exigibles d'un MK, avec les choix, les problèmes épistémiques, relationnels, organisationnels qu'ils auront à affronter.

Il faut donc concevoir de façon intégrée enseignements, stages, apprentissages méthodologiques liés à toutes les formes d'écrits et de pratiques exigibles à une formation de niveau de Master.

La dimension professionnelle et transversale de la formation, comme la dimension didactique ne relève pas seulement de savoir-faire pratiques ou d'injonctions générales. Elle comporte des corps de savoirs institués relevant de disciplines reconnues avec lesquels les futurs MK doivent être familiarisés faut de quoi la part professionnelle serait réduite à des tours de mains et les MK ne seraient pas armés contre les évidences de la simple opinion. Inversement ses savoirs ne prennent sens qu'en fonction des situations complexes de l'exercice du métier.

La progression dans le master ne peut donc pas être conçue sur un mode successif : développement du socle de connaissances académiques, puis application, techniques de transmission et contact avec le terrain. Il faut organiser la progression de la formation en fonction d'une logique axée sur la prise de conscience des futurs MK des devoirs et des exigences multiples du métier, sur le plan épistémique et sur le plan éthique comme sur celui de la prise en compte des patients tels qu'ils sont.

Une réflexion est à travailler sur l'engagement et les valeurs qui sous-tendent l'exercice du métier et sur les choix complexes auxquels confronte la réalité de cet exercice.

3 Deux ordres d'exigence s'imposent à toute formation professionnelle universitaire

Le premier concerne le titre de formation professionnelle. Une telle formation doit pourvoir aux besoins de savoir qui permettront aux étudiants d'assumer, au double plan, conceptuel et technique, dans la durée, la totalité des actes requis par leur métier.

L'université doit donc refuser toute discrimination entre des actes professionnels jugés nobles, qui serait de son ressort, et d'autres jugés sans noblesse qu'elle donnerait aux IFMK.

Le caractère authentique d'une formation professionnelle de qualité exige que ses responsables déclarent nettement comment ils réalisent l'inventaire permanent des questions qui se posent à la profession et comment s'opère la construction continuée, scientifiquement fondée, des réponses que la formation apportera à ces questions. Juger une formation à la qualité de ses réponses n'a rien d'original mais il faut se garder d'ignorer les réponses qui manquent simplement parce que les questions correspondantes n'auront pas été posées. Le caractère universitaire d'une formation de MK bute sur une distinction entre les savoirs désignés scientifiques ou universitaires et les savoirs appelés savoirs pratiques. Tout savoir doit être réputé professionnel ! En effet la présence de tel savoir universitaire ne doit dépendre que s'il est utile pour répondre de manière fondée, intelligible et efficace aux questions de la profession.

4 Les savoirs à enseigner et les savoirs pour pratiquer

Parmi les savoirs du MK il est classique de distinguer les savoirs à enseigner en MK et les savoirs pour pratiquer la MK. Les savoirs pour pratiquer la MK ne sont pas seulement des savoirs de médecine, de biomécanique, de physio-pathologie, d'anatomie… Ce sont aussi des savoirs en sciences humaines et sociales car la pratique de la MK est bien une pratique inter-humaine. Les savoirs en sciences humaines et sociales sont indispensables pour la pratique de MK de qualité : historiques, économiques, sociologiques, éducatifs, psychologiques … Il incombe donc aux responsables de formation de recenser, de didactiser et de former les MK à la relation humaine.

La formation professionnelle ne doit pas insérer dans sa formation des morceaux de savoirs universitaires sans vraie pertinence pour la profession. Il est nécessaire de donner des réponses scientifiques construites à la pratique professionnelle.

5 Structuration

ASPECTS FORMATION A ET PAR LA RECHERCHE
La formation à et par la recherche est organisée de la manière suivante : les unités d'enseignement convergent du premier semestre où sont mises en place les compétences et connaissances individuelles en matière de soins MK est couronné par deux épreuves. La première (uniquement dans le parcours professionnel) étant une mise en situation d'analyse d'une séquence de soins MK fournie à des groupes de 4 à 6 étudiants qui en font un approche globale en problématisant avec une notation individuelle mais des critères fondés sur les compétences individuelles et collectives (Le Boterf, 1994) et la seconde étant, plus classiquement, la soutenance du mémoire de recherche ou professionnel devant une commission du jury composée de trois membres, le directeur de mémoire, le maître de stage et le président de la commission étranger à l'accompagnement des travaux et du mémoire. Cette formation à et par la recherche s'applique donc aussi bien au mémoire de recherche qu'au mémoire professionnel (Étienne, 2008) même si les critères d'évaluation diffèrent.

ASPECTS FORMATION PROFESSIONNELLE ET COMPETENCES TRANSVERSES
Les aspects de formation professionnelle sont essentiels et reposent tant sur les modalités de formation inspirées de la didactique professionnelle (Pastré, 2006) et de *l'agir professionnel* (Bucheton, 2009) que sur le fond de la formation puisque c'est dans le cadre de la réalisation d'un projet concernant les soins MK que s'inscrit la « *dramatique* » de la formation en alternance rapide et intégrative. La présence de professionnels et la coopération avec les maîtres de stage renforce le cycle pratique-théorie-pratique (Altet, 2006) ou action-réflexion sur l'action-théorisation-retour à l'action (Étienne, 2009).

ASPECTS FORMATION CONTINUE ET PAR ALTERNANCE
Les aspects de formation continue résident dans l'accès par VAP, VAE et dans les modalités d'acquisition des ECTS dans un cadre souple mais contrôlé (INRP, 2009). La formation par alternance a fait le choix de *l'alternance rapide* et *intégrative*, c'est-à-dire d'une alternance au cours de la même semaine et ce pendant les 26 semaines de la formation sous ce régime, ce qui dégage du temps pour la rédaction du mémoire qui peut être entamée au mois d'avril pour aboutir à une soutenance en juin ou en septembre. La présence d'un stage complémentaire de 50 heures laissé à l'initiative de la personne en formation respecte sa dose d'autonomie, objectifs et moyens de la formation. La coopération entre les deux interlocuteurs que sont le directeur de mémoire et le maître de stage renforce la volonté de « reliance » qui permet de construire le sens par des rencontres régulières mais aussi à l'initiative d'une des parties.

INTITULE DE LA MENTION
Masso-Kinésithérapie

RESPONSABLE(S) DE LA MENTION

OBJECTIFS SCIENTIFIQUES ET *PROFESSIONNELS* DE LA SPECIALITE

Les compétences repérées par rapport à l'univers de la recherche (A), et du soin MK (B), sont :

A/ les compétences en recherche

- Déterminer et délimiter une question et/ou une hypothèse de recherche sur le soin (évaluation, techniques …) de MK
- Réaliser un état des lieux de la recherche
- Construire un dispositif de recherche : population et outils d'enquête
- Traiter les données
- Produire, analyser et interpréter les résultats de recherche
- Dégager à partir des résultats de nouvelles perspectives de recherche

B/ les compétences professionnelles

- Conceptualiser, évaluer, élaborer, mettre en œuvre des projets et des actions d'évaluation, d'éducation en santé et de soins en MK.
- Construire et réaliser des dispositifs d'évaluation, d'éducation en santé et de soins en MK.
- Accompagner le changement dans le souci du développement de l'autonomie des acteurs du champ de la santé.
- Organiser, encadrer et gérer des activités d'évaluation, d'éducation en santé et de soins en MK.
- Se référer à des théories et à des modèles pour analyser et réguler les pratiques.
- Réaliser et de présenter des travaux de recherche.
- Ecrire des articles scientifiques et professionnels.
- Effectuer toutes sortes d'opérations ingéniérales en relation d'évaluation, d'éducation en santé et de soins en MK.

ASPECTS FORMATION A ET PAR LA RECHERCHE

S'initier à la recherche n'est plus réservé à la formation des chercheurs. La mise en oeuvre de ce projet modifie le rapport de l'étudiant au savoir. « On passe d'une transmission de savoir par le formateur à une production de savoir, en favorisant motivation et appropriation du savoir par une pédagogie du projet » (Altet, Fabre, 1994). La formation à la recherche relève d'enjeux éducatifs et sociaux, liés à la formation de chercheurs, mais aussi à la professionnalisation des métiers de l'éducation (Barbier, Demailly, 1994). Passer d'un enseignement monoréférentiel de la recherche (méthode expérimentale), à un enseignement basé sur la pluralité des modèles d'élaboration de la connaissance scientifique, relève d'un choix épistémologique, tant au niveau des savoirs théoriques en éducation et en soins, qu'au niveau des savoirs d'action. Les enjeux éducatifs d'une telle option pédagogique, participent du dévoilement du dogmatisme, plus ou moins masqué, de certain positionnement scientiste, dans le champ des sciences de l'éducation, comme dans celui de la santé (Gadamer, 1993 ; Lecorps, Paturet, 1999, Gatto, 1999).

- La formation à la recherche constitue un des supports du développement de méta-compétences (Barbier, Demailly, 1994 : Gatto, 2004) à la relation de soins. Un changement de paradigme méthodologique en recherche est un révélateur et un soutien du changement dans les pratiques. La formation par la recherche développe des compétences professionnelles en relation éducative différentes par le caractère multiréférentiel des méthodes de recherche privilégiées. Le passage d'une formation à la recherche à une formation par la recherche développe des compétences en recherche transposables dans les pratiques professionnelles (Lemery, 1994 ; Demailly, Zay, 1994 ; Van Maren, Blais, 1994, Gatto, 2005). S'initier à la recherche n'est plus alors, réservé à la formation des chercheurs. La mise en oeuvre de ce parti pris, modifie le rapport de l'étudiant au savoir. La recherche, outil de formation professionnelle, est utilisée « comme moyen privilégié pour s'approprier les réalités du terrain et inverser dans la formation le rapport académique théorie-pratique selon lequel la théorie est traditionnellement définie comme ce qui est transmis en formation et doit être appliqué dans la pratique » (Barbier, Demailly, 1994).
- Une formation par la recherche, en développant des capacités à l'art de problématiser et à la critique épistémologique, participe d'une professionnalisation à la relation de soins MK dans des fonctions d'évaluation, d'éducation en santé et de soins en MK.

La formation par la recherche confronte l'étudiant à des obstacles épistémologiques qui participent de la formation des professionnels en tant que modélisation d'un système de pensée, d'une relation aux savoirs savants et aux savoirs expérientiels, et donc d'un positionnement dans la relation humaine (de soin).

- L'élaboration d'un discours scientifique sur la méthode utilisée pour produire de la connaissance et la méthodologie questionne le chercheur sur son implication au terrain de la recherche. Elle contribue ainsi, à interroger ce qui dans les données et leurs interprétations, tient du regard de l'observateur ou de la singularité de l'objet, du sujet, de la situation observée, sans tomber dans le réductionnisme de prétendre que les résultats des observations ne seraient que le reflet de nos états d'âme (Desprêt, 1996). Cet appel à la conscience réflexive favorise, l'analyse du déroulement de la démarche et des procédures, en lien avec le processus de recherche. La lecture méthodologique des résultats questionne leur prévisibilité / imprévisibilité, leur fiabilité, la pertinence de leur(s) interprétation(s), l'attachement/ détachement du chercheur, la fécondité de la re-problématisation pratique et théorique et construit l'identité professionnelle d'évaluation, d'éducation en santé et de soins en MK.

Au service du développement d'une compétence à problématiser, qui peut être réinvesti dans différents contextes professionnels, les étudiants intègrent l'apprentissage des différentes capacités à se mobiliser et s'organiser selon une structure de raisonnement pour la mise en œuvre de cette compétence de problématisation en situation :

- contextualiser l'objet d'étude d'un point de vue historique, économique, politique et social ;
- définir l'état des lieux des savoirs sur la question, le phénomène, l'objet étudié: identifier les recherches et études conduites, les situer dans leur contexte d'étude et les confronter ;
- réguler ses orientations de recherche en confrontant l'avancement des savoirs savants aux pratiques, et en évaluant l'intérêt socioprofessionnel de l'objet d'étude ;
- centrer ou décentrer l'objet ;
- construire un cadre de lecture théorique en travaillant les liens de contradictions, en mettant en tension les concepts, les modèles et les théories ;
- dialectiser sa pensée ;
- s'initier à la conceptualisation, à la créativité, à l'inventivité, à l'imaginativité et à l'autorisation.

Les difficultés rencontrées par les étudiants au moment du choix de la méthode constituent une opportunité à saisir pour les initier au débat épistémologique. Ils seront incités à travailler sur plusieurs options de méthodes de recherche, et donc au passage de leur objet d'étude en différentes questions de recherches possibles. Il s'agit pour eux, d'affronter les incertitudes de la connaissance. La connaissance est appréhendée avec eux comme « une aventure incertaine qui comporte en elle-même, et en permanence, le risque d'illusion et d'erreur » (Morin 1999). Cette initiation au débat épistémologique, confronte leurs tendances à formuler des énoncés de manière non dogmatique et donc aux pratiques non dogmatiques de soins souvent nécessaires à la qualité de celles-ci. Elle participe ainsi au processus de professionnalisation des étudiants. En confrontant l'étudiant à des obstacles épistémologiques, l'initiation à la recherche participe de la modélisation d'un système de pensée, d'une relation aux savoirs savants et aux savoirs expérientiels, et donc d'un positionnement dans la relation humaine, éducative et thérapeutique. Pour sortir d'une position dogmatique et concevoir une relation davantage dans l'éducation que dans l'instruction, il est nécessaire d'initier les professionnels responsables au lâcher-prise sur leurs certitudes. Le professionnel « ne pourra faire l'économie d'un retour sur soi et d'une reconnaissance de l'autre dans l'immaîtrisable de son désir (Lecorps, Paturet, 1999, p.119). Former un "praticien réfléchi" (Schön, 1986, 1994, 1996 ; Mézirow, 2001, Gatto, 2004), dans un travail sur l'analyse réflexive des actions devient incontournable. Les différentes approches de l'analyse des pratiques (Blanchard-Laville, Fablet, 2000 ; Altet, 1992, 2001) et de la clinique du rapport au savoir (Beillerot, Blanchard-Laville, Mosconi, 1996) offrent des supports théoriques pertinents. La confrontation à un problème témoigne des capacités et habiletés du formateur pour susciter la créativité et l'inventivité des étudiants.

L'initiation à la recherche est alors une occasion de formation à saisir pour accompagner l'étudiant en situation concrète, à problématiser un phénomène ou une situation. Décentrée d'une activité directe elle donne une occasion pour réfléchir sur ses pratiques, penser sa pratique (Hébrard, 1994). Véritable outil de la professionnalisation des responsables de la santé elle est source du développement de "méta-compétences" (Barbier, Demailly, 1994). Il ne s'agit pas prioritairement d'apprendre à instrumenter son action, mais bien davantage d'apprendre à faire avec l'incertitude dans le travail continue à la connaissance de soi et à l'écoute de l'autre (Vial, 2003). Une formation par la recherche, en développant des capacités à l'art de problématiser et à la critique épistémologique, participe d'une professionnalisation à la relation éducative et aux fonctions de soins en en MK.

Une approche multiréférentielle des méthodologies de la recherche est plus favorable à l'initiation au débat épistémologique, qu'une approche monoréférentielle qui ne validerait qu'une seule manière de procéder à la connaissance des faits de soins, de faits éducatifs et à leurs pratiques.

ASPECTS FORMATION PROFESSIONNELLE ET COMPETENCES TRANSVERSES

La recherche, outil de formation professionnelle, est utilisée « comme moyen privilégié pour s'approprier les réalités du terrain et inverser dans la formation le rapport académique théorie-pratique selon lequel la théorie est traditionnellement définie comme ce qui est transmis en formation et doit être appliqué dans la pratique » (Barbier, Demailly, 1994). En se formant à la problématisation le professionnel s'initie à la dialectique et à l'approche complexe des situations. Dialectiser développe le processus dialogique de questionnement, et met l'accent sur l'impossibilité d'apporter une réponse unique au problème. La tendance à être dans la résolution pour l'autre, les a priori du professionnel sont troublés, bousculés, ouvrant alors un espace au différent. « Problématiser pour être capable de débusquer les "fausses solutions" que nous dictent en toute logique nos préjugés non identifiés et/ou nos analyses trop simplistes » (Legrand, 1997). En clarifiant les notions d'usage, en questionnant les affirmations, les lois, les vérités scientifiques, le professionnel est confronté à ses propres préjugés. L'entraînement à cette capacité développe une conception du soin MK, de l'éducation en santé, de l'évaluation, dans laquelle la contradiction est inclusive de la relation qu'il construit avec l'usager. Le professionnel responsable s'ouvre aux comportements et arguments contradictoires chez l'usager.

En mettant en exergue la capacité à faire des allers-retours entre le concret et l'abstrait, la problématisation des méthodes, des théories, des modèles et des outils en sciences réactive la confrontation entre le savoir "savant" du moment, son origine, et sa destination.

La formation instruit autant à l'actualisation des savoirs en matière de santé, de relation en soin, d'éducation, d'évaluation qu'à la mise en tension des savoirs savants aux savoirs d'expériences. En questionnant la valeur épistémologique des savoirs d'actions, et des pratiques professionnelles, l'étudiant-professionnel est invité à "penser sa pratique" (Hébrard, 1994). L'art de problématiser réclame écoute et observation, conformation et confrontation, mais aussi acceptation et refus des apparences, des évidences, reconnaissance et métissage de points de vue variés. « Toute problématique est une tension entre l'en-soi et le pour-soi » (Vial, 2001). Elle contribue en ce sens, à la mise au travail du rapport implication/distanciation du professionnel à l'objet d'étude.

La recherche en MK travaillera des objets qui ne sont pas dénués de sens et confrontent le chercheur à son histoire, à sa subjectivité. Le professionnel en formation dans son désir de connaître, se confronte à l'absence de neutralité et d'objectivité vis à vis du phénomène qu'il souhaite étudier. Le formateur accompagne l'étudiant dans ce travail sur soi. En œuvrant pour la connaissance de soi dans son rapport à un objet de recherche, mais aussi dans son rapport au monde et à la connaissance, l'étudiant cultive une relation éducative réflexive.

En construisant du sens pour lui et pour la communauté (scientifique et professionnelle), l'étudiant développe sa capacité à s'autoriser à être dans la relation ; ce qui invite l'usager à être lui-même dans l'autorisation. Exigeante de références et motrice de l'innovation et de la créativité, la problématisation participe d'une relation de soin et d'éducation en santé plus créative que standardisée, conçue comme une œuvre qui s'élabore dans l'écoute de la singularité de l'usager. Construire une problématique s'appuie aussi sur un savoir argumenter, sur un savoir prendre position. Le professionnel à travers cet exercice, est amené à problématiser " ses appartenances, ses repères, ses territorialités " (Altet, Fabre, 1994), et à développer sa personnalité professionnelle. « On voit apparaître au sein même de la formation à coté d'elle et même quelquefois contre elle l'organisation de situations qui au contraire sont fondées sur le refus de ses caractéristiques d'espace protégé et autonome et sur l'utilisation de l'action de production de biens et/ou de services, pour produire chez les êtres sociaux de nouvelles caractéristiques identitaires » (Barbier, 2001).

Chaque méthode de recherche, définissant une manière de construire des savoirs, s'inscrit dans un paradigme témoin d'une vision du monde, de l'humain, de la santé, du soin, de la formation, de l'évaluation, donc de la relation humaine. Certes, au-delà de la méthode, il y a la personnalité de

l'apprenti-chercheur qui s'y réfère et celle du formateur qui l'enseigne et qui accompagne les étudiants dans leurs travaux de recherche et dans leur formation. Toutefois souvent le scientisme, avec lequel l'enseignement de la recherche et des savoirs s'exerce, contribue à la formation du personnage professionnel. Une approche multiréférentielle de la formation dans une culture au débat épistémologique est plus formatrice d'une relation de soins et éducative fondées sur l'altérité et l'accompagnement des personnes dans la décision, qu'une formation monoréférentielle inscrite dans un modèle mécaniciste et positiviste.

Une dominante de formation, inscrite dans le paradigme mécaniciste et positiviste (méthode expérimentale et différentielle), accentue les tendances de normalisation des professionnels au nom de la " bienfaisance pour l'autre". Elle œuvre pour une relation éducative basée sur l'instruction, sur la transmission des savoirs savants objectivés par la science, et sur le changement de comportement des personnes et des groupes sociaux vers l'adoption des normes en vigueur (Gatto, 2004). Sans nier l'intérêt de la recherche expérimentale, ni celui de la méthode différentielle, il est proposé dans cette formation de sortir d'une approche monoréférentielle de la recherche, des théories et des modèles et de la sur valorisation du paradigme mécaniciste et positiviste. Il s'agit de dépasser le causalisme et le déterminisme inscrit dans l'imaginaire de la toute puissance et de la maîtrise des hommes sur le monde, et de mettre aussi l'accent sur l'autonomie du sujet ou des groupes sociaux (conformément à la Loi du 04 mars 2002 et à la loi HPST de 2009). Former les professionnels MK dans une approche multiréférentielle des méthodes de recherche, des théories et des modèles en sciences les initie au débat épistémologique. Ce qui est transposable dans la pratique professionnelle. La déshumanisation et le réductionnisme mécaniciste, la surdétermination du tout holiste, du culturalisme, du social sur le sujet, contribuent aussi à la façon dont les individus considèrent la santé, l'éducation en santé et l'évaluation. Ces tendances demandent à être convoquées, interpellées, objets de débats et donc de formation de l'esprit du futur professionnel responsable. « Mais c'est aussi le cas de toutes les formes de formation fondées sur l'explicitation ou l'évaluation des pratiques professionnelles qui se développent d'avantage dans la sphère socio-éducative et thérapeutique (enseignement, formation, travail social, travail thérapeutique) ou dans la production de services (ex : la médecine) mais participent de la même intention de mise en objet et de mise en discours de sa propre pratique et de sa pratique située » (Barbier, 2001). Dans une telle conception de la relation de soins, l'écart à la norme et aux savoirs académiques change de statut. L'erreur change de statut. Elle n'est plus considérée comme faute culpabilisante, mais prétexte à questionner la logique, la genèse du raisonnement.

Le développement de l'intelligence critique devient majeur. Il se construit à partir de l'initiation à l'analyse critique de compte rendu de recherche (Lemery, 1994 ; Demailly, Zay, 1994), mais aussi de projets de recherche élaborés par les étudiants eux-mêmes ou leurs pairs.

Les difficultés rencontrées par les étudiants au moment du choix de la méthode de recherche, des théories et des modèles constituent une opportunité à saisir pour les initier au débat épistémologique. Il s'agit pour eux, d'affronter les incertitudes de la connaissance. Cette initiation au débat épistémologique, confronte leurs tendances à formuler des énoncés de manière dogmatique. Elle participe ainsi au processus de professionnalisation des étudiants.

Les compétences transversales développées par la formation sont de :

- favoriser "un découpage plus analytique et plus fin de la réalité"
- développer une tendance "à mieux voir le caché, le refoulé, le non dit" ;
- inciter "à mieux prendre en compte la différence et la diversité" ;
- modéliser "une forme de va et vient entre théorie et pratique, d'articulation entre pensée et réalité" ;
- initier à l'auto-questionnement et à l'analyse de ses expériences ;

- contribuer au lâcher prise sur les certitudes, au développement de la curiosité, au questionnement et à la réflexivité permanents des pratiques et des savoirs savants ;
- élucider des phénomènes, des situations ;
- conceptualiser, inventer, imaginer, produire et s'autoriser.
- Il s'agit de développer des compétences par l'acquisition et la maîtrise d'approches théoriques et techniques en Sciences.
- C'est une formation universitaire par alternance qui oriente l'apprentissage de l'étudiant vers la problématisation à partir de références théoriques et pratiques pour des méthodologies et des modèles d'action et/ou de recherche dans le champ des pratiques liées à l'éducation et au soin. Le travail sur les rapports entre implication et distanciation y est central. Les contenus de formation ne sont pas cumulatifs. Les unités d'enseignement, dans un diplôme, sont complémentaires et interdépendantes. La mise en liens des unités de formation vise à élaborer chez l'étudiant un système de références évolutif pour penser, comprendre, discourir, écrire et agir. La diversité des intervenants dans chaque unité de formation tend à favoriser aux étudiants l'accès à une pluralité de points de vue, à une variété de conceptions —lesquelles peuvent même être contradictoires entre elles. La formation propose aux étudiants d'élargir leurs compétences, d'enrichir leur expérience, de diversifier leur culture et de développer leur intelligence critique des concepts, des problématiques et des méthodes liées aux soins MK. Cette formation veut favoriser la formalisation et la régulation de projets de développement où se jouent les dimensions personnelles, institutionnelles et professionnelles toujours en pertinence avec le contexte social. Les modèles de la formation mis en actes par les formateurs ne visent pas la seule transmission d'un savoir mais incluent aussi l'appropriation de connaissances. Les savoirs sont mis au service de problématisations, de théorisations, de modélisations par l'étudiant lui-même, pour travailler les liens entre les théories et les pratiques de MK. Cette formation requiert l'attention toute particulière des étudiants sur le transfert des apprentissages réalisés pendant la formation.

Les concepts en travaux sont articulés sur trois pôles :

- Les savoirs et les techniques sur les thèmes du soin, de la recherche, de l'éducation en santé, de l'évaluation, (contextes et usages, évolutions, productions scientifiques, pratiques professionnelles) ;

- Le projet individuel en lien avec au moins l'un des thèmes précédant, intégrant une dimension évaluative, et/ou de réalisation, et/ou de développement ;

- La méthodologie scientifique de recueil, de traitement et d'analyse d'informations.

- Cette articulation s'opère par :

- l'élaboration et la formulation d'un questionnement multi référentiel ;
- la problématisation, la connaissance et le choix de théories et/ou de modèles scientifiques ;
- l'analyse réflexive de situations professionnelles et de pratiques connues ;
- la problématisation de recherche méthodologique et la problématisation instrumentale appliquée.

La pluri référentialité des théories, des modèles et des méthodes de recherche aide à se questionner et à problématiser. Le formé acquiert alors la compétence d'une expertise créative, de conceptualisation, d'inventivité, d'imagination, d'autorisation différente de la compétence d'expertise mécanique, technique, systématique, normative efficiente sur les objets mais pas dans

l'interaction humaine de soin et d'accompagnement comme le préconise la Loi du 04 mars 2002 et la Loi HPST (2009).

ASPECTS FORMATION PROFESSIONNELLE ET COMPETENCES TRANSVERSES

Compétences développées par la formation :

- contextualiser l'objet d'étude d'un point de vue historique, économique, politique et social ;
- définir l'état des lieux des savoirs sur la question, le phénomène, l'objet étudié: identifier les recherches et études conduites, les situer dans leur contexte d'étude et les confronter ;
- réguler ses orientations de cherche en confrontant l'avancement des savoirs savants aux pratiques, et en évaluant l'intérêt socioprofessionnel de l'objet d'étude ;
- centrer ou décentrer l'objet ;
- construire un cadre de lecture théorique en travaillant les liens de contradictions, en mettant en tension les concepts, les modèles et les théories ;
- dialectiser sa pensée ;
- mettre en œuvre sa créativité, son inventivité, son imagination,
- S'autoriser.

ASPECTS FORMATION CONTINUE ET PAR ALTERNANCE

Annexes : REFE

1- Maquettes des spécialités

2- Fiche RNCP (Répertoire national des Certifications Professionnelles)

3- A.D.D. (Annexe Descriptive au diplôme)

4- Fiche d'expertise (auto-évaluation) AERES

5- Règlement des études.

CONTACT

Jacques Vaillant : vice.president.jv.cno@ordremk.fr
Tél. : 06.77.25.21.91

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes

120-122 rue Réaumur – 75002 PARIS

Tél. : 01.46.22.32.97 / Télécopie : 01.46.22.08.24

Site web : www.ordremk.fr