



ÉTUDE SUR LES PERSPECTIVES  
D'ÉVOLUTION DE LA DÉMOGRAPHIE  
DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES  
ET DE LEURS CONDITIONS  
D'EXERCICE EN RHÔNE-ALPES

NOVEMBRE 2015





Ce travail a été réalisé par  
**l'Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes :**

Patricia MEDINA, sociologue

Karine FONTAINE-GAVINO, socio-démographe

Chloé HAMANT, sociologue

Abdoul SONKO, statisticien

Vanessa FREGGI, documentaliste

avec la participation de Bernadette LEMERY, chargée de projet FNORS

**Réalisé à la demande et avec le soutien de  
l'Union Régionale des Professionnels de Santé  
Masseurs-Kinésithérapeutes de Rhône-Alpes**

Ce rapport est disponible sur le site Internet de l'ORS Rhône-Alpes : [www.ors-rhone-alpes.org](http://www.ors-rhone-alpes.org)



# REMERCIEMENTS

L'Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes tient à remercier ici toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de cette étude et tout particulièrement :

Monsieur Bruno Chabal, président de l'URPS Masseurs-Kinésithérapeutes de Rhône-Alpes, ainsi que les membres du bureau de l'URPS, pour leur aide précieuse dans la mise en place de cette étude, à ses différentes étapes, et tout particulièrement pour la mise en contact avec des masseurs-kinésithérapeutes libéraux exerçant en divers territoires de la région Rhône-Alpes,

Tous les masseurs-kinésithérapeutes libéraux de Rhône-Alpes que nous avons interviewés pour cette étude ainsi que les personnes-ressources et experts qui ont également été interviewés, pour leur accueil, leur intérêt pour cette démarche et leur excellente participation à cette étude,



# SOMMAIRE

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
Contexte de l'étude .....	2
Objectifs de l'étude .....	3
Méthodologie de l'étude .....	4
<b>Synthèse bibliographique .....</b>	<b>5</b>
1.    Descriptif de la profession .....	6
1.1.    Démographie des masseurs-kinésithérapeutes et enjeux de la régulation de la profession .....	6
1.2.    Formation et missions .....	7
1.3.    Les modes d'exercice .....	9
2.    Focus sur les modalités d'installation des masseurs-kinésithérapeutes libéraux .....	10
2.1.    Les formes de l'exercice libéral .....	10
2.2.    Equipements et rythme de travail .....	11
2.3.    Les actes et la rémunération .....	11
3.    Les besoins en masso-kinésithérapie et leur évolution .....	12
3.1.    Les grandes causes de recours à la masso-kinésithérapie .....	12
3.2.    Problématiques repérées au sein de la profession .....	13
4.    Evolutions possibles du métier .....	17
<b>Projections démographiques .....</b>	<b>19</b>
1.    Les données relatives aux masseurs-kinésithérapeutes .....	20
1.1.    Les données du répertoire ADELI .....	20
1.2.    Méthode et hypothèses retenues pour les projections .....	27
1.3.    Les résultats .....	32
1.4.    Conclusion .....	35
<b>Enquête qualitative .....</b>	<b>37</b>
1.    Méthode de l'enquête qualitative .....	38
2.    Le choix du métier et de la formation .....	39
2.1.    Les motivations principales repérées .....	39
2.2.    Point de vue sur la formation .....	40
3.    Le choix de l'exercice en salarié ou en libéral .....	42
3.1.    L'exercice salarié : les points forts, les points faibles .....	42
3.2.    L'exercice libéral: les points forts, les points faible .....	45
3.3.    L'exercice mixte : libéral et salarié ou vacations .....	46
4.    Le territoire d'exercice .....	46
4.1.    Les premiers mois ou années .....	46
4.2.    Le choix du territoire d'installation .....	47
4.3.    Partout : un volume de travail important... parfois trop important .....	49
4.4.    Caractéristiques des territoires sous dotés : pénurie de l'offre et pression de la demande .....	50
4.5.    Les incitations ou limitations à l'installation : les avis divergent .....	51
5.    Le métier de masseur-kinésithérapeute libéral aujourd'hui .....	52
5.1.    Une patientèle choisie, mais parfois difficile .....	52
5.2.    Le niveau de revenu .....	53
5.3.    L'organisation du cabinet .....	58
6.    Partenaires et concurrents des masseurs-kinésithérapeutes .....	63
6.1.    Partenariat médical .....	63
6.2.    Autres partenaires et concurrents .....	65
7.    Différents profils repérés .....	75
7.1.    Les « artisans polyvalents » : l'importance du toucher, du manuel .....	76
7.2.    Les « technophiles » .....	78
7.3.    Les « spécialistes » .....	79

8.	Perspectives d'avenir pour les masseurs-kinésithérapeutes.....	81
8.1.	L'accès et la reconnaissance d'un niveau « master 2 ».....	81
8.2.	Vers le physiothérapeute à l'anglo-saxonne ? .....	83
8.3.	Les champs d'intervention nouveaux ou en développement.....	84
8.4.	Craintes pour l'avenir .....	86
9.	Le regard des personnes-ressources.....	87
9.1.	L'articulation entre masseurs-kinésithérapeutes et médecins.....	87
9.2.	L'évolution des besoins des patients.....	90
9.3.	Les évolutions possibles du métier de masseur-kinésithérapeute .....	92
	<b>Synthèse et pistes de réflexion pour l'avenir.....</b>	<b>95</b>
	<b>Annexes .....</b>	<b>105</b>



# INTRODUCTION

## CONTEXTE DE L'ETUDE

Comme la plupart des professionnels de santé, les masseurs-kinésithérapeutes connaissent des évolutions démographiques importantes depuis quelques années<sup>1</sup> : vieillissement, féminisation, mais aussi arrivée de professionnels formés à l'étranger, au sein de l'Union Européenne, qui semblent de plus en plus nombreux à vouloir s'installer en France, et peut-être tout particulièrement en Rhône-Alpes.

En termes de lieux d'exercice, la profession connaît les mêmes phénomènes d'héliotropisme que l'ensemble des professions de santé : le sud-est méditerranéen constitue le territoire le plus densément doté en masseurs-kinésithérapeutes. Enfin, si cette profession est très largement libérale (à près de 80 %), on note chez les jeunes générations de praticiens une tendance au regroupement : en 2008 ils étaient 27% à exercer dans un cabinet de groupe.

Il semble que globalement, les masseurs-kinésithérapeutes ancrent leur pratique du côté du soin, investissant peu le domaine des massages de bien-être. Bien que largement dépendants des prescriptions réalisées par les médecins, les masseurs-kinésithérapeutes ont cependant une réelle marge de manœuvre face au patient, les prescriptions étant plus « quantitatives » (nombre de séances) que « qualitatives » (précisions sur le type de soin à apporter).

Aujourd'hui, dans la région Rhône-Alpes, il semble qu'il y ait globalement un niveau de besoins, de demandes et d'activité satisfaisant, ainsi que de bonnes conditions d'exercice pour les masseurs-kinésithérapeutes. Cependant, tous les territoires de Rhône-Alpes ne sont pas équivalents et il existe des zones bien dotées en masseurs-kinésithérapeutes et d'autres qui sont sous-dotées<sup>2</sup>. Pourtant, les besoins semblent souvent surpasser l'offre.

Dans ce contexte et compte-tenu des évolutions récentes, l'URMK Rhône-Alpes s'interroge sur les évolutions à venir et sur les risques qui peuvent accompagner certaines de ces évolutions pour les masseurs-kinésithérapeutes. Ainsi, les masseurs-kinésithérapeutes seront-ils très ou pas assez nombreux dans dix ans par rapport à la demande et aux besoins de la population ? La situation sera-t-elle équilibrée ? Y aurait-il saturation de praticiens dans ce domaine ou au contraire pénurie ? Et ce, non seulement en termes d'évolution démographique pure (croissance de la population et croissance ou diminution du nombre de praticiens), mais aussi au regard des évolutions possibles au niveau des besoins et attentes des patients et des prescripteurs.

Compte-tenu de ces évolutions, l'enjeu est aujourd'hui d'anticiper d'éventuels déséquilibres qui pourraient survenir à l'horizon 2025, notamment au plan démographique. Si de tels déséquilibres futurs deviennent perceptibles ou probables, il s'agira alors pour l'URMK-Rhône-Alpes de réfléchir aux politiques et stratégies de rééquilibrage à mettre en place, afin que les patients puissent continuer à avoir un bon recours aux masseurs-kinésithérapeutes, selon leurs besoins, et que les masseurs-kinésithérapeutes puissent continuer à exercer leur profession dans de bonnes conditions.

---

<sup>1</sup> Le métier de Masseur-kinésithérapeute. ONDPS-Ministère de la Santé et des Sports- Plein Sens, septembre 2009

<sup>2</sup> Cartographie de la démographie des masseurs-kinésithérapeutes en Rhône-Alpes. URMK-RA : <http://www.urmk-ra.org/la-demographie-2/>

## OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'objectif principal de l'Union Régionale des masseurs-kinésithérapeutes de Rhône-Alpes à travers cette étude est d'anticiper les évolutions possibles de la démographie de la profession ainsi que celles des besoins des patients, afin d'aider au mieux les masseurs-kinésithérapeutes (en exercice ou encore étudiants) à exercer leur profession dans de bonnes conditions dans dix ans, en promouvant alors des stratégies, des politiques adaptées à ces évolutions.

Les objectifs spécifiques de cette étude sont dès lors de,

- mettre à jour tous les éléments d'information pertinents pour anticiper au mieux ces différentes évolutions
- construire des projections pour « visualiser » les évolutions possibles, en prenant en compte les caractéristiques des professionnels exerçant actuellement dans la région, les tendances et évolutions récentes en matière de modalités d'exercice, afin d'apprécier les besoins dans leur diversité et tenter des projections à l'horizon 2025 pour envisager quelle pourrait être la situation démographique et quelles seront les conditions d'exercice de la profession à cette période.

Il s'agira concrètement de poser des éléments de réflexion pour savoir si le nombre de masseurs-kinésithérapeutes dans dix ans sera adapté ou non aux besoins des patients et à la demande des prescripteurs, et quels seront les impacts d'une éventuelle inadéquation entre l'offre de soins et les besoins des patients, à la fois pour les patients et pour les masseurs-kinésithérapeutes eux-mêmes, en termes de conditions d'exercice.

# METHODOLOGIE DE L'ETUDE

Plusieurs outils ont été mis en œuvre pour atteindre les objectifs de l'étude tels que définis :

## **La synthèse bibliographique**

---

Cette synthèse a été élaborée à partir d'un recensement d'ouvrages et articles répertoriés dans les bases de données existantes en santé publique et au sein du réseau des Observatoires Régionaux de Santé. La bibliographie complète est présentée en annexe de ce rapport.

## **Le volet quantitatif : les projections démographiques**

---

Afin de réaliser les projections démographiques, plusieurs données de différentes sources ont été mobilisées afin de réaliser un état des lieux de la profession des masseurs-kinésithérapeutes. Le détail en est donné en tête du chapitre consacré aux résultats de ces projections.

## **Le volet qualitatif**

---

L'exploration des conditions actuelles d'exercice des masseurs-kinésithérapeutes libéraux et de leurs attentes et besoins à moyen et long terme a été réalisée par entretiens individuels auprès de masseurs-kinésithérapeutes en exercice dans la région Rhône-Alpes et également auprès de quelques étudiants. Des entretiens ont également été menés avec des « experts », médecins, élus locaux et des URPS (masseurs-kinésithérapeutes notamment).

# SYNTHESE BIBLIOGRAPHIQUE

# 1. DESCRIPTIF DE LA PROFESSION

Le Masseur-Kinésithérapeute Diplômé d'État (MKDE) fait partie du champ de la rééducation qui comporte six autres métiers : pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste et diététicien. D'après la DREES, qu'ils soient libéraux ou salariés, les masseurs-kinésithérapeutes représentent à eux seuls plus de la moitié des professionnels de la rééducation (73 800) <sup>[17]</sup>.

Avant 1946 coexistaient des masseurs médicaux et des gymnastes médicaux (ces derniers étaient cependant moins nombreux) qui, à cette date, fusionnèrent en masseurs-kinésithérapeutes. Ils étaient placés sous l'autorité de l'Ordre des médecins, avant la création de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes.

A l'heure actuelle, les domaines de compétences de la profession ont dépassé la traumatologie classique et tendent vers un accroissement de la prise en charge de la douleur, du poly-handicap, ou encore des troubles cognitifs comme la maladie d'Alzheimer. La prévention (de la dépendance, des chutes des personnes âgées notamment) et l'éducation thérapeutique du patient constituent également des voies de développement pour ce métier.

Pour ces différentes raisons, le masseur-kinésithérapeute a acquis, au fil des décennies, une place prépondérante, en tant que ressource de soins et de rééducation, pour les français<sup>[23]</sup>.

## 1.1. Démographie des masseurs-kinésithérapeutes et enjeux de la régulation de la profession

Les masseurs-kinésithérapeutes représentent la deuxième profession paramédicale en termes d'effectif, après les infirmiers <sup>[1]</sup>. A l'échelle nationale, on a assisté ces dernières années à une nette progression des effectifs et particulièrement du nombre de femmes, nombreuses à exercer en mode salarial <sup>[1]</sup> : en effet, en 2009, 67% des salariés étaient des femmes <sup>[1]</sup>. La profession s'est donc féminisée au fil du temps, alors qu'elle était majoritairement masculine à ses débuts.

En Rhône-Alpes actuellement, d'après le répertoire ADELI, la profession compte une majorité de femmes, libérales et salariées confondues (53%). Par ailleurs, 79% des masseurs-kinésithérapeutes en exercice sont des libéraux.

L'Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes note une attractivité de la région Rhône-Alpes puisque 57% des masseurs-kinésithérapeutes exerçant sur le territoire rhônalpin sont issus d'une autre région. L'Ardèche, la Drôme, la Haute-Savoie et la Savoie sont particulièrement concernées par l'arrivée de masseurs-kinésithérapeutes extrarégionaux d'origine <sup>[6]</sup>.

En matière d'accès, 95% de la population française se situe à moins de 15 minutes d'un masseur-kinésithérapeute <sup>[4]</sup>. Pour autant, on relève des disparités démographiques selon les territoires : d'une part, du fait de phénomènes d'héliotropisme, d'autre part du fait de l'installation des plus jeunes dans des zones à forte densité de masseurs-kinésithérapeutes. En ce qui concerne la région Rhône-Alpes, la densité de masseurs-kinésithérapeutes est globalement élevée (135,84 masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants) mais on relève des écarts importants entre départements : l'Ardèche ou l'Ain sont des zones sous dotées (avec respectivement 81,6 et 66,7 masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 masseurs-kinésithérapeutes), tandis que la Haute-Savoie affiche une densité beaucoup plus élevée (126,6 pour 100 000 habitants)<sup>3</sup>. 75% des masseurs-kinésithérapeutes de la région sont ainsi concentrés dans les territoires de santé Centre et Est. La situation Rhône-alpine est bon un reflet de l'inégalité de répartition de ces professionnels sur le territoire français où les disparités d'implantation varient de 1 à 3 selon les régions <sup>[21]</sup>.

---

<sup>3</sup> Site Balises Rhône-Alpes / ORS Rhône-Alpes :

[http://balises-rhone-alpes.org/pages/obs\\_loc/interrogation.php](http://balises-rhone-alpes.org/pages/obs_loc/interrogation.php)

Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes

Perspectives d'évolution de la démographie et des conditions d'exercice des masseurs-kinésithérapeutes libéraux en Rhône-Alpes – Novembre 2015

Pour réduire ces déséquilibres territoriaux, des mesures de régulation ont été mises en place. L'arrêté du 10 janvier 2012 concernant l'avenant n°3 à la Convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes précisait qu'en zone dite « sur dotée », l'installation n'est possible qu'en cas de cessation d'activité. Cet arrêté a été supprimé par le Conseil d'Etat et ne s'applique plus depuis 2014.

Reste qu'en zone « sous dotée », des aides à l'installation sont octroyées aux professionnels qui veulent s'installer ou qui exercent déjà dans cette zone, via un contrat incitatif : il s'agit d'une aide plafonnée à 3000€ par an, pour trois ans et une prise en charge par les Caisses d'Assurance Maladie de la totalité des cotisations que les kinésithérapeutes doivent à l'Urssaf au titre des allocations familiales. En échange, les kinésithérapeutes doivent s'engager à télétransmettre les feuilles de soin à hauteur d'au moins 75% et à exercer au moins trois ans sur le territoire<sup>[33]</sup>. En 2012, 568 contrats incitatifs ont ainsi été signés, l'aide forfaitaire moyenne relevée s'élevant à 538€ par professionnel. Cependant, la Cour des Comptes<sup>4</sup> [21] indique que 94% des contrats étant signés avec des professionnels déjà installés dans les zones visées : ces aides contribuent peut-être à maintenir certains professionnels sur les territoires sous dotés, mais elles ne suffisent pas à attirer de nouveaux professionnels, et n'inversent donc pas la tendance démographique.

Un autre flux vient alimenter les chiffres, celui des professionnels formés à l'étranger. En effet, le fait qu'après les années 2000, il y ait eu presque autant de professionnels formés à l'étranger à s'installer en France que de professionnels ayant étudié en France, constitue une particularité de la profession<sup>[1]</sup>. La plupart de ces jeunes masseurs-kinésithérapeutes était des Français qui s'étaient formés en Belgique. Néanmoins, pour freiner cette arrivée massive d'étudiants français, la Belgique a mis en place en 2006, des quotas limitant l'accès aux études pour les jeunes non initialement résidents en Belgique. Les masseurs-kinésithérapeutes titulaires d'un diplôme obtenu dans un état de l'Union Européenne doivent demander une autorisation d'exercice à la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale.<sup>[6]</sup> En 2013, en Rhône-Alpes, 173 demandes d'autorisation d'exercice de jeunes diplômés hors de France (mais dans l'UE) ont été recensées. On note qu'en Savoie, près d'un quart des masseurs-kinésithérapeutes ont obtenu leur diplôme au sein de l'union Européenne, hors de France<sup>[6]</sup>.

## 1.2. Formation et missions

### 1.2.1. Les missions

La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 indique que la masso-kinésithérapie consiste à pratiquer habituellement le massage et la gymnastique médicale. On peut notamment observer dans ce texte les définitions données par les articles suivants :

- Article 1 : « 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 ».
- Article 4 : « On entend par gymnastique médicale la réalisation et la surveillance des actes à visée de rééducation neuromusculaire, corrective ou compensatrice, effectués dans un but thérapeutique ou préventif afin d'éviter la survenue ou l'aggravation d'une affection. »

Les compétences nécessaires à l'exercice de la profession sont décrites dans le décret n°2000-277 du 27 juin 2000 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute. L'accès aux masseurs-kinésithérapeutes pour des soins thérapeutiques est soumis à prescription médicale. Néanmoins, l'accès direct pour des soins non-thérapeutiques, et non remboursés par

---

<sup>4</sup> Les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé communication à la commission des affaires sociales du sénat. Juin 2014 [cité 9 févr 2015]. Disponible sur : [http://www.ccomptes.fr/content/download/71027/1884554/version/2/file/20140715\\_relations\\_conventionnelles\\_assurance\\_maladie\\_professions\\_liberales\\_sante.pdf](http://www.ccomptes.fr/content/download/71027/1884554/version/2/file/20140715_relations_conventionnelles_assurance_maladie_professions_liberales_sante.pdf)

l'Assurance Maladie, est possible. Le grand public peut consulter librement son kinésithérapeute pour réaliser un bilan ou obtenir des conseils de prévention. Pour des soins thérapeutiques, après un premier diagnostic, l'article R 4321-2 du Code de la Santé Publique autorise le kinésithérapeute à modifier l'indication initiale du médecin afin d'étendre les soins à d'autres régions du corps.

Enfin, en cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, le masseur-kinésithérapeute est habilité à accomplir les premiers actes de soins nécessaires en masso-kinésithérapie. Un compte rendu des actes accomplis dans ces conditions est remis au médecin dès son intervention

La Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 a donné naissance à l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, et l'Ordre a fixé par le décret n° 2008-1135 du 3 novembre 2008 le Code de déontologie de la profession.

Dans de nombreux pays européens et en Amérique du Nord on parle de « physiothérapeutes » pour désigner les professionnels centrés sur la prévention et le traitement des pathologies du geste et du mouvement, cette terminologie n'est pas usitée en France. <sup>[23]</sup>

La multiplicité des champs disciplinaires fait la particularité de la profession. Traditionnellement ancrée dans la traumatologie et la rhumatologie, les kinésithérapeutes ont investi les domaines du sport, de la cardiologie, de la neurologie, de la rééducation respiratoire <sup>[1]</sup>, la rééducation maxillo-faciale, la prévention dans le sport ou encore l'uro-gynécologie <sup>[8]</sup>.

En termes de formation professionnelle continue, de nombreux diplômes universitaires existent, qui permettent de se spécialiser et de se mettre à niveau (kinésithérapie respiratoire, pédiatrique ou sportive, soins palliatifs etc.) <sup>[9]</sup>.

### 1.2.2. La formation

Alors que jusqu'à présent la formation en institut de formation de masseur-kinésithérapeute (IFMK) durait 3 ans, la durée de formation est désormais de 4 ans, depuis la rentrée 2015.

L'arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute réforme en effet le diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute. Les nouvelles règles s'appliquent aux étudiants entrant en première année de formation dès la rentrée de septembre 2015.

A compter de la rentrée 2016, l'admission en première année sera réservée aux étudiants ayant validé la première année commune aux études de santé (PACES), la première année de licence en sciences mention « sciences et techniques des activités physiques et sportives » (STAPS), ou une première année de licence dans le domaine « sciences, technologies, santé ». Une douzaine d'instituts de formation continuera cependant de recruter sur concours des titulaires du baccalauréat.

Cette réforme entérine une évolution du profil des étudiants puisque depuis plusieurs années, la grande majorité des instituts de préparation au diplôme d'état recrutent leurs étudiants via la PACES. Les études de kinésithérapie sont donc à partir de septembre 2015, d'une durée de quatre ans en institut (pour un total de 240 ECTS en fin de formation, ce qui équivaut à un niveau de Master 1 (Bac +4), même si en réalité la durée totale des études est de cinq années.

L'entrée en institut de formation est soumise à une sélection, qui peut être de plusieurs types<sup>5</sup> :

- La voie universitaire (voie réglementaire depuis l'arrêté du 16 juin 2015) :
  - PACES (première année commune aux études de santé, anciennement PCEM1), pouvant présenter un enseignement spécifique pour la filière kiné.
  - 1ère année de licence STAPS (Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives) ou L1 Sciences
- La voie privée (voie d'admission supprimée dans tous les instituts à la rentrée 2017, sauf régime dérogatoire):
  - concours organisé par l'IFMK, portant sur le programme de physique-chimie et de biologie de première et terminale S

---

<sup>5</sup> JORF n°0140 du 19 juin 2015 page 10086 texte n° 25 ARRETE Arrêté du 16 juin 2015 relatif à l'admission dans les instituts préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute



L'entrée en formation dans l'un des 39 instituts de formation en masso-kinésithérapie de France se fait dans limite de quotas - à savoir un nombre maximum d'étudiants à admettre en première année - qui s'élèvent à 2 524 en France métropolitaine et à 189 en Rhône-Alpes <sup>[30]</sup>, ce qui rend cette formation très sélective.

En 2009, la région Rhône-Alpes, qui compte quatre instituts de formation, arrivait en troisième position des régions qui ont formé le plus de masseurs-kinésithérapeutes <sup>[5]</sup>. En cette même année, 43% des étudiants avaient suivi au préalable une classe préparatoire, et 46% étaient passés par la PACES (Première Année Commune des Etudes de Santé). Enfin, en 2009, le taux de réussite en France était de 97% <sup>[5]</sup>. Après quatre années d'expérience, une formation de cadre de santé est possible <sup>[9]</sup>.

Il n'y a, pas pour le moment de niveau Master 2 dans les études de masseurs-kinésithérapeutes (comme c'est le cas dans les filières de physiothérapeutes, dans d'autres pays d'Europe), et pas de possibilités de s'engager dans un doctorat spécifique à cette filière.

### 1.3. Les modes d'exercice

#### 1.3.1. Les libéraux

Au sein de la profession coexistent deux modes d'exercice : le mode libéral et le salariat. Un certain nombre de masseurs-kinésithérapeutes ont un exercice mixte, c'est-à-dire qu'ils s'installent en libéral mais conservent une activité salariée en parallèle.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2014, sur 61 618 kinésithérapeutes libéraux ou mixtes, 36 278, à savoir la majorité, travaillent en cabinet individuel, et ce même si l'on observe une augmentation de l'exercice en cabinet de groupe chez les jeunes professionnels <sup>[8]</sup>. Les libéraux commencent souvent par effectuer des remplacements dans des cabinets, ou en tant qu'assistant. Parfois ils tentent l'intégration, la création ou la reprise d'un cabinet dès l'issue des études <sup>[1]</sup>.

Ils se déplacent quelquefois à domicile, mais travaillent presque tous aussi au sein de leur cabinet. D'après l'ONDPS, tous les masseurs-kinésithérapeutes ne se déplacent pas à domicile, compte tenu du faible niveau des indemnités de déplacement <sup>[13]</sup>. Par ailleurs, certains libéraux interviennent au forfait ou sur facture dans des établissements comme les structures d'hospitalisation à domicile, les EHPAD, les instituts médico-éducatifs.

Environ trois quarts des masseurs-kinésithérapeutes exercent dans le secteur libéral et les changements de mode d'exercice se font majoritairement au profit du mode libéral (cela concernait 12% des salariés de 25 à 34 ans en 2013) <sup>[17]</sup>. Cette forme d'exercice permet de définir le revenu en fonction du volume d'activité souhaité, de s'affranchir des contraintes hiérarchiques, de prendre en charge une patientèle diversifiée <sup>[2]</sup>.

#### 1.3.2. Les salariés

Concernant les salariés, la majorité d'entre eux travaille en établissement public de santé <sup>[15]</sup>. L'exercice salarié peut se faire en centre de rééducation fonctionnelle, en établissement thermal, ou encore en club ou en sélection fédérale pour les kinésithérapeutes du sport.

Lors d'une prise en charge pluridisciplinaire, le masseur-kinésithérapeute salarié participe à la mise en place d'objectifs thérapeutiques, à l'évaluation de l'efficacité des protocoles, aux processus de coopération. Il peut être consulté par le médecin pour affiner sa décision, et peut même se voir parfois déléguer des tâches comme la réalisation d'électromyogramme ou la participation à l'extubation de patients en réanimation <sup>[24]</sup>. Ces kinésithérapeutes travaillent sous la direction d'un cadre du métier qui gère des ergothérapeutes et d'autres rééducateurs.

En masso-kinésithérapie, le salariat revêt des formes très hétérogènes selon les services et les types de structures, mais aussi selon la zone d'exercice : par exemple les masseurs-kinésithérapeutes des petits établissements ruraux sont plus particulièrement ancrés dans le champ gériatrique <sup>[1]</sup>.

Pour les salariés, le fait de travailler à l'hôpital permet de mettre en œuvre des pratiques avancées telles que l'évaluation pré-opératoire, la réanimation, les soins post-opératoires, les soins palliatifs<sup>[13], [21]</sup>.

## 2. FOCUS SUR LES MODALITES D'INSTALLATION DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES LIBERAUX

### 2.1. Les formes de l'exercice libéral

Pour pouvoir exercer en libéral, les masseurs-kinésithérapeutes doivent être inscrits au Tableau de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes. Mais contrairement aux infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes n'ont pas besoin de justifier d'une expérience dans une structure de soins avant de pouvoir exercer en libéral, ce qu'ils font pour 80% d'entre eux à la sortie des études <sup>[21]</sup>.

Le masseur-kinésithérapeute pourra donc exercer après s'être acquitté de formalités administratives, et notamment la souscription à l'assurance Responsabilité Civile Professionnelle (RCP), obligatoire pour tous les professionnels de santé libéraux depuis la loi du 4 mars 2002 en vue de couvrir le risque de dommages corporels et/ou matériels occasionnés à un patient.

Le masseurs-kinésithérapeutes a le choix entre plusieurs statuts d'exercice libéral : individuel ou de groupe. En groupe, il peut exercer en tant que titulaire, assistant ou remplaçant.

Le statut de collaborateur libéral s'est ouvert aux masseurs-kinésithérapeutes avec la loi du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises, dite la loi Dutreil. Ce statut permet aux masseurs-kinésithérapeutes titulaires d'un cabinet, de réduire leur temps de travail, d'envisager à terme, l'intégration d'un associé ou de préparer progressivement un départ à la retraite tout en conservant le monopole des décisions. L'assistant (ou assistant-collaborateur) chez les masseurs-kinésithérapeutes, est un statut « empirique », qui n'est aujourd'hui toujours pas encadré par les textes législatifs. L'assistantat a pour but de répondre à des difficultés pratiques que rencontrent les masseurs-kinésithérapeutes qui ne peuvent momentanément répondre à leurs obligations professionnelles (continuité des soins...). Il s'agit donc, en principe, de faire face à un surcroît d'activité, une épidémie, une grossesse... Face à l'absence de dispositions législatives et réglementaires interdisant ce statut chez les masseurs-kinésithérapeutes, celui-ci perdure et est aujourd'hui quelque peu détourné de sa fonction initiale : la temporalité. Le titulaire d'un cabinet voit en effet en ce statut, non seulement l'avantage de faire face à un surcroît d'activité, mais aussi et surtout de pouvoir diminuer son exercice afin de répondre à diverses obligations professionnelles et sociales et ce, sans risquer de perdre sa patientèle. Le choix de l'assistantat est généralement motivé par la possibilité d'association qui en résulte. L'assistantat ou collaboration permet ainsi à un masseur-kinésithérapeute d'exercer au sein du cabinet d'un professionnel surchargé alors que ce dernier continue de travailler. En pratique, le titulaire du cabinet met à disposition de l'assistant collaborateur le local, le matériel, et bien sûr la patientèle. En contrepartie de cette mise à disposition l'assistant lui verse une indemnité calculée suivant un pourcentage préalablement défini : la rétrocession. L'assistant exerce en toute indépendance, en son nom, sous sa propre responsabilité et assume ses charges personnelles. Il se présente sous le titre d'assistant de Monsieur X. Enfin, une clause de non-concurrence est souvent insérée dans le contrat dans la mesure où la patientèle appartient au titulaire du cabinet.

Le remplacement est une possibilité d'exercer ouverte aux jeunes diplômés qui n'ont pas la possibilité de s'installer. Ce mode d'exercice permet à un kinésithérapeute de délivrer des soins en lieu et place d'un

confrère titulaire de son cabinet. Cela implique durant la période de remplacement que le titulaire du cabinet ne travaille pas. Le remplacé reverse au confrère remplaçant un pourcentage des honoraires reçus (rétrocession). La fixation du pourcentage est variable et relève d'une négociation entre les parties compte tenu, entre autres critères, des charges du cabinet. Le remplaçant n'a pas de feuilles de soins pré-identifiées à son nom. Il utilise ainsi celles du remplacé dont il modifie le nom et le numéro d'identification. En général, une clause du contrat prévoit qu'une fois le remplacement terminé le remplaçant ne pourra exercer sur le secteur d'activité du remplacé.

Il semble que l'exercice en groupe permette plus facilement à la fois de répondre à une demande de soins à domicile et d'assurer une permanence au cabinet <sup>[9]</sup>.

En groupe, il existe plusieurs formes juridiques possibles du cabinet :

- La société d'exercice, sans partage de moyens mais avec mise en commun des honoraires : Société Civile Professionnelle (où une personne morale est propriétaire de la patientèle et titulaire du bail des locaux), Contrat d'Exercice en commun (société de fait où les associés Les associés apportent leur patientèle, habituellement en jouissance).
- La société à partage de frais, avec mise en commun des moyens : Société Civile de Moyens (les honoraires ne sont pas mis en commun, seuls les frais de fonctionnement sont partagés), Société de Fait (mise en commun d'honoraires), Société d'Exercice Libéral (SEL), Société d'Exercice Libéral de type SARL <sup>[9]</sup>.

En Rhône-Alpes, 80% des kinésithérapeutes exerçant en groupe sont titulaires du cabinet, et 20% des professionnels ont un statut d'assistant-collaborateur. La forme juridique d'association la plus courante est la société civile de moyens (SCM). En Rhône-Alpes, celle-ci concerne 82% des masseurs-kinésithérapeutes titulaires <sup>[3]</sup>. Le fait de louer les locaux permet de ne pas réexaminer le bail en cas d'arrivée ou de départ d'associés <sup>[9]</sup>.

Disposer d'un cabinet secondaire est aussi une pratique du métier, qui concerne néanmoins seulement 10% des kinésithérapeutes en Rhône-Alpes <sup>[6]</sup>. Cette pratique serait plus fréquente lorsque les kinésithérapeutes exercent en groupe <sup>[31]</sup>.

## 2.2. Equipements et rythme de travail

En termes d'équipements, les kinésithérapeutes utilisent largement un logiciel de gestion de cabinet en ce qui concerne la télétransmission. Par ailleurs, certains ont investi dans des appareillages en lien avec leur activité, particulièrement dans les cabinets de groupe : ultrasonothérapie, électrophysiothérapie, cryothérapie etc., qui représentent souvent un gros investissement économique

D'après l'ONDPS <sup>[13]</sup>, l'amplitude horaire des kinésithérapeutes libéraux va parfois jusqu'à des journées de plus de 12h, quelquefois six jours sur sept avec des permanences le dimanche pour certains.

## 2.3. Les actes et la rémunération

Sous réserve d'une prescription réalisée par un médecin, les masseurs-kinésithérapeutes libéraux sont rémunérés à l'acte. La prescription se fait dans la grande majorité des cas par le médecin généraliste, et parfois par des praticiens hospitaliers (consultations externes, hospitalisations).

Les masseurs-kinésithérapeutes ont un droit de prescription limité par une liste de dispositifs fixée par l'arrêté du 9 janvier 2006. Concernant les actes, l'arrêté du 22 février 2000 modifiant l'arrêté du 6 janvier 1962 fixe la liste des actes médicaux. Les principaux actes figurant dans la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) concernant la profession sont :

- Les AMS : Actes de rééducation des affections orthopédiques et rhumatologiques
- Les AMK : Autres actes de rééducation réalisés en ambulatoire

- Les AMC : Autres actes de rééducation pratiqués dans une structure de soins ou un établissement, hors AMS <sup>[2]</sup>.

En revanche, les séances de massages de bien-être, de soins esthétiques, de gymnastique préventive ne sont pas remboursées par l'Assurance Maladie. Cette dernière effectue donc des contrôles lorsque le volume d'actes est important pour vérifier qu'il n'y ait pas de surfacturation, de surcotation, ou de surtraitements.

Depuis avril 2007, l'Assurance Maladie a défini pour certaines pathologies un nombre de séances précis. Par ailleurs, 14 pathologies ont été validées par la Haute Autorité de Santé <sup>[21]</sup>. Hors de ce cadre, le masseur-kinésithérapeute doit faire une demande d'entente préalable après avoir contacté le médecin prescripteur. Sauf les exceptions listées dans le texte, la durée des séances prévue par la nomenclature générale des actes professionnels est de 30 minutes, et le professionnel doit se consacrer entièrement à son patient pendant cette durée.

Concernant la rémunération, d'après la Cour des Comptes, le taux de charge moyen est de 46% pour les masseurs-kinésithérapeute, et leur revenu net annuel s'élevait en 2012 à 42 273€ <sup>[21]</sup>. On note que les dépassements d'honoraires seraient de plus en plus fréquents <sup>[13]</sup>.

## 3. LES BESOINS EN MASSO-KINESITHERAPIE ET LEUR EVOLUTION

### 3.1. Les grandes causes de recours à la masso-kinésithérapie

En moyenne, d'après la DREES, chaque Français consulte trois fois par an un masseur-kinésithérapeute <sup>[18]</sup>. Les causes peuvent être très diverses, des douleurs rachidiennes jusqu'aux douleurs vestibulaires. Si au début des années 70 les patients venaient surtout pour se faire masser et se faire prendre en charge pour des maux de dos, aujourd'hui il s'agit plutôt de recouvrer une fonction déficitaire <sup>[16]</sup>. Cependant, les pathologies atteignant la mobilité du dos, des épaules, et les maladies ostéo-articulaires, les douleurs liées au rachis, souvent liées à l'activité de travail, font toujours l'objet d'un recours soutenu à la masso-kinésithérapie <sup>[12], [13]</sup>.

La diminution de la durée du séjour hospitalier a également des répercussions sur le type de pathologies que le masseur-kinésithérapeute prend en charge, notamment en matière de rééducation <sup>[2]</sup>, mais aussi en ce qui concerne le traitement et le suivi de patients cancéreux.

Par ailleurs, les soins de masso-kinésithérapie représentent l'un des principaux postes de dépense de soins de ville chez les personnes âgées dépendantes <sup>[17]</sup>. Les actions portant sur les fonctions neurologiques, orthopédiques, ou visant à limiter la perte de mobilité articulaire s'accroissent <sup>[8]</sup>.

On assiste aussi à un développement croissant de la kinésithérapie respiratoire sur les enfants, de même que l'éducation thérapeutique des patients émerge comme un nouveau champ d'intervention <sup>[8]</sup>.

En revanche les soins non thérapeutiques dans le domaine du confort et de l'esthétique semblent rester marginaux dans l'activité des masseurs-kinésithérapeutes <sup>[1]</sup>.

Parfois, des kinésithérapeutes se spécialisent sur un type de patientèle : les infirmes moteurs cérébraux et les poly pathologiques, les enfants, les sportifs, ... <sup>[13]</sup>.

Le masseur-kinésithérapeute a donc un véritable rôle de soignant, qui prend en charge des pathologies comme la bronchiolite, l'asthme ou encore la mucoviscidose <sup>[16]</sup>. Au-delà de la rééducation post-traumatique ou post-chirurgicale, la masso-kinésithérapie s'achemine ainsi vers une prise en charge

croissante de maladies chroniques et des personnes âgées dépendantes, et vers des soins d'une plus haute technicité.

## 3.2. Problématiques repérées au sein de la profession

### 3.2.1. La pénibilité physique

La masso-kinésithérapie constitue un effort physique pour le professionnel lui-même. D'après une enquête nationale de l'Institut Universitaire de Santé au Travail et Environnement menée avec les Hôpitaux universitaires de Strasbourg en 2006<sup>6</sup>, 54,6% des masseurs-kinésithérapeutes jugent fortes les exigences physiques de travail. 7% des masseurs-kinésithérapeutes ont dû quitter le métier à cause des contraintes physiques (posturales) et des facteurs de pénibilité. La rhizarthrose, arthrose des articulations de la base du pouce, est ainsi une pathologie fréquente au sein de la profession<sup>[20]</sup>.

### 3.2.2. Le niveau de rémunération des actes, jugé insuffisant

Le décalage entre le travail effectué et la rémunération de l'acte, jugée trop faible par laplupart des masseurs-kinésithérapeutes, peut être un facteur incitant à effectuer un volume horaire conséquent, ou pour certains masseurs-kinésithérapeutes, des dépassements d'honoraires, ou encore la prise en charge de plusieurs patients en même temps, d'après un rapport de l'ONDPS<sup>7</sup><sup>[13]</sup>. Par ailleurs, ce rapport indique que depuis avril 2007 l'Assurance Maladie limite pour certaines pathologies un nombre de séances bien défini, ce qui semble interpeller certains masseurs-kinésithérapeutes, notamment concernant les « enjeux de la preuve » de l'efficacité qui sont liés. Ainsi, sont remboursés actuellement les actes pour lesquels une démonstration de l'efficacité existe, ce qui n'est pas valable pour d'autres pathologies pour lesquelles l'efficacité de la masso-kinésithérapie est plus difficilement démontrable. Les professionnels semblent craindre cette tentative de standardisation des soins, jugeant qu'il est difficile de connaître à l'avance la réceptivité du patient par rapport aux différentes techniques.

### 3.2.3. Les évolutions souhaitées en matière de formation

Concernant la formation continue, il apparaît que les formations universitaires qualifiantes ne donnent lieu ni à des rémunérations supplémentaires ni à une reconnaissance statutaire<sup>[8]</sup>.

La formation initiale est en restructuration, au vu de la réforme Licence-Master-Doctorat qui touche les métiers de la santé et compte tenu des demandes des professionnels sur le fait que le contenu du programme de formation n'a pas été actualisé depuis longtemps. La durée des études de masso-kinésithérapie souvent jugée trop courte pour appréhender toutes les spécialités du métier a ainsi été modifiée à la rentrée 2015 (1 année + 4 ans). Avec l'universitarisation des études, la possibilité de bourses deviendrait envisageable, pour pallier le coût important de la formation, qui était en moyenne de 3207,43€ en 2013, atteignant parfois 6328€<sup>[26]</sup>, et qui a eu pour conséquence de créer, au fil des ans, un changement du profil sociologique des étudiants, favorisant les jeunes issus de milieux socio-économiquement aisés<sup>[8]</sup>.

---

<sup>6</sup> Farrugia A. Troubles musculosquelettiques et rachialgies chez les masseurs-kinésithérapeutes en France : Enquête nationale auprès de 1344 cas. Université Louis Pasteur, Strasbourg; 2006. Disponible sur: <http://www.smtefc.org/jfsst2007/prespdf/V11h15GONZALEZ.pdf>

<sup>7</sup> Matharan J, Micheau J, Rigal E. Le métier de masseur-kinésithérapeute. ONDPS; sept 2009 [cité 3 déc 2014]. Disponible sur: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ONDPS\\_etude\\_masseur\\_kinesitherapeute.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ONDPS_etude_masseur_kinesitherapeute.pdf)

Enfin, en raison de l'essor des activités administratives et de gestion, une formation dans ce champ constitue aussi une demande des professionnels, particulièrement des libéraux<sup>[23]</sup>, car la durée des stages est estimée trop courte pour maîtriser cet aspect de la profession.

### 3.2.4. Le lien avec les médecins

Les masseurs-kinésithérapeutes sont fréquemment en contact avec des infirmiers, mais surtout avec des médecins généralistes, compte tenu du fait que la prescription lie le kinésithérapeute au médecin. Ce dernier fait appel au masseur-kinésithérapeute libéral pour des indications rhumatologiques, respiratoires, orthopédiques, neurologiques, liées à une douleur intense du rachis, ...

En 2005, la Haute Autorité de Santé a élaboré des recommandations évoquant notamment le lien entre le masseur-kinésithérapeute libéral et médecin en vue de clarifier la prise en charge dans la lombalgie commune et la place de la prescription<sup>[32]</sup>. D'après un rapport de l'ONDPS<sup>8</sup>, certains médecins feraient parfois des prescriptions succinctes tandis que d'autres semblent plus directifs<sup>[12]</sup>, compte tenu de la connaissance plus ou moins fine qu'ils ont des techniques de masso-kinésithérapie existantes et du nombre de séances souhaitable.

D'après l'ONDPS<sup>9</sup>, les masseurs-kinésithérapeutes déplorent parfois le manque d'informations concernant les contre-indications, les éléments de diagnostic, les comptes-rendus opératoires<sup>[1]</sup> et le bilan de sortie kinésithérapique.

Concernant les masseurs-kinésithérapeutes salariés à l'hôpital, la relation qui les unit aux médecins est un peu plus celle du transfert de compétences. L'Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière décrit une évolution possible vers certains actes comme l'extubation et la manipulation des assistances ventilatoires<sup>[8]</sup>.

### 3.2.5. Le manque d'attractivité du salariat ?

Même si certains masseurs-kinésithérapeutes libéraux évoquent des difficultés à trouver un remplaçant, il apparaît nettement que le secteur libéral, et particulièrement en zone sur dotée, attire bien plus de professionnels que le salariat.

Les derniers chiffres indiquent que plus de 1000 postes sont vacants dans les établissements publics. C'est aussi le cas des EPHAD, qui font appel à des personnes non professionnelles de santé. Ce sont, d'après certains syndicats<sup>10</sup>, des « éducateurs sportifs, professeurs d'APA [activités physiques adaptées], qui répondent aux besoins dans ces établissements ou encore des praticiens étrangers n'ayant pas d'autorisation d'exercice »<sup>[23]</sup>.

En Rhône-Alpes, 8% des postes budgétés de masseurs-kinésithérapeutes sont vacants dans les établissements publics et privés, particulièrement dans le secteur médico-social, où les vacances de postes sont surtout dues à un départ pour l'exercice libéral<sup>[6]</sup>.

Même si les masseurs-kinésithérapeutes ayant des enfants et qui souhaitent un temps partiel restent attirés par le secteur salarial<sup>[8]</sup>, les établissements sont contraints d'accorder des primes différentielles ou des rémunérations à des échelons supérieurs<sup>[14]</sup> pour les attirer, en plus de la promesse d'horaires de

---

<sup>8</sup> Bonnal C, Matharan J, Micheau J. La prescription de masso-kinésithérapie par les médecins généralistes et rhumatologues libéraux. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé; déc 2009 [cité 11 déc 2014]. Disponible sur: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/La\\_prescription\\_de\\_masso-kinésithérapie\\_par\\_les\\_médecins\\_généralistes\\_et\\_rhumatologues\\_libéraux.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/La_prescription_de_masso-kinésithérapie_par_les_médecins_généralistes_et_rhumatologues_libéraux.pdf)

<sup>9</sup> ONDPS. Analyse des professions : insuffisance rénale chronique, masseur-kinésithérapeute. Tome 2. 2009 [cité 3 déc 2014]. Disponible sur:

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/tome2\\_Analyse\\_professions\\_insuffisance\\_renale\\_chronique\\_masseur\\_kine.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/tome2_Analyse_professions_insuffisance_renale_chronique_masseur_kine.pdf)

<sup>10</sup> Réforme de la formation initiale des masseurs-kinésithérapeutes. Organisations représentant la masso-kinésithérapie; oct 2014 [cité 11 mars 2015]. Disponible sur: [http://kinedoc.org/Kinedoc-war/KinedocDownloadDocument.do?nomFichierUser=reforme\\_des\\_etudes\\_octobre\\_2014.pdf&uri=f6c95bc5-5616-49e9-9fc2-7d6a1601551d.pdf](http://kinedoc.org/Kinedoc-war/KinedocDownloadDocument.do?nomFichierUser=reforme_des_etudes_octobre_2014.pdf&uri=f6c95bc5-5616-49e9-9fc2-7d6a1601551d.pdf)

travail réguliers et plus compatibles avec une vie de famille, car les masseurs-kinésithérapeutes libéraux fuient les contraintes hiérarchiques pesantes, les revenus faibles<sup>[16]</sup>.

### 3.2.6. Diversité des pratiques de soin

En libéral, la durée des séances et le nombre de patients pris en charge par séance est variable, y compris au sein d'un même cabinet. En effet, même si la norme conventionnelle prévoit 30 minutes par patient, en face-à-face, les pratiques semblent plus diversifiées dans la réalité<sup>[13]</sup>. Certains kinésithérapeutes prennent en charge trois ou quatre patients en même temps, avec ou sans appareils. D'après l'ONDPS, le fait de prendre plusieurs patients en même temps serait une pratique plus fréquente en zone rurale où la demande est très soutenue<sup>11 [1]</sup>.

Concernant le contenu des pratiques, certains masseurs-kinésithérapeutes choisissent de répondre à une demande de soins de confort, et évoluent vers un déconventionnement, au moins partiel de leur activité<sup>[13]</sup>. Certains kinésithérapeutes massent toujours quand d'autres usent plus volontiers d'adjuvants physiothérapeutiques (thermothérapie, cryothérapie, ultrasons)<sup>[16]</sup>.

Certains masseurs-kinésithérapeutes choisissent de suivre des formations complémentaires et se spécialisent en rééducation périnéale, sur les thérapies manuelles, diverses techniques de massage, digito-puncture, sport et santé, rééducation gériatrique, rééducation maxillo faciale etc.<sup>[2]</sup>.

Par ailleurs, certains masseurs-kinésithérapeutes ont une pratique qui revendique des dimensions psychologiques : la méthode Sohier, Mézière, ou Feldenkrais. Des professionnels adoptent des méthodes de médecines douces ou des thérapies dites « alternatives » ou « non-conventionnelles », parfois, dites proches de pratiques ésotériques, comme la « biokinergie », située entre ostéopathie et médecine chinoise. Ces techniques ne bénéficient pas d'une reconnaissance officielle mais des kinésithérapeutes investissent ce champ en complément de la masso-kinésithérapie.

Cette diversité peut cependant être défavorable à une bonne reconnaissance de la profession. Certains représentants de la profession se sont ainsi interrogés sur l'intérêt de procéder à une homogénéisation des pratiques en créant des spécialités en kinésithérapie. La majorité de la profession semble y être opposée, compte-tenu du risque d'instaurer une hiérarchie entre « spécialistes » et « généralistes » comme chez les médecins, ce qui risquerait également de complexifier la négociation des revalorisations avec la Caisse nationale d'Assurance maladie<sup>[13]</sup>.

### 3.2.7. Des enjeux de concurrence, avec les ostéopathes, les ergothérapeutes, les sages-femmes, ...

Il existe deux professions dites de « thérapie manuelle » qui peuvent parfois constituer une forme de concurrence pour les masseurs-kinésithérapeutes : les chiropracteurs et les ostéopathes.

Les chiropracteurs sont des professionnels qui pratiquent des manipulations articulaires et les soins conservateurs de la colonne vertébrale. Ils se déclarent spécialistes des troubles du système neuromusculo-squelettique. La prise en charge chiropractique inclue par exemple des torticolis musculaires ou vertébraux, des névralgies intercostales, des lombalgies mécaniques, des sciatiques ou encore des tendinites. Les chiropracteurs reçoivent une formation de 3520 heures sur six ans dans la seule école française qui dispense cette formation : L'Institut Franco Européen de Chiropratique. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé reconnaît l'usage du titre de chiropracteur, et les actes et l'exercice de la chiropraxie sont encadrés par le décret du 7 janvier 2011. Le décret et l'arrêté du 24 mars 2014 encadrent la formation et l'agrément des établissements<sup>[29]</sup>. Les actes

<sup>11</sup> ONDPS. Analyse des professions : insuffisance rénale chronique, masseur-kinésithérapeute. Tome 2. 2009 [cité 3 déc 2014]. Disponible sur:

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/tome2\\_Analyse\\_professions\\_insuffisance\\_renale\\_chronique\\_masseur\\_kine.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/tome2_Analyse_professions_insuffisance_renale_chronique_masseur_kine.pdf)

de chiropraxie ne sont cependant pas remboursés par l'Assurance Maladie. La Direction générale de l'offre de soins comptabilise un nombre restreint de chiropracteurs : 686 en septembre 2014 <sup>[34]</sup>.

Par ailleurs, de plus en plus de masseurs-kinésithérapeutes se forment à l'ostéopathie ; on en dénombre 7370 en France, soit 9% qui usent du titre d'ostéopathes <sup>[10]</sup>. Les médecins qui suivent une formation peuvent aussi user de ce titre.

12 500 ostéopathes exclusifs ont été recensés en 2014 par le Registre des Ostéopathes de France (ROF), qui ne précise pas si cet exercice est à temps plein <sup>[22]</sup>. Par ailleurs, la région Rhône-Alpes comptait en 2014 12,6% de masseurs-kinésithérapeutes qui ont un titre d'ostéopathe, et ce majoritairement dans le Rhône <sup>[6]</sup>.

La profession d'ostéopathe a été reconnue par la loi Kouchner du 4 mars 2002, et des décrets sont parus en septembre et en décembre 2014. Ils visent à renforcer la réglementation en allongeant la durée de formation (le cursus passe de 2660 heures minimum à 4860 heures), et en encadrant les écoles qui auront désormais 24 critères à remplir pour obtenir un agrément de cinq ans. Ces mesures devraient réguler la démographie des ostéopathes et entraîner une baisse du nombre d'écoles. La profession connaît en effet un problème de surpopulation, tous les jeunes formés exclusivement à l'ostéopathie ayant de grandes difficultés à s'installer et à exercer faute d'une patientèle suffisante en volume. Pour les autres professionnels, la conséquence devrait être l'allongement de la durée de formation (trois ans supplémentaires pour un médecin, ce qui semble toutefois peu probable...).

D'après les masseurs-kinésithérapeutes, ces mesures vont intensifier la concurrence entre eux-mêmes et les ostéopathes exclusifs (les « ni-ni »), car elles donnent un plus grand crédit à ces derniers, notamment auprès des patients, alors qu'un ostéopathe exclusif n'est ni médecin, ni masseur-kinésithérapeute <sup>[22], [12]</sup>. En effet, si les manipulations gynéco-obstétricales et les touchers pelviens sont interdits, l'ostéopathe est autorisé à manipuler le crâne, la face, et le rachis chez le nourrisson de moins de six mois, et le rachis cervical, après un diagnostic fait par un médecin indiquant l'absence de contre-indication médicale <sup>[28]</sup>.

De plus en plus de patients se tournent vers ces professionnels, estimant que pour certaines pathologies chroniques une séance d'ostéopathie remplace de nombreuses séances de kinésithérapie infructueuses <sup>[1]</sup>. Du côté des futurs professionnels, l'attrait de ce métier réside dans le fait que les ostéopathes gagnent en reconnaissance, s'affranchissent de la prescription médicale, et parce que le concours de masso-kinésithérapie est trop sélectif. Les ostéopathes semblent donc représenter au sein de la profession une concurrence possible, particulièrement pour les kinésithérapeutes libéraux, puisque très peu d'ostéopathes exercent en maison de retraite, en centre de soins ou en maternité.

Les ergothérapeutes interviennent dans des domaines comme la rééducation fonctionnelle, la réadaptation professionnelle ou le maintien à domicile, champs qui commencent à être investis par certains masseurs-kinésithérapeutes. Les ergothérapeutes sont chargés de la prévention et du maintien des activités quotidiennes de manière sécurisée, en utilisant notamment des aides techniques et technologiques, et en élaborant un travail sur les gestes du quotidien, ce qui laisse la possibilité aux masseurs-kinésithérapeutes de se positionner sur certaines situations ou patients proches. <sup>[15]</sup>

Habilités à pratiquer la rééducation périnéale, les kinésithérapeutes pourraient apparaître également en concurrence avec les sages-femmes. L'article R.4127-318 du Code de la santé publique précise que la sage-femme peut « pratiquer la rééducation périnéo-sphinctérienne en cas de troubles consécutifs à l'accouchement », donc uniquement dans la période postnatale, contrairement aux masseurs-kinésithérapeutes

Par ailleurs, étant donné que certains kinésithérapeutes investissent le domaine du soin à visée non thérapeutique, à savoir celui de la cellulite et des soins de bien-être comme en centres de thalassothérapie, ou « l'endermologie », les professionnels du bien-être et les esthéticiennes représentent également une concurrence pour les masseurs-kinésithérapeutes. La loi n° 2005-882 du 2 août 2005 a cependant apporté une clarification terminologique : le terme « modelage » est utilisé pour les massages à visée esthétique sans finalité médicale, et le terme « massage » est réservée aux actes ayant une visée thérapeutique. Pour les masseurs-kinésithérapeutes, les soins de bien-être sont néanmoins limités du fait de l'interdiction pour les professionnels de santé de faire de la publicité, même si le Code de déontologie permet l'utilisation d'une plaque supplémentaire pour faire valoir cette spécificité d'exercice.



Des compétences connexes ou proches peuvent ainsi générer des situations de concurrence favorables ou défavorables aux masseurs-kinésithérapeutes, selon le niveau de reconnaissance de ces professions, et selon le territoire d'exercice. Cependant, même si des champs sont proches, on ne peut pas parler de concurrence en tant que telle puisque seuls les actes de masso-kinésithérapie sont remboursés.

## 4. EVOLUTIONS POSSIBLES DU METIER

Compte-tenu de l'accès direct des patients aux physiothérapeutes dans la majorité des pays occidentaux, l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes souligne que les masseurs-kinésithérapeutes français pourraient être plus précocement consultés « dans le cadre de pathologies respiratoires, de petite traumatologie, de pratiques sportives, ou encore de maintien de l'autonomie »<sup>[24]</sup>, de façon à accélérer la prise en charge et de réduire les coûts de santé<sup>[25]</sup>. Par ailleurs, beaucoup estiment qu'il faut développer d'accès direct ou du moins officialiser ce qui se fait déjà dans la réalité, de nombreux patients s'adressant directement aux masseurs-kinésithérapeutes, même s'il leur est ensuite nécessaire de voir un médecin pour obtenir l'ordonnance qui leur permettra un remboursement des soins.

En outre, compte-tenu de la difficulté de prise en charge à domicile ou dans les EPHAD des personnes âgées ou de patients atteints de maladies chroniques, la profession d'aide-kinésithérapeute verra peut-être le jour, à l'instar du métier d'aide-soignant<sup>[19]</sup>. Les pays d'Amérique du nord et l'Australie ont créé des assistants physiothérapeutes dont la formation dure généralement 2 ans, en même temps que le passage des physiothérapeutes au niveau Master<sup>[25]</sup>.

Parallèlement, chez les salariés, la coordination des soins et l'hyper-technicité devraient s'accroître<sup>[8]</sup>, notamment sur des champs encore complexes comme les paralysies suite à des lésions cérébrales ou de la moelle épinière<sup>[11]</sup>. Les centres de soins de suite et de rééducation deviennent de plus en plus généralistes et accueillent tout type de pathologies, alors que dans les grands centres hospitaliers universitaires la tendance est à l'hyperspécialisation<sup>[13]</sup>. L'ONDPS indique que les salariés « seraient de plus en plus nombreux à vouloir s'impliquer dans des réseaux de soins, en particulier les réseaux « bronchiolite », ou ceux consacrés à la prise en charge de la douleur, aux soins palliatifs et à la gériatrie (CLIC). »<sup>[1]</sup>.

Enfin, la profession de masso-kinésithérapie devrait se renforcer en tant que discipline à part entière. D'une part grâce à la demande d'une formation de niveau Master 2 pour continuer d'accroître la sécurité et la qualité des soins; d'autre part grâce au développement de la recherche par les organisations représentantes en créant des filières doctorantes.<sup>[23], [24], [25]</sup>

On assiste donc à une accélération des évolutions qui peut laisser entrevoir des modifications dans les façons d'exercer à l'avenir, et dans l'organisation des pratiques et de la prise en charge des patients.



# PROJECTIONS DEMOGRAPHIQUES

# 1. LES DONNEES RELATIVES AUX MASSEURS-KINESITHERAPEUTES

Afin de réaliser les projections démographiques à l'horizon 2025, plusieurs données de différentes sources ont été utilisées.

## 1.1. Les données du répertoire ADELI

### 1.1.1. La démographie des masseurs-kinésithérapeutes

Le répertoire ADELI des professionnels de santé réglementés par le Code de la santé publique, contient des informations personnelles et professionnelles (état civil – diplôme, situation professionnelle – activités exercées).

En janvier 2014, selon ce répertoire **8 737 masseurs-kinésithérapeutes de moins de 66 ans** (soit 96% des masseurs-kinésithérapeutes inscrits) et 379 de plus de 66 ans et plus (soit 4% des masseurs-kinésithérapeutes inscrits) exercent en Rhône-Alpes.

Les professionnels ne sont pas obligés de se désinscrire de la base ADELI et certains professionnels inscrits dans la base ne sont plus en activité. C'est la raison pour laquelle nous avons choisi dans cette étude de nous intéresser essentiellement aux masseurs-kinésithérapeutes ayant au plus 65 ans, âge légal de départ à la retraite des masseurs-kinésithérapeutes libéraux au 1<sup>er</sup> janvier 2014.

Sur l'ensemble des masseurs-kinésithérapeutes en exercice en Rhône-Alpes, près de 53% sont des femmes. La profession, qui pendant longtemps était majoritairement exercée par des hommes, se féminise de plus en plus. Cette situation est plus marquée dans les générations les plus jeunes, les hommes étant encore majoritaires chez les 55 ans et plus.

### Répartition par sexe et par âge des masseurs-kinésithérapeutes, Rhône-Alpes Janvier 2014

	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-65 ans	Total
Hommes	198	595	638	613	412	399	381	437	449	<b>4 122</b>
<i>Repartition</i>	4,8%	14,4%	15,5%	14,9%	10,0%	9,7%	9,2%	10,6%	10,9%	<b>100,0%</b>
Femmes	291	931	851	616	473	468	408	305	272	<b>4 615</b>
<i>Repartition</i>	6,3%	20,2%	18,4%	13,3%	10,2%	10,1%	8,8%	6,6%	5,9%	<b>100,0%</b>
<b>Total</b>	<b>489</b>	<b>1 526</b>	<b>1 489</b>	<b>1 229</b>	<b>885</b>	<b>867</b>	<b>789</b>	<b>742</b>	<b>721</b>	<b>8 737</b>
<i>Repartition</i>	5,6%	17,5%	17,0%	14,1%	10,1%	9,9%	9,0%	8,5%	8,3%	<b>100,0%</b>

Part des masseurs-kinésithérapeutes femmes	59,5%	61,0%	57,2%	50,1%	53,4%	54,0%	51,7%	41,1%	37,7%	52,8%
--------------------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

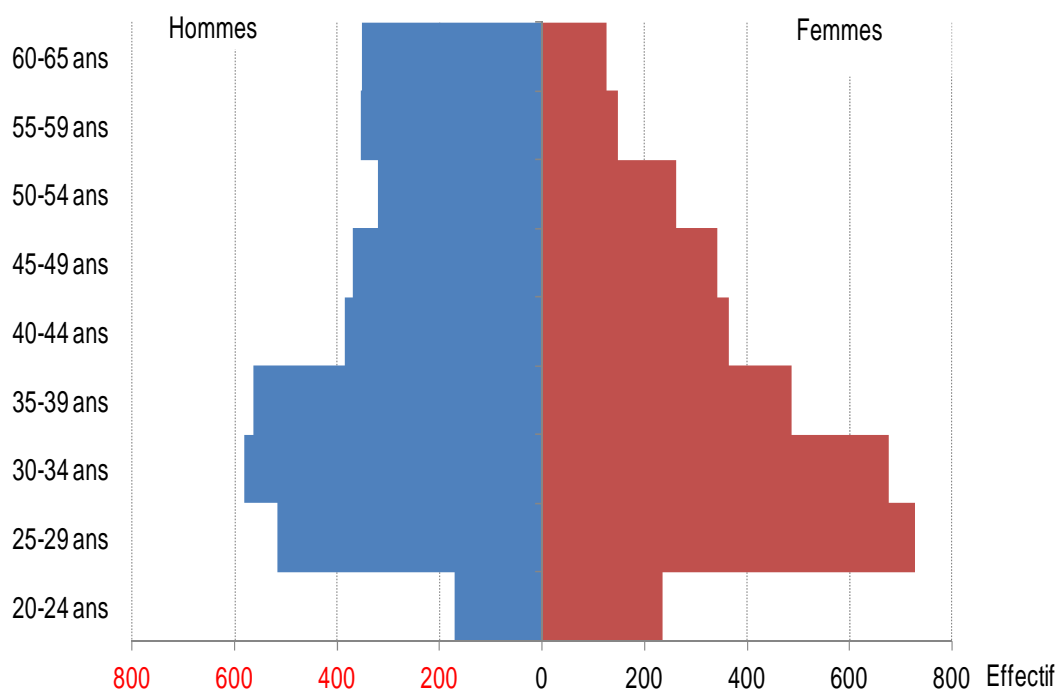
Source : Adeli 2014, FNORS

En janvier 2014, 17% de masseurs-kinésithérapeutes en exercice en Rhône-Alpes ont 55 ans et plus. L'âge moyen est de 40,5 ans. Cela correspond approximativement à l'âge moyen des masseurs-kinésithérapeutes sur le territoire national qui est de 41 ans<sup>12</sup>.

<sup>12</sup> La démographie des masseurs-kinésithérapeutes en France par région – Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, 1<sup>er</sup> octobre 2010

Les masseurs-kinésithérapeutes libéraux sont plus jeunes que la moyenne présentée ci-dessus. L'âge moyen des libéraux est de 39 ans et demi et 14% des masseurs-kinésithérapeutes libéraux en exercice en Rhône-Alpes ont 55 ans et plus.

### Pyramide des âges des MK libéraux en Rhône-Alpes



Source : Adeli 2014, exploitation ORS

### 1.1.2. Le mode d'exercice en Rhône-Alpes

Les masseurs kinésithérapeutes libéraux représentent 80% de l'ensemble des masseurs-kinésithérapeutes et 20% sont salariés (16% sont salariés en milieu hospitalier).

#### Répartition par âge et mode d'exercice des masseurs-kinésithérapeutes, Rhône-Alpes janvier 2014

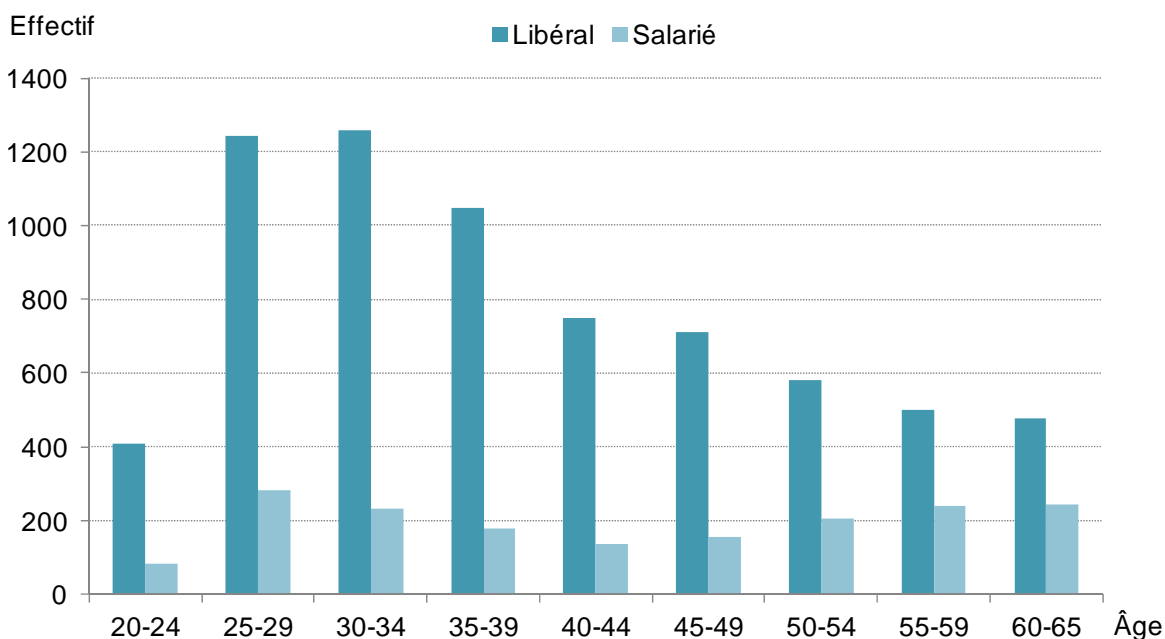
	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-65 ans	Total
Libéral	407	1 244	1 258	1 049	748	712	582	502	477	<b>6 979</b>
Part	83,2%	81,5%	84,5%	85,4%	84,5%	82,1%	73,8%	67,7%	66,2%	<b>79,9%</b>
Salarié hospitalier	65	239	192	145	113	123	171	197	196	<b>1 441</b>
Part	13,3%	15,7%	12,9%	11,8%	12,8%	14,2%	21,7%	26,5%	27,2%	<b>16,5%</b>
Salarié non hospitalier	17	43	39	35	24	32	36	43	48	<b>317</b>
Part	3,5%	2,8%	2,6%	2,8%	2,7%	3,7%	4,6%	5,8%	6,7%	<b>3,6%</b>
<b>Total</b>	<b>489</b>	<b>1 526</b>	<b>1 489</b>	<b>1 229</b>	<b>885</b>	<b>867</b>	<b>789</b>	<b>742</b>	<b>721</b>	<b>8 737</b>
Part	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

\* Les masseurs-kinésithérapeutes exerçant une activité libérale et salariée (mixte) sont recensés dans les masseurs-kinésithérapeutes libéraux.

Source : Adeli 2014, FNORS

La proportion d'exercice libéral diminue progressivement à partir de 50 ans, et atteint 66% chez les 60-65 ans.

#### Répartition des masseurs-kinésithérapeutes par tranche d'âge et mode d'exercice



Source : Adeli 2014, exploitation ORS

Les femmes sont un peu moins nombreuses à exercer en libéral (73% contre 88%) et, à l'inverse, on en compte deux fois plus parmi les salariés en milieu hospitalier (22% contre 11%).

## Répartition des masseurs-kinésithérapeutes par sexe et mode d'exercice, Rhône-Alpes janvier 2014

	Libéral	Salarié hospitalier	Salarié non hospitalier	Total
Hommes	3 611	424	87	4 122
<i>Part</i>	87,6%	10,3%	2,1%	100,0%
Femmes	3 368	1 017	230	4 615
<i>Part</i>	73,0%	22,0%	5,0%	100,0%
<b>Total</b>	<b>6 979</b>	<b>1 441</b>	<b>317</b>	<b>8 737</b>
<i>Part</i>	<b>79,9%</b>	<b>16,5%</b>	<b>3,6%</b>	<b>100,0%</b>

Source : Adeli 2014, FNORS

### 1.1.3. Les lieux d'exercice

Les masseurs-kinésithérapeutes ont parfois deux, voire trois, lieux d'exercice différents, et peuvent exercer dans un ou plusieurs départements de la région Rhône-Alpes.

Les densités des masseurs-kinésithérapeutes varient de 89 pour 100 000 habitants dans le département de l'Ain à 178 pour 100 000 dans le département de la Savoie. En Rhône-Alpes la densité des masseurs-kinésithérapeutes est de 139 pour 100 000 habitants. Si on la compare à la densité nationale<sup>13</sup> (125,3 pour 100 000 habitants), la densité de cette profession en Rhône-Alpes est assez élevée.

Les densités des masseurs-kinésithérapeutes libéraux enregistrent également des écarts importants entre les départements le moins dotés, comme les départements de l'Ain (69,5 masseurs-kinésithérapeutes libéraux pour 100 000 habitants) et de l'Ardèche (85,7 pour 100 000 habitants) et les départements les mieux pourvus tel que le département de la Savoie qui a une densité presque 2 fois supérieure à celle de l'Ain.

### Nombre de masseurs-kinésithérapeutes\* selon le département et le mode d'exercice, Rhône-Alpes Janvier 2014

	Libéral	Salarié hospitalier	Salarié non hospitalier	Total	Densité pour 100 000 habitants	Dont densité en libéral
01 - Ain	420	100	20	540	89,4	69,5
07 - Ardèche	272	52	4	328	103,4	85,7
26- Drôme	522	83	20	625	128,1	106,9
38-Isère	1 608	272	48	1 928	158,7	132,3
42- Loire	677	114	58	849	113,3	90,4
69- Rhône	2 029	532	101	2 662	152,6	116,3
73-Savoie	582	131	32	745	177,8	138,9
74 - Haute-Savoie	962	158	35	1 155	154,6	128,8
<b>Rhône-Alpes</b>	<b>6 979</b>	<b>1 441</b>	<b>317</b>	<b>8 737</b>	<b>139,0</b>	<b>111,1</b> *

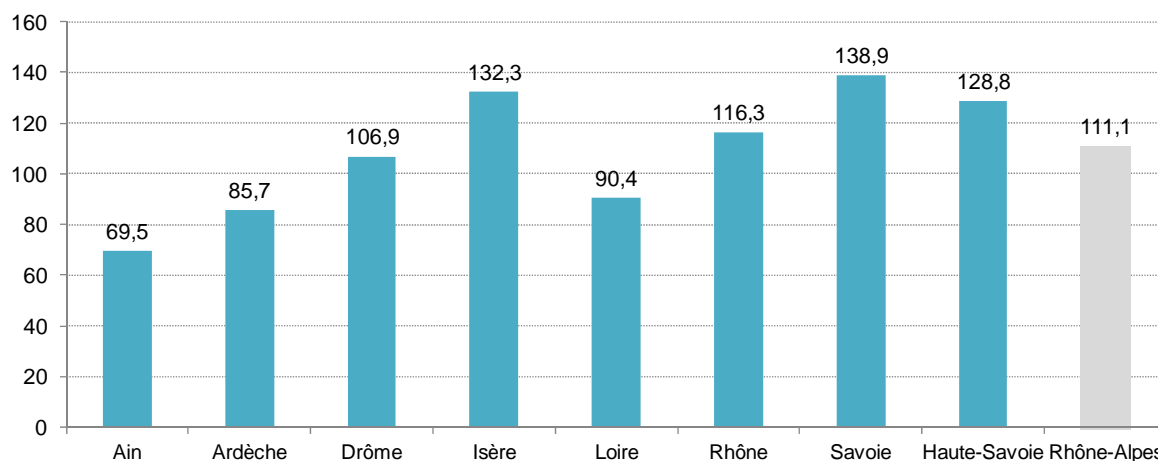
Professionnels comptés plusieurs fois selon leurs départements d'exercice. Ils sont comptés une seule fois en Rhône-Alpes

Source : Adeli 2014, FNORS

<sup>13</sup> Etat des lieux de la profession de masseurs-kinésithérapeutes en région Rhône-Alpes – ARS Rhône-Alpes – Juillet 2014  
Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes

## Densité des masseurs-kinésithérapeutes libéraux par département

pour 100 000 habitants



Source : Adeli 2014, Exploitation ORS

La part des femmes masseurs-kinésithérapeutes est particulièrement élevée – tout mode d'exercice confondu – dans les départements de Haute Savoie et Savoie.

## Nombre de masseurs-kinésithérapeutes\* selon le département et le sexe, Rhône-Alpes Janvier 2014

	Hommes	Femmes	Total	Part des femmes
01 - Ain	253	287	540	53,1%
07 - Ardèche	170	158	328	48,2%
26 - Drôme	313	312	625	49,9%
38 - Isère	911	1 017	1 928	52,7%
42 - Loire	437	412	849	48,5%
69 - Rhône	1 264	1 398	2 662	52,5%
73 - Savoie	342	403	745	54,1%
74 - Haute-Savoie	490	665	1 155	57,6%
<b>Rhône-Alpes</b>	<b>4 122</b>	<b>4 615</b>	<b>8 737</b>	<b>52,8%</b>

\* Professionnels comptés plusieurs fois selon leurs départements d'exercice. Ils sont comptés une seule fois en Rhône-Alpes

Source : Adeli 2014, FNORS



#### 1.1.4. Les quotas de places en école de kinésithérapie

Chaque année, un arrêté ministériel fixe par région le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études au diplôme de masseur-kinésithérapeute.

Comme au niveau national, en Rhône-Alpes, on constate une augmentation continue du quota d'entrée en école de kinésithérapie : +19% entre 2007 et 2014.

En 2014, le nombre de places était fixé à 189 étudiants.

#### **Quotas de places en école de kinésithérapie en Rhône-Alpes, en première année**

Année	Quotas de places
2014	189
2013	189
2012	189
2011	173
2010	173
2009	173
2008	174
2007	159

Source : arrêtés ministériels

#### 1.1.5. La formation des masseurs-kinésithérapeutes

La base **Reflét** du Céreq (Centre d'Etudes et de REcherches sur les Qualifications) répertorie, entre autres, les diplômes des directions générales de l'Action sociale et de la Santé.

En 2010, en Rhône-Alpes, 98 étudiants en kinésithérapie se sont présentés à l'examen. Parmi eux 93 ont été admis soit 95% des étudiants. Cet effectif est relativement faible par rapport aux années précédentes et notamment 2009 où le nombre d'étudiants admis s'élevait à 169, soit près de deux fois plus qu'en 2010.

#### **Effectifs des masseurs-kinésithérapeutes en formation ou diplômés, France et Rhône-Alpes, 2003 à 2010**

		Formation			Diplôme		Taux de diplômés
		Année de formation			Total des présentés	Total des admis	
		1	2	3			
2010	France métropole	2 278	2 120	1 940	1 988	1 924	96,8%
	Rhône-Alpes	133	111	103	98	93	94,9%
2009	France métropole	2 356	2 135	2 047	2 078	2 015	97,0%
	Rhône-Alpes	202	181	165	170	169	99,4%
2008	France métropole	2 227	2 026	1 968	1 944	1 925	99,0%
	Rhône-Alpes	186	167	175	164	163	99,4%
2007	France métropole	2 116	2 064	1 911	1 929	1 703	88,3%
	Rhône-Alpes	167	179	170	165	156	94,5%
2006	France métropole	2 136	2 090	1 752	1 758	1 553	88,3%
	Rhône-Alpes	176	175	160	144	133	92,4%
2005	France métropole	2 109	1 825	1 543	1 728	1 535	88,8%
	Rhône-Alpes	167	171	141	149	143	96,0%
2004	France métropole	1 909	1 664	1 588	1 631	1 482	90,9%
	Rhône-Alpes	153	134	139	135	129	95,6%
2003	France métropole	1 748	1 599	1 534	1 544	1 372	88,9%
	Rhône-Alpes	135	137	133	133	130	97,7%

Source : base de données Reflet du Cereq années 2003-2010

#### 1.1.6. Lieu d'obtention du diplôme

En Rhône-Alpes, sur la période 2011-2013, 368 nouveaux diplômés, en moyenne, ont commencé d'exercer en Rhône-Alpes : 193 ont obtenu leur diplôme dans la région Rhône-Alpes soit 52% en moyenne et 175 en France mais hors de la région Rhône-Alpes, soit 48% en moyenne.

La région Rhône-Alpes est une région attractive pour les professionnels de santé et notamment pour les masseurs-kinésithérapeutes.

Le ratio des diplômés en région et des diplômés hors région s'élève à 1,10.

#### Masseurs-kinésithérapeutes inscrits en Rhône-Alpes entre 2011 et 2013, selon le lieu d'obtention du diplôme (pour les diplômés français).

Année	Diplôme obtenu hors Rhône-Alpes (HRA)	Diplôme obtenu en Rhône-Alpes (RA)	Total	Ratio RA/HRA
2011	158	190	<b>348</b>	1,20
2012	171	186	<b>357</b>	1,09
2013	197	203	<b>400</b>	1,03
<b>Moyenne 2011-2013</b>	<b>175</b>	<b>193</b>	<b>368</b>	<b>1,10</b>

Source : Adeli 2011, 2012, 2013, ARS

#### ➤ Les autorisations d'exercer (DRJSCS)

Pour pouvoir exercer en France avec un diplôme de masseur-kinésithérapeute obtenu dans un Etat membre de l'Union Européenne, il est nécessaire d'avoir une autorisation d'exercice délivrée après avis par une commission compétente de la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) Rhône-Alpes.

En 2013, 153 autorisations d'exercice ont été délivrées sur 173 dossiers déposés.

Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes

Perspectives d'évolution de la démographie et des conditions d'exercice des masseurs-kinésithérapeutes libéraux en Rhône-Alpes – Novembre 2015

Notons que le nombre de dossiers déposés et le nombre d'autorisations accordées ont chuté en 2013 par rapport aux deux années précédentes. En effet, en 2011 sur 296 demandes d'autorisation, 191 ont été accordées et en 2012, 349 demandes ont été déposées pour 210 délivrées, soit près de deux fois plus qu'en 2013.

### **Demandes et autorisations d'exercice des masseurs-kinésithérapeutes, Rhône-Alpes, 2011-2013**

	Demandes d'autorisation	Autorisations d'exercice
2011	296	191
2012	349	210
2013	173	153

Source : DRJSCS Rhône-Alpes

## 1.2. Méthode et hypothèses retenues pour les projections

### 1.2.1. La méthode

A l'instar des projections du nombre de masseurs-kinésithérapeutes en activité en France réalisées par la DREES<sup>14</sup>, les projections sont effectuées ici « par composante », c'est-à-dire qu'on fait évoluer dans le temps des groupes d'individus ayant les mêmes caractéristiques en leur affectant des probabilités d'événements.

Pour réaliser les projections, les groupes d'individus obtenus en croisant l'âge et secteur d'activité (libéral, salarié) sont soumis à trois « événements » :

- l'entrée en activité,
- le vieillissement d'année en année en tant qu'actif,
- la sortie d'activité.

### 1.2.2. Les hypothèses retenues pour les projections

Le principe de base qui fonde ces projections est celui de comportements et de politiques constants. C'est-à-dire que, sur toute la période de projection, on maintient les règles actuelles concernant :

- les quotas d'entrée en formation
- l'âge légal de départ à la retraite, la réforme des retraites n'ayant d'impact qu'à partir de 2021 (personnes nées à partir de 1956)
- les comportements individuels actuels : réussite au diplôme, entrée sur le marché du travail, choix du secteur libéral ou salarié, choix de la région, de la zone d'exercice (urbain/rural), sortie d'activité.

Ce principe se décline en plusieurs hypothèses :

<sup>14</sup> Darrine S. « Projections du nombre de masseurs-kinésithérapeutes en activité en France à l'horizon 2020 » – Sources, méthode, principaux résultats. DREES, Document de travail, série Etudes, n°34, septembre 2003

➤ **1<sup>ère</sup> hypothèse : le nombre de diplômés des écoles de kinésithérapie**

Les études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute durent 3 ans (4 ans à partir de la rentrée 2015), après la première année commune aux études de santé.

Le nombre national de diplômés de l'année « n » est supposé dépasser chaque année de 3 % le quota national d'entrée de l'année « n-3 ». Ce ratio moyen est estimé à partir des quotas fixés par décret et des effectifs de diplômés nationaux sur la période 2003 à 2010 (tableau ci-dessous).

## Quotas et nombre de diplômés en kinésithérapie en France, 2003 à 2010

	Quotas	Diplômés	Ratio : diplômés n / quota n - 3
2010		1 924	0,997
2009		2 015	1,067
2008		1 925	1,031
2007	1929	1 703	1,029
2006	1889	1 553	1,008
2005	1867		
2004	1655		
2003	1540		
<b>Moyenne des ratios :</b>			<b>1,027</b>

Source : les quotas des étudiants sont fixés par un arrêté ministériel, les effectifs des diplômés sont issus de la base de données Reflet du Cereq (année 2003-2010)

### ➤ 2<sup>ème</sup> hypothèse : le quota d'entrée futur dans les écoles de kinésithérapie

Le quota national en 2014 est fixé à 2 524 (en France métropolitaine) et à 189 en Rhône-Alpes. On suppose que le quota reste fixé à son niveau de 2014 pour les années projetées jusqu'en 2025.

### ➤ 3<sup>ème</sup> hypothèse : l'âge au diplôme

On applique aux diplômés rhônalpins l'âge moyen d'obtention du diplôme des masseurs-kinésithérapeutes installés à ce jour en Rhône-Alpes. L'âge moyen au diplôme est ainsi de 24,5 ans, concordant avec l'âge moyen utilisé par la DREES.

L'âge médian au diplôme est de 23 ans en Rhône-Alpes.

*L'âge moyen, est la moyenne de l'âge des personnes sur un territoire. Au contraire l'âge médian est l'âge qui divise la population en deux groupes numériquement égaux, la moitié est plus jeune et l'autre moitié est plus âgée.*

### ➤ 4<sup>ème</sup> hypothèse : taux d'entrée sur le marché du travail

On suppose que 100 % des kinésithérapeutes diplômés entrent effectivement sur le marché du travail.

### ➤ 5<sup>ème</sup> hypothèse : délai d'entrée sur le marché du travail

Parmi ces diplômés entrant sur le marché du travail, 90 % le font l'année même du diplôme, 10 % l'année suivante. Cette hypothèse est basée sur le constat fait par la DREES que la plupart des diplômés le sont en juin et trouvent du travail dans les mois qui suivent, soit avant la fin de l'année civile. Quant à ceux qui passent les examens de rattrapage de septembre/octobre, on peut estimer qu'ils obtiennent un emploi en début d'année suivante.

➤ **6<sup>ème</sup> hypothèse : la part des diplômés de Rhône-Alpes exerçant en Rhône-Alpes**

Parmi ces diplômés de Rhône-Alpes entrant sur le marché du travail (source ARS Rhône-Alpes<sup>15</sup>), 72% vont exercer en Rhône-Alpes, tandis que 28% vont exercer dans d'autres régions. Ce pourcentage sera appliqué aux nouveaux diplômés de Rhône-Alpes sur la période 2015-2025.

➤ **7<sup>ème</sup> hypothèse : la part des diplômés hors Rhône-Alpes exerçant en Rhône-Alpes**

Parmi les entrants en activité en Rhône-Alpes, on compte les diplômés de Rhône-Alpes et également les diplômés de France hors région Rhône-Alpes.

Sur une période de 3 ans (2011-2013), le ratio moyen des diplômés de Rhône-Alpes sur les diplômés hors région, déclarés dans le répertoire Adeli, s'élève à 1,10 (voir tableau page 5). On appliquera donc ce ratio à l'effectif des diplômés de Rhône-Alpes inscrits en Rhône-Alpes.

➤ **8<sup>ème</sup> hypothèse : les autorisations d'exercer**

Les kinésithérapeutes titulaires d'un diplôme étranger de l'Union Européenne (hors France) sont autorisées à exercer en France, à condition que ces personnes aient une autorisation d'exercice (AE). La répartition par âge des professionnels obtenant une autorisation d'exercice est ici supposée identique à celle des diplômés dans les projections.

En 2013, en Rhône-Alpes, ces autorisations sont pour l'essentiel délivrées à des titulaires de diplômes espagnol (40%), portugais (18%) et belges (17%).

La provenance des diplômés de l'espace économique européen a beaucoup évolué ces dix dernières années. Ainsi entre 1999 et 2001, en France, les autorisations étaient pour l'essentiel délivrées à des titulaires de diplômes belges (88%), dont les deux tiers étaient de nationalité française.

➤ **9<sup>ème</sup> hypothèse : répartition des entrants entre secteurs libéral et salarié**

La répartition retenue des entrants par secteur d'activité est celle de l'ensemble des kinésithérapeutes déclarés en activité dans Adeli en 2014, soit 79 % en activité libérale et 21% en activité salariée.

➤ **10<sup>ème</sup> hypothèse : les taux de sortie d'activité**

**Chez les libéraux :** Les taux de sortie d'activité tous motifs confondus (départ à la retraite, décès ou cessations d'activité) sont calculés pour les libéraux par la CNAMTS à partir des données du SNIR (Système national inter-régimes) des années 1997 à 2001 par la méthode des « encore actifs ». Cette méthode consiste à faire « *le complément à 1 du ratio entre le nombre d'actifs d'un âge donné une année donnée et le nombre d'actifs ayant un an de plus l'année suivante* ».

Les masseurs-kinésithérapeutes de moins de 66 ans exerçant en Rhône-Alpes sont vieillissés année par année de 2014 à 2025. Les taux de sortie des libéraux sont appliqués aux effectifs obtenus.

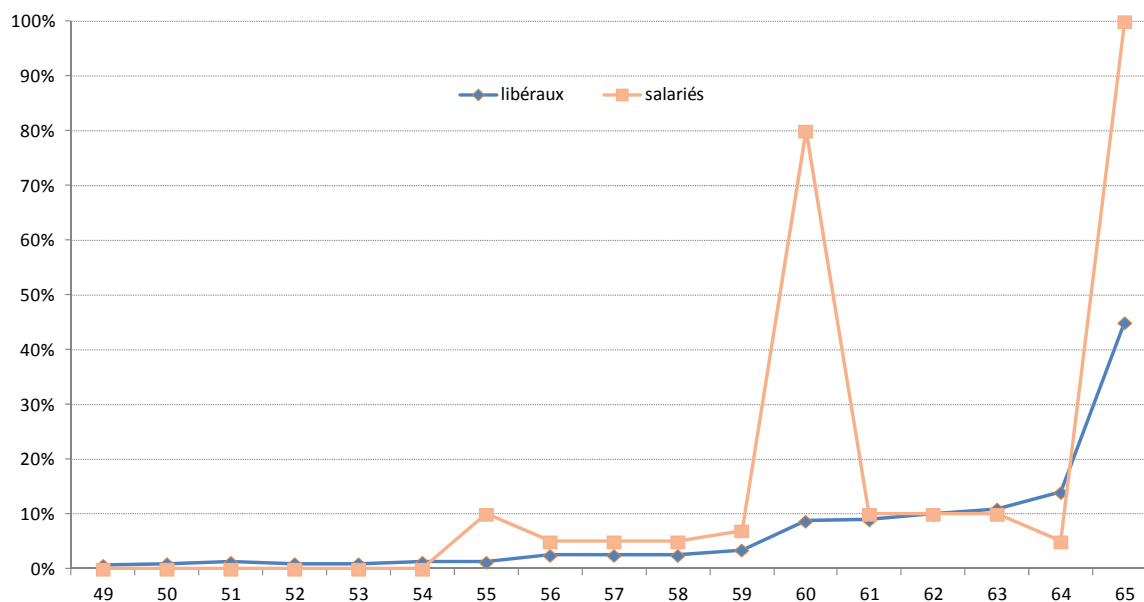
Ces taux retenus estiment que 55% des sorties d'activité de la population des masseurs-kinésithérapeutes se font entre 49 et 64 ans, 45% à 65 ans. L'âge moyen de sortie d'activité est de 62,5 ans pour les masseurs-kinésithérapeutes libéraux.

**Chez les salariés :** Les taux de sortie d'activité des kinésithérapeutes sont calculés à partir des données de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et d'autres sources de données.

<sup>15</sup> Etat des lieux de la profession de masseurs-kinésithérapeutes en région Rhône-Alpes – ARS Rhône-Alpes – Juillet 2014  
Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes

Au final, on obtient des estimations de taux de sortie d'activité des kinésithérapeutes salariés qui présentent trois pics de sortie d'activité, le premier de l'ordre de 10 % des effectifs à 55 ans, le deuxième de l'ordre de 80 % des effectifs restants à 60 ans, l'estimation s'interrompant à l'âge de 65 ans. Ces méthodes chez les libéraux et les salariés sont décrites dans l'étude de la DRESS<sup>16</sup>. Les taux de sortie d'activité sont représentés par le graphique ci-dessous.

### Taux de sortie d'activité des masseurs-kinésithérapeutes libéraux et salariés en France



Source : DREES et CNAMTS (Fichier SNIR)

<sup>16</sup> Darrine S. « Projections du nombre de masseurs-kinésithérapeutes en activité en France à l'horizon 2020 » – Sources, méthode, principaux résultats n°34 – septembre 2003 – Série études Drees

### 1.3. Les résultats

Compte tenu des dix hypothèses énoncées précédemment et ces références régionales et nationales, les tableaux statistiques suivants présentent, les effectifs de kinésithérapeutes de moins de 66 ans en activité en Rhône-Alpes en 2014 au 1<sup>er</sup> janvier (effectifs observés dans ADELI) et les effectifs projetés en tenant compte des sortants en 2015, 2020 et 2025.

#### Effectifs des masseurs-kinésithérapeutes en activité en 2014 en Rhône-Alpes et demeurant en activité en 2015, 2020 et 2025

Age	Année 2014			Année 2015			Année 2020			Année 2025		
	Libéral	Salarié	Total	Libéral	Salarié	Total	Libéral	Salarié	Total	Libéral	Salarié	Total
21	8	0	8									
22	43	14	57	8	0	8						
23	125	29	154	43	14	57						
24	231	39	270	125	29	154						
25	214	57	271	231	39	270						
26	242	72	314	214	57	271						
27	270	45	315	242	72	314	8	0	8			
28	273	54	327	270	45	315	43	14	57			
29	245	54	299	273	54	327	125	29	154			
30	240	50	290	245	54	299	231	39	270			
31	227	44	271	240	50	290	214	57	271			
32	259	46	305	227	44	271	242	72	314	8	0	8
33	267	45	312	259	46	305	270	45	315	43	14	57
34	265	46	311	267	45	312	273	54	327	125	29	154
35	246	44	290	265	46	311	245	54	299	231	39	270
36	234	36	270	246	44	290	240	50	290	214	57	271
37	207	36	243	234	36	270	227	44	271	242	72	314
38	185	35	220	207	36	243	259	46	305	270	45	315
39	177	29	206	185	35	220	267	45	312	273	54	327
40	174	31	205	177	29	206	265	46	311	245	54	299
41	141	29	170	174	31	205	246	44	290	240	50	290
42	148	28	176	141	29	170	234	36	270	227	44	271
43	149	25	174	148	28	176	207	36	243	259	46	305
44	136	24	160	149	25	174	185	35	220	267	45	312
45	161	29	190	136	24	160	177	29	206	265	46	311
46	140	24	164	161	29	190	174	31	205	246	44	290
47	147	31	178	140	24	164	141	29	170	234	36	270
48	135	36	171	147	31	178	148	28	176	207	36	243
49	129	35	164	135	36	171	149	25	174	185	35	220
50	141	45	186	128	35	163	135	24	159	176	29	205
51	123	45	168	140	45	185	158	29	187	171	31	202
52	100	39	139	121	45	166	136	24	160	137	29	166
53	106	37	143	99	39	138	141	31	172	142	28	170
54	112	41	153	105	37	142	128	36	164	142	25	167
55	101	40	141	111	41	152	121	35	156	128	24	152
56	101	61	162	100	36	136	132	41	172	149	26	175
57	111	53	164	98	58	156	113	38	152	127	21	147
58	101	45	146	108	50	159	91	32	123	130	25	155
59	88	41	129	98	43	141	95	29	123	116	28	144
60	74	51	125	85	38	123	98	29	127	107	25	132
61	83	39	122	68	10	78	81	6	87	108	6	114
62	94	32	126	76	35	111	75	9	84	86	6	92
63	85	37	122	85	29	113	76	7	83	64	5	68
64	74	38	112	76	33	109	63	6	69	61	4	65
65	67	47	114	64	36	100	49	5	54	56	4	60
Total	6 979	1 758	8 737	6 849	1 643	8 492	6 263	1 268	7 531	5 680	1 061	6 741

Source : Estimation ORS



On ajoute à ces effectifs les jeunes diplômés qui devraient commencer d'exercer en Rhône-Alpes entre 2014 et 2025 ainsi que les masseurs-kinésithérapeutes ayant obtenu une autorisation d'exercer en Rhône-Alpes. On peut ainsi disposer des projections d'effectifs de masseurs-kinésithérapeutes qui devraient exercer dans la région d'ici 2025.

### Total cumulé des effectifs des masseurs-kinésithérapeutes entrant en activité en Rhône-Alpes (diplômés en France ou disposant d'une autorisation d'exercer), 2014-2025

	Année 2014			Année 2015			Année 2020			Année 2025		
	Libéraux	Salariés	Total	Libéraux	Salariés	Total	Libéraux	Salariés	Total	Libéraux	Salariés	Total
<b>Total</b>	320	85	<b>405</b>	675	179	<b>854</b>	2 460	654	<b>3 114</b>	4 245	1 128	<b>5 374</b>

Source : Estimation ORS

Selon cette série d'hypothèses, les effectifs devraient passer de 9 142 masseurs-kinésithérapeutes en 2014 à 12 115 masseurs-kinésithérapeutes en 2025 et donc augmenter de 32%. Sur la même période, les densités correspondantes de masseurs-kinésithérapeutes devraient augmenter de 24%, passant de 142 à 176 masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants en Rhône-Alpes, soit une augmentation plus lente.

### Projections des effectifs et de la densité des masseurs kinésithérapeutes en Rhône-Alpes, 2014-2025

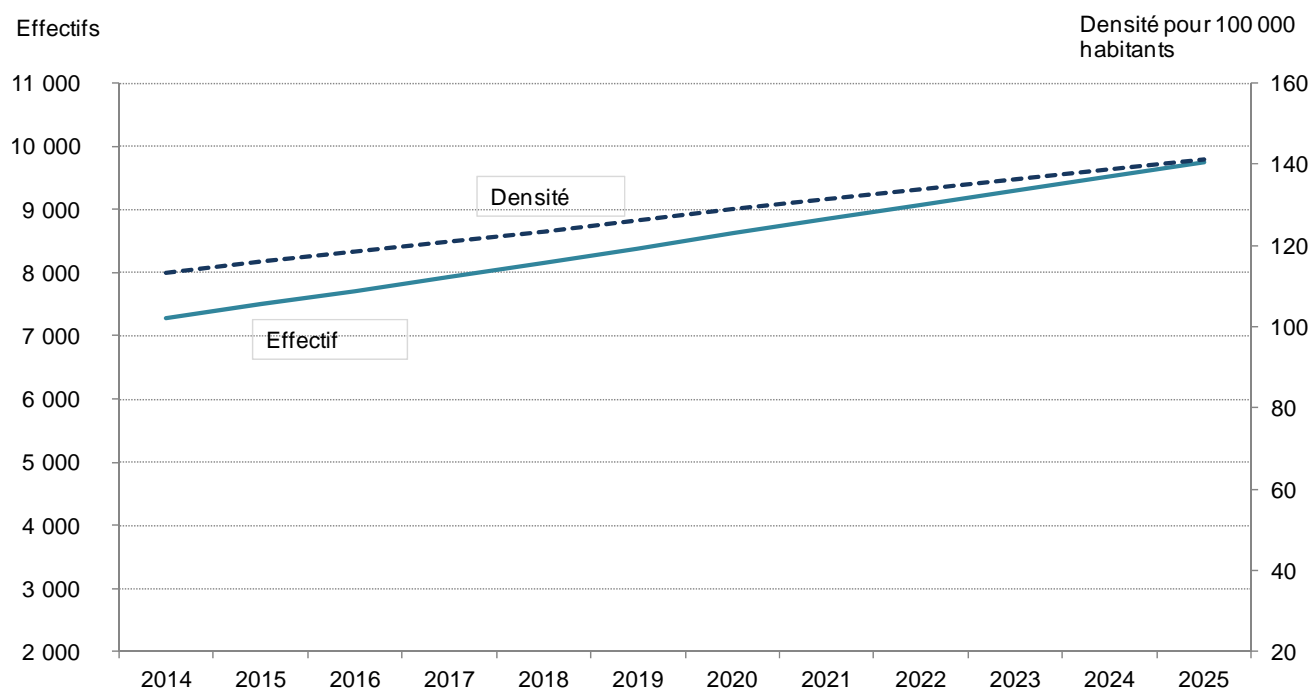
	Année 2014*			Année 2015			Année 2020			Année 2025		
	Libéraux	Salariés	Total	Libéraux	Salariés	Total	Libéraux	Salariés	Total	Libéraux	Salariés	Total
Effectifs	<b>7 299</b>	1 843	9 142	<b>7 525</b>	1 822	9 347	<b>8 723</b>	1 922	10 645	<b>9 925</b>	2 190	12 115
Densités	<b>113,7</b>	28,7	142,4	<b>116,4</b>	28,2	144,6	<b>130,4</b>	28,7	159,1	<b>143,9</b>	31,7	175,6

\*Pour 2014, les effectifs et la densité calculée tiennent compte des entrants de l'année en cours (nouveaux diplômés et autorisations d'exercice délivrées)

Source : Estimation ORS

La population générale augmente ainsi plus fortement sur cette période que la population des masseurs-kinésithérapeutes.

### Evolution du nombre et de la densité des masseurs-kinésithérapeutes libéraux



Source : Estimation ORS

Cette forte croissance résulte d'une part de l'évolution de la structure par âge des masseurs-kinésithérapeutes au cours de la projection. Les masseurs-kinésithérapeutes de moins de 35 ans sont relativement nombreux.

Par ailleurs cette hausse est liée à l'hypothèse de maintien à son niveau du nombre d'autorisations d'exercice accordées aux masseurs-kinésithérapeutes diplômés à l'étranger, estimé sur la période 2011-2013 à 184 et dans une moindre mesure à la hausse du quota d'entrée en formation (+19% entre 2007 et 2014).

L'augmentation annuelle moyenne est de 2,2% de 2015 à 2025 mais cette augmentation ralentit sur toute la période : très élevé en 2015-2016 (+2.4%), l'augmentation s'élève à 1,9% entre 2024 et 2025.

## 1.4. Conclusion

Le nombre de masseurs-kinésithérapeutes va augmenter de manière continue à l'horizon 2025 mais à un rythme de moins en moins soutenu.

En parallèle, les besoins de la population vont être croissants du fait de l'augmentation et du vieillissement de la population ainsi la densité des masseurs kinésithérapeutes va augmenter également mais moins rapidement que les effectifs.

Cette projection suit un scénario tendanciel et les résultats peuvent fluctuer de manière importante en fonction :

- de la hausse ou baisse des quotas dans les établissements de formation
- de la diminution des autorisations d'exercice

Par ailleurs, au vu de l'augmentation importante des masseurs-kinésithérapeutes, les inégalités de densité risquent de se creuser avec des difficultés accrues dans les zones sous dotées, au-delà de 2025.



# ENQUETE QUALITATIVE

# 1. METHODE DE L'ENQUETE QUALITATIVE

Nous avons réalisé pour cette enquête **49 entretiens semi-directifs approfondis**, d'une durée allant de 1 à 2 heures (par téléphone et en face-à-face).

Les entretiens ont été traités de manière anonymisée.

## **Les entretiens réalisés se répartissent comme suit :**

- 31 masseurs-kinésithérapeutes libéraux, répartis sur la région, en rural/urbain/péri-urbain
- 3 masseurs-kinésithérapeutes salariés
- 3 étudiants masseurs-kinésithérapeutes
- 2 médecins généralistes (dont 1 coordonateur collège médecins URPS RA)
- 3 médecins spécialistes (rhumatologue, pneumologue, médecine physique et réadaptation)
- 7 personnes ressources

## ➤ ***Parmi les masseurs kinésithérapeutes libéraux interviewés, différents profils de professionnels ont été interviewés :***

- Masseurs-kinésithérapeutes (formés en ostéopathie ou non),
- Masseurs-kinésithérapeutes avec exercice spécifique (spécialisation) ou exercice polyvalent
- Masseurs-kinésithérapeutes qui travaillent seuls ou en groupe
- Masseurs-kinésithérapeutes qui travaillent uniquement en libéral, en libéral et vacations, en exercice mixte (salarial et libéral), et uniquement en salarial

## ➤ ***Les personnes-ressources interviewées se répartissent comme suit :***

- 1 ostéopathe (non médecin, non masseur-kinésithérapeute)
- Un conseiller national et régional de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes
- Le président du Conseil de l'Ordre des médecins de Rhône-Alpes
- Un membre de la Commission d'autorisation d'exercice à la DRJSCS Rhône-Alpes
- Un président association de patients : Association des Paralysés de France
- 2 membres de l'URPS médecins de Rhône-Alpes

## 2. LE CHOIX DU METIER ET DE LA FORMATION

### 2.1. Les motivations principales repérées

Parmi les masseurs-kinésithérapeutes que nous avons rencontrés, on repère globalement deux grands types de motivations. Il y a en premier lieu ceux qui souhaitent faire des études de médecine, mais qui n'ont pas réussi le concours, après une première voire une deuxième tentative. Il était cependant clair pour ces personnes qu'elles voulaient exercer dans le domaine de la santé, avec une réelle attirance pour le contact avec les patients, mais aussi le contact avec le corps des patients. Pour ces personnes, il n'y a pas eu d'hésitations avec un autre métier paramédical :

*« J'étais attirée par le monde médical et j'aimais bien le sport, le lien au corps, l'anatomie... Moi-même j'ai fait beaucoup de tennis, et j'ai beaucoup consulté... J'ai fait deux ans de PACES, et j'ai raté médecine de 7 places, alors je me suis rabattue sur kiné... mais je suis contente, et je n'ai jamais pensé changer de profession. »*

Certains précisent qu'ils étaient vaguement attirés par les études de santé ou du moins familier avec ces filières, notamment du fait de leur entourage familial, mais que la longueur des études de médecine les rebutait, de fait ils n'ont pas essayé de passer le concours de médecine. On notera que parmi eux on retrouve une motivation partagée par d'autres, l'intérêt pour le corps mais aussi pour le sport :

*« C'est un peu par hasard... J'ai eu un bac scientifique et mon père était médecin... Mais la médecine c'était trop long... J'ai hésité entre kiné et prof de gym. »*

Enfin, une partie des interviewés s'est intéressée au métier de masseur-kinésithérapeute en tant que patient d'abord, et tout particulièrement du fait de soins reçus pendant l'enfance et l'adolescence :

*« J'étais attirée par le soin, j'ai eu un lourd suivi kiné quand j'étais adolescente. J'ai beaucoup fréquenté des kinés parce que je faisais beaucoup de sport et j'avais beaucoup de soucis de genoux. »*

*« J'ai connu le métier en tant que patient : depuis j'ai toujours eu envie de faire ce métier, pour le contact avec les gens, le monde de la santé... je n'ai pas hésité. On touche à tout le corps, il y a une étendue d'approches, de pratiques, de soins possibles. »*

On soulignera encore que la très grande majorité des personnes interviewées ont suivi une filière scientifique au lycée. Il apparaît que pour les lycéens non-scientifiques il est plus facile de faire les études en Belgique. La formation y est décrite comme plus ouverte à différents profils de lycéens, mais de bon niveau et assortie de la rédaction d'un mémoire relativement exigeant.

Pour beaucoup aussi, la rémunération accessible en tant que kinésithérapeute a semblé un bon élément d'attractivité

## 2.2. Point de vue sur la formation

### 2.2.1. La formation initiale

En premier lieu, les études en formation initiale ont un coût variable selon que les écoles soient privées ou publiques. Les droits d'inscription annoncés par certains étaient d'environ 2 000 euros par an à quoi s'ajoutent des frais de logement pour ceux qui doivent quitter le domicile parental pour suivre les études. Certains ont ainsi dû contracter des prêts étudiants à la fois pour subvenir à leurs besoins dans la ville où ils ont dû s'installer pour étudier, et aussi pour payer les droits d'inscription. Malgré cela plusieurs ont souligné que les études de kinésithérapie étaient moins chères que les études dans les écoles – toutes privées - d'ostéopathie.

Plusieurs des interviewés ont souligné que la formation initiale, même si elle est jugée de qualité, présente certains manques. Le premier est que les études ne sont pas assez longues pour que la pratique soit vraiment développée, ce qui pousse certains à démarrer leur carrière à l'hôpital ou du moins en établissement afin de compléter ou de renforcer certaines connaissances qui étaient seulement survolées à l'école :

*« Au début j'ai travaillé dans un centre de rééducation fonctionnelle... C'est important de passer par le système hospitalier pour le renforcement des connaissances... A l'époque, c'était un complément de formation car la formation initiale était déjà juste: il y avait trop de théorie et pas assez de pratique... A l'hôpital c'est pointu.»*

Quelques personnes soulignent par ailleurs le fait que certains savoirs qui sont enseignés à l'école sont aujourd'hui dépassés ou insuffisants, et qu'il faudrait renforcer les enseignements voire en ajouter certains, pour mieux s'adapter aux évolutions du marché, qui s'étend aujourd'hui au-delà des frontières de la France :

*« Actuellement, il y a trop de techniques qui ne sont pas dans le programme, et il y a des éléments trop vieux, c'est de la théorie qui n'a plus cours... Il faudrait respecter le programme de 1989 et ajouter des enseignements: l'anglais pour la mobilité internationale, les biostats pour la recherche scientifique, l'imagerie médicale.»*

Certains interviewés insistent sur le fait que pour valoriser ou revaloriser la profession, il faut davantage développer la finesse technique, la variété des approches... Et ne pas se focaliser sur le massage, qui serait moins technique et donc un levier d'évolution très faible pour la profession :

*« S'accrocher au massage est ridicule: si on veut développer la kiné il faut aller sur un plan plus technique. Un kiné n'est pas là pour faire du bien-être: nous on est là pour faire de la rééducation, c'est le cœur de la profession. »*



On retrouve cet argument, comme on le verra plus loin, dans le discours de certains masseurs-kinésithérapeutes qui souhaitent faire évoluer la profession, vers un statut de « physiothérapeute », comme c'est le cas dans d'autres pays d'Europe. Cette spécificité de la formation initiale française crée par ailleurs une inégalité par rapport aux jeunes des autres pays européens qui peuvent venir travailler en France, alors que le diplôme français serait plus difficile à faire reconnaître à l'étranger, du fait de l'exigence d'avoir un diplôme reconnu comme Master 2 au niveau européen :

*« Comme on est reconnu Bac + 3 on ne peut pas s'installer à l'étranger, on n'est pas dans le système LMD... Les autres viennent de l'étranger pour s'installer en France, ils viennent de Roumanie, d'Espagne de Belgique. »*

D'après plusieurs interviewés, c'est à la fois sur le plan de la technique, mais aussi sur celui de la recherche qu'il serait souhaitable de renforcer ou développer la formation initiale. Le fait qu'en France, la formation de masseur-kinésithérapeute soit déconnectée du système « Licence-Master-Doctorat » (LMD) en vigueur dans plusieurs pays européens défavorise les français qui ne peuvent s'installer à l'étranger, alors que les jeunes venant de pays européens peuvent s'installer en France. Au-delà de ce constat, le fait que la filière masseur-kinésithérapeute ne développe pas de recherche propre est un regret pour plusieurs interviewés, qui voient là la permanence d'une certaine subordination aux médecins, qui auraient une légitimité à « penser » et à explorer la masso-kinésithérapie que n'auraient pas, en France, les masseurs-kinésithérapeutes eux-mêmes :

*« Il faudrait des chercheurs kinésithérapeutes et pas que la recherche soit faite par des médecins. »*

Si une partie des interviewés semblent donc satisfaits de la formation initiale, on voit que d'autres attendent une formation qui soit plus technique, plus valorisée et plus valorisante.

Reste que le nombre réduit de places et la sélection opérée par les écoles ne semblent pas toujours justifiés aux yeux des masseurs-kinésithérapeutes, étant donné la demande de soins à laquelle ils font face. D'après certains, cette limitation des places est avant tout destinée à réduire la demande, ou du moins réduire l'accès aux soins des patients, afin de juguler les dépenses de santé :

*« La sélection française, ça sert à former moins de soignants pour avoir moins à payer... »*

### 2.2.2. La formation continue

La formation continue est aujourd'hui une obligation, mais certains vont au-delà des formations prévues (quelques heures par an) pour faire des formations complémentaires plus longues, parfois sous forme de diplômes universitaires, et ce afin d'acquérir certaines techniques, savoir-faires. L'une des formations continues qui semble la plus répandue concerne l'ostéopathie. Pas ou peu vue en formation initiale, elle nécessite une formation ad hoc. Cependant, et contrairement aux ostéopathes exclusifs, qui ne sont ni médecins ni masseurs-kinésithérapeutes (les « ni-ni ») qui revendiquent leur formation et leur métier comme une approche complètement originale, spécifique et globale du corps humain, les masseurs-kinésithérapeutes, pour la grande majorité des personnes interviewées considèrent que l'ostéopathie est une corde de plus à leur arc, une technique supplémentaire qui ne fonde pas cependant un métier en soi. En tout état de cause, cette « technique de plus » semble répondre à une attente de la patientèle :

*« J'ai passé un diplôme d'ostéopathe, c'est un plus, ça m'a donné une vision plus globale de l'être humain, et des techniques manuelles que je ne maîtrisais pas... Mais ce n'est pas une médecine totale. Ce n'est qu'une technique de plus. »*

Certains expriment clairement le fait que la formation continue, au-delà de la réponse à une attente des patients, est aussi un moyen d'évoluer professionnellement et, dans une certaine mesure, d'échapper un peu à la tarification imposée par l'Assurance Maladie. Certaines formations faciliteraient l'accès à une certaine dose de déconventionnement dans l'activité, et permettraient de justifier des tarifs plus élevés :

*« Soit on reste sur nos acquis, soit on fait des formations... Maintenant il y a une obligation... C'est un enrichissement personnel et c'est un plus pour la qualité des soins, les spécialisations : par exemple le drainage lymphatique, l'uro-gynécologie ou la kiné respiratoire... Je vais faire un D.U. à la fac, pendant deux ans, cela renforcera mes compétences au niveau respiratoire... Et puis le D.U. va être masterisé... Je ferai une V.A.E : ça me permettra de changer la tarification de certains actes. Cela permet une reconnaissance des spécialisations et de meilleurs tarifs. »*

On voit cependant, parmi les personnes interviewées, que tous n'ont pas des stratégies d'évolution professionnelle par la formation continue. Pour certains, il s'agit de se tenir à jour, alors que pour d'autres, peut-être les moins nombreux, il s'agit véritablement d'un levier pour changer le contenu mais aussi la forme de leur activité, même si c'est à la marge.

### 3. LE CHOIX DE L'EXERCICE EN SALARIE OU EN LIBERAL

Parmi les masseurs-kinésithérapeutes interviewés, la majorité exerçait en libéral, quelques uns avaient une activité mixte et enfin une minorité avaient un mode d'exercice complètement salarié et travaillaient en établissement.

Certains ont eu le même mode d'exercice pendant toute leur carrière professionnelle jusqu'à ce jour, d'autres ont exercé en tant que salariés en début de carrière, puis se sont installés en libéral, quelques années après avoir commencé à travailler, ou à l'inverse sont passés du libéral au salariat.

#### 3.1. L'exercice salarié : les points forts, les points faibles

##### 3.1.1. Hôpitaux et centres de rééducation : technicité forte et travail en multidisciplinarité

Plusieurs avantages sont fréquemment mis en avant en ce qui concerne le travail salarié. En premier lieu est évoqué l'intérêt du travail, qui serait plus technique, plus pointu qu'en libéral, du fait de patients qui sont atteints de pathologies plus sévères, ou dans une phase aigüe, ce qui serait moins le cas en libéral. Par ailleurs, dans les établissements de rééducation, les patients sont vus pendant plus longtemps. Il y a aussi le fait de travailler en équipe, et notamment en équipe multidisciplinaire : cela est décrit comme une source d'échanges et d'enrichissement importante. Un point fort d'autant plus important lorsque les relations avec les médecins sont harmonieuses, que le dialogue est de qualité et se fait dans un contexte où la hiérarchie n'est pas pesante :

*« Je travaille dans un service de médecine physique et de réadaptation [...] nous on est spécialisés sur les pathologies en phase aigüe. »*

*« Dans le milieu hospitalier, il y a des pathologies plus complexes, c'est plus intéressant... Au niveau médical, c'est plus intéressant à l'hôpital qu'en libéral [...] et j'aime bien travailler avec d'autres gens, en pluridisciplinaire : on travaille avec des médecins, des infirmiers... Le médecin n'intervient pas dans ce*

*qu'on fait, il y a tout le temps une discussion sur ce qu'on fait. A l'hôpital, on est aussi libres qu'en libéral : il n'y a pas plus de contraintes. »*

*« En structure c'est pas de l'entretien : les polytraumatisés on leur apprend des choses nouvelles. En libéral on intervient plus pour maintenir les acquis. [...] Nos patients, on les voit pendant 15 jours-3 semaines... Ou pendant des années : au niveau relationnel ça crée des choses importantes.»*

*« J'ai fait des remplacements en libéral pendant un an et demi et ensuite j'ai travaillé comme salariée dans un centre de santé. Je ne suis pas restée en libéral... je voulais travailler en équipe. En libéral on est seul, on manque de communication et la prise en charge du patient est moins globale. [...] on fait du suivi des patients sur du très long terme... On travaille avec les médecins, les psychothérapeutes, c'est vraiment un travail multidisciplinaire. »*

*« J'ai la chance d'avoir des patrons assez cools, j'ai l'impression des rester assez libre. Je gère mon emploi du temps, j'ai une grande autonomie [...]. Avec les médecins on a une relation de confiance. On est très à l'aise avec eux, il y a une grande valorisation et une grande confiance [...] et dans notre structure, on travaille dans une grande complémentarité, notamment avec les ergothérapeutes : ça se passe bien »*

Par ailleurs, l'exercice salarié permet d'avoir un rythme de vie et des horaires qui sont plus facilement compatibles avec une vie de famille, notamment pour les femmes qui souhaitent avoir du temps avec leurs enfants en bas-âge. Pourtant, malgré l'intérêt du travail certains peuvent être tentés de passer un jour en libéral, la question du revenu jouant fortement sur cette tentation :

*« On a du matériel, des horaires sympas, mais les salaires sont trop bas... En libéral on peut bosser plus pour gagner plus : en libéral on peut choisir ses horaires... »*

*« En structure, on s'enrichit de l'expérience de nos collègues... Le centre est vraiment intéressant, j'y trouve mon compte pour le moment, mais quand les enfants seront plus grands... L'option du libéral n'est jamais très loin..."*

### 3.1.2. Autre point fort : la sécurité du revenu et l'évitement de certaines contraintes de gestion

Certains choisissent également le salariat pour éviter les contraintes du libéral, qui étaient d'ailleurs peut-être plus fortes il y a 15 ou 20 ans, du fait d'un recours aux masseurs-kinésithérapeutes libéraux moins important qu'il ne l'est aujourd'hui. Ainsi, le fait de devoir s'occuper de la gestion de son activité, mais aussi de devoir assurer seul son revenu n'est pas attractif pour tous, sans compter que certains statuts, comme celui de remplaçant, étaient beaucoup moins avantageux autrefois, du fait de rétrocessions très importantes. Le salariat éviterait plusieurs incertitudes tant au plan financier qu'au plan des horaires, ce qui convient mieux à certains:

*« J'ai travaillé en libéral, mais j'ai abandonné au bout de un an, le milieu hospitalier m'intéressait... En libéral, il y avait les frais URSAFF, et il y avait moins de boulot à l'époque, on était payés au lance-pierre... Il fallait faire énormément d'heure et travailler à la chaîne... Et puis j'étais assistante : la rétrocession était à 40%... Il n'y avait pas de pénurie à cette époque. Et je me suis mariée, j'ai eu des enfants : j'ai choisi le salariat, pour les horaires, c'est un choix de vie... En libéral il faut travailler jusqu'à 8 heures du soir, avec des enfants, c'est difficile. »*

Reste qu'il n'est pas facile de trouver le « bon » établissement pour exercer en tant que salarié, si l'hôpital ou les centres de rééducation sont décrits comme plus intéressants au plan technique, ce sont certains

EPAHD, notamment privés, qui offrent les meilleures rémunérations... mais ce sont justement les postes les plus demandés :

*« En EPAHD les places sont chères... On y est très bien payé parfois, mais il faut y rentrer, et les horaires sont plus normaux... »*

3.1.3. Le salariat : des horaires « normaux », mais un rythme de travail souvent intense, et une hiérarchie parfois pesante

Le salariat est décrit comme présentant deux contraintes fortes : un rythme de travail de plus en plus intense, notamment lié au manque de masseurs-kinésithérapeutes en établissements publics, manque qui crée une pression très forte, qui s'ajoute à celle des exigences administratives auxquelles les salariés sont de plus en plus confrontés... Et aussi parfois des relations hiérarchiques pesantes, qui aggravent le sentiment de pression au travail :

*« A l'hôpital, je fais moins d'une demi-heure par patient, plus la paperasse, plus les temps collectifs... Parfois l'aide-soignante fait des massages quand il n'y a pas assez de kinés, par exemple en long séjour... »*

*« J'envisage régulièrement de passer en libéral... On est une équipe pluridisciplinaire au centre, et on est proches des médecins, mais on manque de kinés : on remplit les lits, même quand les kinés manquent, alors c'est difficile de faire notre boulot... Mais on a beaucoup de mal à recruter des kinés, à cause du salaire essentiellement [...] Les centres privés ont moins de mal à recruter. »*

Enfin, lorsque les relations sont tendues avec la hiérarchie, et notamment avec les médecins à l'hôpital, les conditions de travail en sont dégradées

*"Avoir un médecin à côté, parfois c'est très lourd... En libéral on fait le traitement comme on l'entend. Ne pas avoir de hiérarchie c'est un avantage, ça dépend de la hiérarchie qu'on a au-dessus. »*

*"On est fliqués à l'hôpital, la hiérarchie n'est pas aidante, chaque minute compte. Quand on est en sous-effectifs, la hiérarchie nous met la pression «*

Par ailleurs, l'hôpital est un vaste ensemble où les compétences des masseurs-kinésithérapeutes ne sont pas forcément celles qui sont les plus recherchées ni les plus reconnues. Contrairement aux centres de rééducation, l'hôpital n'est pas un lieu où le rôle du masseur-kinésithérapeute est mis en avant :

*« A l'hôpital, le kiné c'est la dernière roue du carrosse, sauf en orthopédie... Globalement la kiné est moins reconnue... C'est pas ce qu'on cherche en premier à l'hôpital. »*

On retiendra globalement que l'hôpital public est décrit comme un lieu de forte pression où, même si les horaires de travail ont une amplitude inférieure à celle des libéraux, le rythme de travail est parfois dur à suivre.

3.1.4. La question des revenus : le salariat n'est pas forcément moins avantageux

Certains soulignent que les revenus en libéral, s'ils sont plus élevés qu'en salariat, sont essentiellement liés au nombre d'heures et d'actes effectués. Ainsi, si le revenu est assuré en tant que salarié, il

n'augmente pas en fonction de l'activité déployée, ce qui peut sembler injuste à certains, qui voient une meilleure correspondance entre rémunération et travail lorsque celui-ci est effectué en libéral. A l'inverse, le statut libéral nécessiterait de travailler beaucoup pour avoir un bon revenu, ce qui fait dire à certains que le taux horaire est finalement assez proche entre libéraux et salariés

*« Les libéraux ont une bonne rémunération, mais ramené au taux horaire, je ne suis pas sûre qu'ils soient mieux payés. »*

L'exercice en libéral n'apparaît donc pas forcément comme plus rémunérateur pour tous, lorsqu'il est ramené au nombre d'heures travaillées. Néanmoins, il semble que la question de la rémunération soit finalement secondaire dans les processus de choix du mode d'exercice : les choix de vie, d'équilibre de vie et d'organisation du travail primant sur la rémunération escomptée.

### 3.2. L'exercice libéral: les points forts, les points faible

Dans le prolongement des arguments expliquant les avantages du salariat, les masseurs-kinésithérapeutes qui exercent en libéral mettent en premier lieu en avant le fait qu'ils sont seuls responsables de l'organisation de leur travail, de leurs tâches. Le travail en salariat étant perçu comme rigidifié par les contraintes du système et de la hiérarchie :

*« J'aime le libéral... J'exerce tout seul, et si j'ai un problème de santé, je me débrouille... je n'aime pas la hiérarchie. »*

*« Je n'avais pas l'esprit hospitalier, fonctionnaire... Moi, j'aime faire mon travail correctement... [à l'hôpital], on avait le temps de travailler correctement, mais il n'y avait pas assez de respect du patient... »*

*« En libéral, c'est l'absence de contraintes hiérarchiques. »*

Certains avancent aussi le fait que la patientèle est plus variée en libéral. Contrairement à ce que peuvent décrire certains salariés, ces masseurs-kinésithérapeutes estiment que les cas à traiter sont plus différenciés, et que les prises en charges sont moins codifiées, ce qui laisse une plus grande marge de manœuvre au professionnel :

*« En libéral, les cas sont plus variés... en centre de rééducation, les temps avec les patients sont plus longs, et au plan technique, c'est différent, les protocoles sont assez précis. »*

Enfin, plusieurs ont souligné le fait que l'exercice en libéral est plus rémunérateur... A conditions de vouloir et pouvoir faire de nombreux actes dans la journée, de travailler de nombreuses heures :

*« Le libéral sur le plan financier, c'est plus intéressant. »*

*« Le libéral, on fait beaucoup d'heures... On gagne bien, mais ce n'est pas pour ceux qui ne veulent pas faire d'heures, ou qui n'aiment pas l'administratif, s'occuper des papiers, des ententes préalables... »*

*« J'ai aussi choisi le libéral pour les aspects financiers. »*

Enfin, là encore, la dimension économique, si elle forte comme levier pour choisir le libéral ne se suffit pas à elle seule : l'aspect organisationnel est largement aussi important.

### 3.3. L'exercice mixte : libéral et salarié ou vacations

Certains des masseurs-kinésithérapeutes rencontrés ont cependant décidé de concilier les deux statuts, en favorisant cependant largement le temps passé en libéral, ou du moins ils l'ont fait pendant une partie de leur carrière. Ils ont ainsi accès à la technicité et aux patients vus en établissements, mais aussi à la liberté d'organisation et à la rémunération des libéraux :

*« J'ai une activité mixte : je travaille en SSR semi-privé... Il y a plein de choses intéressantes à faire à l'hôpital, mais l'outil est trop lourd... Il y a beaucoup de rigidités, pas de réactivité. »*

*« J'ai bien aimé travailler en SSR, il y a des pathologies qu'on ne voit pas en cabinet, des médecins qui nous tirent vers le haut, mais il n'y a pas assez de travail... Et j'ai pas une âme de salarié. »*

Enfin, on repère parmi notre échantillon plusieurs masseurs-kinésithérapeutes qui exercent en libéral à temps plein, mais qui réalisent une part plus ou moins grande de leur activité rémunérée en vacations, payées parfois en honoraires par des établissements de soins, voire des entreprises où les masseurs-kinésithérapeutes développent une activité de prévention...

En tout état de cause, et même si les patients sont décrits comme variés en libéral, la technicité la plus fine semble demeurer dans les hôpitaux, les centres de rééducation, avec en contrepartie peut-être une tendance à la spécialisation.

## 4. LE TERRITOIRE D'EXERCICE

### 4.1. Les premiers mois ou années

Les territoires ont changé dans la durée, et commencer sa carrière de masseur-kinésithérapeute aujourd'hui n'est pas tout à fait l'équivalent d'un démarrage il y a 20 ou même 30 ans.

Certains des interviewés qui ont commencé à travailler dans les années 80 ont le sentiment que, quel que soit le territoire, les conditions d'installation étaient plus simples. Il fallait bien-sûr trouver une patientèle, mais les aspects administratifs et de gestion étaient peut-être moins nombreux ou denses, et il fallait moins de patients pour parvenir à un équilibre financier. Aujourd'hui, les contraintes administratives se sont accrues et compte-tenu de la hausse du coût de la vie pour une évolution faible de la tarification des actes, il faut aujourd'hui pouvoir accéder à un volume de patientèle supérieur à ce qui permettait de démarrer il y a 15 ans :

*« A l'époque, on était énormément aidés par la Sécurité sociale... Elle aidait beaucoup ceux qui créaient. On avait une relation directe avec eux, on avait une aide pour l'informatique. Et on pouvait les rencontrer. »*

*« J'avais une étude de marché faite par un expert-comptable... Et six mois après mon installation, ma patientèle était pleine. Je travaillais 8 heures par jour, j'avais environ 15 patients par jour. Aujourd'hui, 15 patients par jour c'est plus possible... Depuis 30 ans c'est toujours le même tarif de majoration pour les week-ends et les jours fériés »*

Aujourd'hui, les conditions pourraient sembler moins favorables et pourtant, les prescriptions pour des actes de masso-kinésithérapie se sont accrues, et la demande des patients a été décuplée. De ce fait s'installer en libéral, même dans les zones urbaines bien dotées est toujours largement possible :

*« J'ai commencé en tant qu'assistant dans un cabinet où il y avait un vivier de patients... le travail appelle le travail et trouver une patientèle était facile : c'était un peu compliqué à une période, la Sécu voulait qu'il y ait moins de prescriptions de kiné. Maintenant il y a du boulot : ce n'est pas compliqué pour un jeune de s'installer en création. »*

Quel que soit l'âge des masseurs-kinésithérapeutes rencontrés on note que si certains ont d'emblée ouvert leur cabinet et créé leur propre patientèle, beaucoup ont commencé en étant remplaçants ou encore assistants. On notera que le statut de remplaçant est apprécié pour les possibilités d'exploration qu'il permet, en termes de cabinets, de territoires... Décrit par certains comme une expérience « touristique », c'est aussi un moyen de se former à diverses pratiques, avant de se lancer soi-même dans la création d'un cabinet :

*« J'ai fait des remplacements pendant 4 ans. C'est intéressant de faire des remplacements, de voir différents cabinets... mais on est moins dans le suivi des patients. »*

En tout état de cause, étant donné le niveau de demande du côté des patients, qu'il s'agisse de zones urbaines ou rurales, il n'y a pratiquement pas de période de chômage en début de carrière. Par ailleurs, les jeunes qui décident de commencer à travailler en faisant des remplacements ont des niveaux de rétrocession jamais atteints par le passé, qui semblent en moyenne de 80%-20%, avec des taux encore plus intéressants lorsque les actes sont réalisés à domicile (allant parfois en zones rurales jusqu'à 100% de la rémunération préservée pour le remplaçant).

## 4.2. Le choix du territoire d'installation

Après quelques années de remplacement ou d'association, la plupart des personnes interviewées ont décidé de s'installer de manière durable sur un territoire et au moment de l'entretien, toutes étaient stabilisées et travaillaient dans leur cabinet, seules ou en association.

### 4.2.1. En urbain, péri-urbain :

Plusieurs des personnes que nous avons interviewées travaillent en milieu urbain, voire dans des centres-villes ou encore dans des communes de « banlieue ». Pour beaucoup ce choix est lié à un mode de vie, où la proximité d'avec le domicile constituait un critère important.

Malgré les charmes, parfois personnellement éprouvés du rural, certains ont finalement choisi d'exercer en ville pour réduire les distances entre le domicile et le cabinet, mais aussi entre le cabinet et le domicile des patients. Il s'agit également parfois d'une stratégie pour fuir un territoire où le niveau de demande est oppressant et où il est très difficile de refuser des patients, qu'il est d'ailleurs presque impossible de réorienter vers des confrères trop rares sur les territoires sous dotés. On s'installe donc aussi et parfois surtout en ville pour éviter les problèmes de sous dotation souvent associés aux zones rurales :

*« D'abord, on a choisi où on voulait vivre. On voulait travailler à proximité de notre domicile... On peut choisir sans problème... Mais je ne voulais pas aller dans un village où je serai le seul kiné : j'aurai peur d'être débordé. En rural, on est obligé de tout prendre : si on refuse un patient, on l'oblige à aller plus loin*

*et à faire 15 km aller et 15 km retour, mais on est tenu d'indiquer les coordonnées d'un confrère : c'est la loi. »*

*« Pendant 4 ans j'ai travaillé comme associée dans un territoire rural... ça me plaisait, c'était un cabinet de groupe, on était bien organisés... Mais maintenant, je ne pourrais pas y travailler : on est beaucoup plus dépendants de la patientèle en rural, on a trop de travail et on ne peut pas dire non, déontologiquement on ne peut pas dire non, par exemple quand il faut faire de la kiné respiratoire pour un bébé, surtout quand les gens sont envoyés par un médecin qu'on connaît... Et en milieu rural, on ne peut pas facilement réorienter vers un confrère, lorsqu'ils sont à 20 km... En rural, je travaillais 13 heures par jour. Et puis, quand on cherche des assistants c'est très dur... Les jeunes vont plus dans le sud. »*

Ainsi, pour travailler en rural, et notamment en rural sous doté, il faut être capable d'absorber une charge de travail très forte... Ou il faut apprendre à dire « non », quitte à se fâcher avec certains patients, voire certains médecins.

#### 4.2.2. En rural, semi-rural : des avantages spécifiques

Deux motivations émergent principalement en ce qui concerne le choix du rural : se rapprocher ou se maintenir à proximité du milieu familial, ou avoir le désir de profiter du territoire pour des raisons autres que professionnelles, qui ont souvent trait aux loisirs, à une pratique sportive... Enfin, il y a rural et rural : certaines zones particulièrement éloignées des grands centres ou difficiles d'accès restent largement évitées :

*« Moi, je suis originaire de la campagne... j'aime bien la tranquillité »*

*« J'ai eu une opportunité de créer mon cabinet en semi-rural... et comme j'habitais juste à côté, je me suis pas posé la question de m'installer en ville. »*

*« Mon compagnon voulait s'installer à proximité de la montagne : le cadre est magnifique, et comme je skie, j'avais aussi une attraction pour le territoire... Mais j'aurais refusé de m'installer en pleine montagne. »*

Les masseurs-kinésithérapeutes que nous avons interviewés semblent demeurer relativement fidèles à leur territoire d'installation, après la phase « exploratoire », d'apprentissage du métier, voire « exploratrice » (de découverte de nouveaux territoires avec une tendance à l'héliotropisme) des premières années d'exercice. Au-delà de cette fidélité, il arrive que ce soient les territoires eux-mêmes qui changent fortement au fil du temps. Certains évoluent dans le sens historique de l'exode rural et se vident tout simplement de leurs habitants, d'autres, au contraire, sont grignotés par la ville, et de territoire rural, ils passent à territoire semi-rural, voire péri-urbain. Cela ne suffit pas toujours à attirer de jeunes professionnels, mais modifie néanmoins les conditions de vie et d'exercice :

*« Quand je me suis installé, c'était du rural, maintenant on est en péri-urbain : on est à 5 mn de la sortie d'autoroute, on a le TGV, la fibre optique... Et le territoire s'est densifié : il y a plus d'habitants, plus de logements. Ici, on a une bonne qualité de vie et pour 200 000 euros, on peut se faire construire une villa. »*

On notera cependant, d'après les entretiens réalisés, que ce phénomène de densification du rural n'entraîne pas l'apparition de situations de concurrence difficiles pour les masseurs-kinésithérapeutes, contrairement à ce qui peut se passer pour les infirmiers libéraux par exemple.



### 4.3. Partout : un volume de travail important... parfois trop important

Il ressort des différents entretiens qu'il y a en urbain comme en rural une forte demande pour des masseurs-kinésithérapeutes. Seules certaines zones particulièrement touristiques de Rhône-Alpes, et tout particulièrement les stations de sports d'hiver, connaissent des variations fortes en termes de volumes de patientèle, avec en parallèle, des situations de concurrence forte en saison. Ainsi, différents professionnels s'installent alors sur ces territoires pour quelques mois seulement, proposant différentes formes de massage qui ne relèvent pas du soin, mais qui sont recherchées par une patientèle victime de courbatures, de contractures... Pour les masseurs-kinésithérapeutes installés à l'année sur ces territoires, même si l'afflux de touristes génère un volume de patientèle conséquent, une réelle menace existe de voir cette patientèle « captée » par des professionnels du bien-être, qui n'ont pas de cabinet, mais qui emmènent leur table de massage dans les chambres d'hôtels, les appartements etc. :

*Ici, il y a des kinés qui ne viennent qu'en hiver, et ils font des feuilles de soins en travaillant dans les hôtels, ou alors ils sont responsables de SPA dans les hôtels : mais en fait ils aucun droit de travailler, ils n'ont pas le droit d'avoir une activité commerciale et de faire du soin conventionné... J'ai déjà alerté l'Ordre et l'URCAM, mais ils ne font rien. Et puis il y a les hôtels gavés d'esthéticiennes qui font du massage, elles disent qu'elles font du drainage lymphatique : elles font n'importe quoi ! »*

Enfin, dans certains cas, il semble que ce soient tout simplement des masseurs-kinésithérapeutes diplômés qui acceptent de travailler pour certains hôtels, et se spécialisent dans le « soin » des clients, sans être inscrits à l'ordre et avoir un cabinet, ce qui est interdit par la loi.

Les masseurs-kinésithérapeutes concernés par de telles situations déplorent le manque de contrôle effectif et le manque de sanctions contre les masseurs-kinésithérapeutes (et les hôtels) qui ne respectent pas la réglementation en vigueur.

Pour les autres territoires, il apparaît clairement que le volume de travail est important, et ce, quel que soit le classement de la zone, au moins en ce qui concerne les masseurs-kinésithérapeutes interviewés. Ce qui signifie aussi que les patients ont toujours des délais d'attente pour un premier rendez-vous, souvent de plusieurs semaines :

*« Nous on est en zone intermédiaire, mais on croule sous le travail, alors on réoriente les patients ou alors il y a des délais d'attente de 15 jours à un mois... et on prend en plus ce qui est urgent »*

Certains interviewés estiment par ailleurs que le périmètre des zones et les critères pour catégoriser les différentes zones ne sont pas pertinents. Il serait insuffisant de classer les zones simplement en tenant compte de la densité de professionnels et de patients, en prenant en compte l'âge moyen des uns et des autres. Il serait selon certains plus pertinent de considérer les flux de patients, c'est-à-dire les déplacements effectués par les patients pour se faire soigner :

*« Les bassins de vie, ça ne correspond pas à notre réalité, il faut réfléchir en flux... la classification ne correspond pas, le périmètre ne correspond pas... il faudrait travailler sur les flux des patients depuis leur domicile et depuis leur travail, pour savoir où les gens vont se faire soigner. »*

Une approche qui possède néanmoins également ses limites<sup>17</sup> car elle reflète les modes d'accès aux soins, mais pas les besoins, les contraintes et les possibilités des patients qui se soignent et encore moins ceux des patients qui ne peuvent avoir recours aux soins :

*« Même avec un assistant, on est à 5 semaines de délais pour un premier rendez-vous. Il y a des gens qui ne se soignent pas ou d'autres qui vont plus loin. »*

<sup>17</sup> Etude commanditée par l'URMK Rhône-Alpes et réalisée par le cabinet GéoSanté.

*« On a du boulot qu'on ne peut pas assurer... il y a des gens qui ne peuvent pas être soignés dans de bons délais : il faudrait plus de kinés. »*

Les personnes non véhiculées ou à mobilité réduite sont ainsi désavantagées, lorsqu'elles habitent notamment dans certaines zones rurales, et qu'elles ne peuvent parcourir de grandes distances pour se faire soigner.

Mais au-delà du non recours lié à la nécessité de se déplacer loin, certains patients seraient également désavantagés du fait de leur profil. Ainsi, certains masseurs-kinésithérapeutes soulignent que lorsque la demande est très importante, il devient possible de choisir ses patients, selon des critères de priorités, parfois subjectifs. Parmi ceux-ci le fait d'avoir la CMUc ne joue pas comme un élément favorable, les salariés étant parfois jugés comme ayant davantage besoin d'être remis sur pied pour pouvoir travailler que les précaires vivant de minima sociaux, ou sans emploi :

*« Dans les territoires où il y a de l'attente ça crée une sélection des patients, par exemple ceux qui ont la CMUc ou pas : tout est imaginable. C'est la double peine pour certains qui sont doublement exclus, notamment les CMUc ou les RSA. Les gens qui ont un boulot ont la priorité : c'est logique qu'on maintienne ceux qui ont un boulot. »*

Ce trop plein de travail qui écrase parfois les masseurs-kinésithérapeutes est donc également défavorable aux patients, parmi lesquels les plus faibles ou les plus précaires, sont parfois les moins bien placés dans la course à l'accès aux soins...

Reste que l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes de Rhône-Alpes repère des masseurs-kinésithérapeutes en « hypoactivité » dans la région (un peu moins de 10%). Une sous activité encore mal élucidée, qui reflète peut-être un potentiel de patientèle insuffisant ou encore une volonté propre au professionnel de ne pas travailler davantage (du fait d'une autre activité professionnelle, d'une part d'activité déconventionnée importante, d'un mode de vie particulier, etc...).

#### 4.4. Caractéristiques des territoires sous dotés : pénurie de l'offre et pression de la demande

De nombreux interviewés ne connaissent pas la classification officielle de la zone sur laquelle ils exercent. Il n'en demeure pas moins que plusieurs de ceux exerçant en zone rurale ou semi-rurale semblent confrontés à diverses difficultés qu'ils associent à un phénomène de sous dotation.

La sous-dotation est en premier lieu perçue par le nombre de refus qu'il faut exprimer constamment et la forte pression de la patientèle en parallèle, qui a du mal à trouver un professionnel pour se soigner. Cette pression réduit, pour certains, leur marge de manœuvre quant à leurs horaires et à leur rythme de travail. Refuser des demandes est difficile et cause souvent des reports sur des confrères. Finalement certains acceptent des agendas chargés, faute de parvenir à réguler les demandes :

*« Je pense qu'on est en territoire sous doté : il y a un mois d'attente pour un premier rendez-vous... cela nous met la pression de dire non. Il y a beaucoup d'appels dans la journée, c'est stressant à cause de l'agressivité des gens qu'on refuse... Je voudrais diminuer mon temps de travail mais là c'est compliqué car je ne veux pas accabler mes collègues. »*

Face à l'afflux de demandes et de travail, plusieurs masseurs-kinésithérapeutes cherchent des remplaçants, mais cela est parfois très difficile. Les remplaçants choisissent exactement le type de

territoire et de cabinets dans lesquels ils ont envie d'exercer, et dans les zones sous dotées, ils imposent également des conditions parfois intenable pour les cabinets en recherche :

*« On cherche un remplaçant, mais on ne trouve personne : on n'a pas la même mentalité que les jeunes... Les jeunes veulent une rétrocession à 100%, avec le logement l'assurance : ils veulent tout, donc on ne trouve pas. Ce qui est déplorable c'est que les kinés ne sont pas assez nombreux, alors les jeunes font la pluie et le beau temps. Il aurait fallu que les écoles forment davantage de kinés... »*

Face à la pénurie, la solution peut sembler pouvoir venir de l'étranger : des professionnels originaires de pays de l'Union Européenne viennent travailler en France, mais suivant le mouvement général, peu restent dans les territoires ruraux sous dotés, car ils recherchent différents types de ressources qui sont plutôt concentrées en ville. De ce fait la pénurie dans ces territoires demeure :

*« On voit de plus en plus de français avec des diplômes étrangers... Et les polonais et les espagnols travaillent très bien [...]. Ici, il y a beaucoup de médecins bulgares... mais ils repartent car il n'y a rien autour... »*

Comme on l'a souligné plus haut, c'est donc parfois pour éviter cette double contrainte que certains préfèrent s'installer en ville, où la dotation en masseurs-kinésithérapeutes est meilleure.

#### 4.5. Les incitations ou limitations à l'installation : les avis divergent

Des règles limitant l'installation des masseurs-kinésithérapeutes en zones sur dotées ont brièvement existé, comme c'est le cas encore pour les infirmiers libéraux par exemple. Néanmoins l'expérience fut de courte durée et aujourd'hui, les masseurs-kinésithérapeutes s'installent où ils le souhaitent... Ce qui réjouit plusieurs des personnes interviewées qui refusent les limitations d'installations, et qui croient peu aux incitations. D'après eux, les professionnels s'installent là où une vie professionnelle et personnelle est possible, et les déserts de ressources (pour les professionnels, leurs conjoints et leurs enfants) ne peuvent devenir miraculeusement attractifs :

*« Avec le zonage, il y avait eu l'interdiction d'exercer en zone sur dotée... ça a duré un an et puis cette interdiction a été levée... donc on peut se réinstaller en ville comme on veut. »*

Pour ces masseurs-kinésithérapeutes, l'incitation ou l'interdiction ne fonctionnent pas, car elles sont déconnectées des contraintes réelles des professionnels et ce d'autant plus que le volume de travail et de patientèle en zone urbaine demeure important et que les masseurs-kinésithérapeutes n'y ont aucun mal à remplir leurs cabinets :

*« Quand les jeunes entrent dans les écoles, il faut les intéresser à ce qui peut se passer dans certaines zones... Mais il faut aussi qu'il y ait le minimum pour vivre... Il ne faut pas s'interdire de s'installer en zone urbaine : elles ne sont pas vraiment sur dotées. C'est ni la prime, ni l'interdiction... »*

Certains analysent en effet que le problème des zones sous dotées ne se résoudra pas avec de simples incitations. Celles-ci pourraient jouer à la marge pour pousser un jeune professionnel à « décaler » de quelques kilomètres son lieu d'installation, pour s'inscrire dans un territoire sous doté... Mais ces incitations ne seraient pas suffisantes pour attirer de jeunes urbains en zones rurales, pour amener

certains à véritablement faire « le grand saut ». Finalement, il faut déjà être attiré par un profil de zone pour s'y installer ou s'installer à proximité :

*« On est classé en \*très sous doté\* et je suis d'accord avec le classement : ici on est passé de 5 à 3 kinés... On a trouvé une nouvelle assistante belge... On la paye à un gros tarif pour qu'elle reste : c'est une mini-rétrocession à 85% et elle a 100% sur le domicile... Et là on a aussi eu le contrat incitatif : ça représente une réduction de charges de 3000 euros, on a une prise en charge des cotisations URSSAF sur 3 ans... L'incitation ça peut peser sur la balance si on est sur des zones frontalières : ça ne fera pas venir quelqu'un en rural, mais si le gars est déjà à 10-15 km, ça peut jouer. »*

Plus que les interdictions ou les incitations, c'est donc la communication qui pourrait être la solution à la sous dotation. Il s'agirait alors de mieux informer les jeunes sur les attraits des zones sous dotées, notamment lorsqu'il s'agit de zones rurales :

*« Il faudrait montrer aux jeunes qu'il y a une vraie qualité de vie dans ces zones rurales. Il faut communiquer sur la qualité de vie, le bassin d'emploi, les voies de communication »*

Cependant, certains masseurs-kinésithérapeutes, notamment lorsqu'ils exercent en zone rurale sous dotée, estiment que les incitations comme la communication sont insuffisantes, et ils sont de vifs partisans d'un rétablissement d'une réglementation qui restreigne les installations en zones sur dotées. Comme pour les infirmiers ou encore les pharmaciens, ils sont favorables aux limitations d'installations :

*« L'aide à l'installation, ça n'incite pas vraiment : personne ne vient pour cette somme-là. Moi je suis pour le numéris clausus à l'installation, comme pour les infirmiers. »*

Les méthodes possibles pour résoudre le problème de la sous dotation ne font pas l'unanimité, les professionnels exerçant eux-mêmes en zones rurales sous dotées étant peut-être les plus favorables à des limitations fortes.

## 5. LE METIER DE MASSEUR-KINESITHERAPEUTE LIBERAL AUJOURD'HUI

Au-delà des questions de territoire et de mode d'exercice, plusieurs constats ont été faits sur le métier de masseur-kinésithérapeute qui renvoient aux conditions de travail concrètes, qui ne sont pas uniquement liées aux territoires d'exercice.

### 5.1. Une patientèle choisie, mais parfois difficile

En premier lieu, il faut à nouveau souligner le constat unanime d'une patientèle qui est globalement facilement accessible partout. Aucun des masseurs-kinésithérapeutes interviewés ne s'est plaint de manquer de patients, même ponctuellement. La conséquence de cette masse de demandes et de patients est donc, comme cela a déjà été souligné, que les professionnels peuvent, s'ils le souhaitent relativement choisir leurs patientèle, « *trier leurs patients* » comme disent certaines associations de

malades. Le professionnel choisit ses patients, au moins en partie, et ce qu'il s'agisse de zones rurales ou urbaines :

*« On choisit sa patientèle, même en ville... il y a des gens que l'on refuse. Même en rural il y en a certains qui ne veulent pas prendre certains patients en charge. »*

Certains masseurs-kinésithérapeutes notent cependant que les demandes ne sont pas toujours ou uniquement justifiées par un besoin de soin « physique »... Le besoin d'écoute de patients tendus, stressés, est très vivement ressenti par certains qui vont même jusqu'à dire que ces patients devraient surtout ou aussi, voir des spécialistes sur le registre psychologique. Cette souffrance psychologique de certains patients, qui présentent des symptômes physiques, met aussi les professionnels en situation de souffrance, mais il n'est pas toujours facile pour eux de conseiller ou d'orienter les patients qui préfèrent se confier à leur kinésithérapeute plutôt qu'à un psychologue dans certains cas :

*« Chez certains patients, il y a beaucoup de psy derrière : ils souffrent de tensions musculaires. Certains ont surtout besoin d'écoute : ils ne sont là que pour ça... Certains devraient voir un psychologue... ça nous met en souffrance ces gens en difficultés : je suis kiné, pas psy... Mais dans le rural, il y a une exigence de polyvalence plus forte et en rural, il y a des difficultés d'accès à la psy et cela semble aussi plus stigmatisant : c'est mieux accepté d'aller chez le kiné. »*

Ce constat renvoie aussi à une différence souvent perçue par les masseurs-kinésithérapeutes entre patientèle rurale et urbaine. Plusieurs soulignent ainsi qu'en zones rurales les patients sont plus facilement fidèles, respectueux des rendez-vous et attachés à leurs soignants, mais qu'ils en attendent aussi beaucoup au plan relationnel... Et ce, sans compter les phénomènes de bouche-à-oreille qui semblent encore plus forts en rural et qui ont davantage de poids en ce qui concerne la réputation des professionnels. Même si la demande est forte partout, les masseurs-kinésithérapeutes restent vigilants à leur réputation parmi les patients, et parmi les médecins généralistes prescripteurs de soins du territoire...

Enfin, certains masseurs-kinésithérapeutes ont le sentiment qu'une partie des patients s'est déresponsabilisée par rapport aux soins. Ceux-ci étant pris en charge par l'Assurance Maladie et par leur mutuelle, le plus souvent, il semble que certains patients fassent preuve d'une certaine insouciance face au nombre de séances à faire, qui n'existait pas il y a 20 ou 30 ans :

*« Chez les patients, il y a une évolution négative. On leur fait crédit à 0%, et on n'encaisse pas les chèques pendant 1 à 2 mois... Mais ils viennent à 9 séances, et ils ne viennent pas à la 10<sup>ème</sup>, même si elle est payée. C'est 5 à 6% de la patientèle... »*

Les professionnels qui dénoncent cette évolution se montrent d'ailleurs particulièrement défavorables au tiers-payant généralisé, leur argument étant qu'une partie des patients développera dans ce contexte une attitude consumériste et déresponsabilisée vis-à-vis des soins.

## 5.2. Le niveau de revenu

Sur ce point les avis sont très partagés, mais on repère globalement deux tendances : ceux qui sont globalement satisfaits et ceux qui sont très insatisfaits et qui développent différentes stratégies pour améliorer leur revenu. Rappelons que la notion de « bon revenu » ou de « revenu satisfaisant » n'est pas universelle, et qu'il ne s'agissait pas ici de savoir à partir de quel montant concret le niveau de satisfaction des personnes était élevé. Partant de la subjectivité de chacun nous nous sommes plutôt attachés à repérer les principaux leviers de satisfaction ou d'insatisfaction parmi les personnes interviewées.

### 5.2.1. Les satisfaits : un métier qui permet d'avoir accès à de bons revenus

Plusieurs des masseurs-kinésithérapeutes interviewés estiment que leur activité leur donne accès à un revenu satisfaisant, grâce à un nombre d'heures de travail important.

Cependant parmi eux, certains précisent qu'étant donné les tarifs actuels (environ 16 euros pour une séance de 30 minutes), il est plus intéressant de travailler avec des machines (qui permettent de prendre plusieurs patients en même temps), que de manière plus traditionnelle, essentiellement en manuel, en prenant les patients un par un :

*« On gagne correctement notre vie. On fait beaucoup d'heures, on a beaucoup de charges. 16 euros c'est bien quand on travaille avec des machines, mais c'est pas assez quand c'est manuel... Enfin, les machines coûtent cher et l'acte n'est pas assez valorisé. »*

Certains précisent ainsi que ce n'est pas le métier en lui-même qui est bien payé, mais que c'est la possibilité de travailler un nombre important d'heures par jour et par semaine, avec peu de congés, qui permet d'obtenir un bon revenu. Finalement, c'est la liberté de pouvoir moduler son volume de travail selon ses besoins économiques qui est surtout appréciée par certains, le salariat imposant des limites en termes de nombre d'heures qui ne conviennent pas à tous :

*« On fait de grosse semaines et l'administration, la paperasse, c'est 3 ou 4 heures par semaine... Et moi je travaille 55 heures par semaine, parfois 60 heures. Je commence à 7 heures, je finis à 12h et ensuite je finis à 7 h du soir, et je compte travailler plus à un moment donné si j'ai besoin de plus de revenus. En congés, je prends 3 semaines séparées et quelques jours, je ne prends jamais plusieurs semaines de suite, car sinon les patients restent sans soins... Pendant les congés, on se refile entre nous les cas les plus urgents... En salarié, je ne pourrais pas travailler comme je voudrais... »*

Enfin, il semble que certains types de soins ait été réévalués de manière pertinente et que le tarif accordé corresponde bien ou mieux au travail effectivement réalisé :

*« Dans la mucoviscidose, ça a été bien réévalué : c'est un acte de kiné respiratoire mieux côté : l'acte est mieux payé. »*

Enfin, plusieurs ont souligné qu'ils n'avaient pas de difficultés à obtenir les paiements par la Sécurité Sociale, ce qui est un réel motif de satisfaction. En revanche, le paiement par les assurances complémentaires (les « mutuelles ») est souvent décrit comme problématique (ce qui est aussi le cas pour d'autres professionnels para-médicaux) et qui nécessite de gros efforts de suivi des dossiers de paiement afin de ne pas perdre de revenus :

*« La sécurité Sociale paye bien, il n'y a pas de problème. Mais les mutuelles c'est une catastrophe, c'est un gros problème administratif... J'ai du prendre une secrétaire pour faire le pointage, pour ne pas perdre 5 à 6 000 euros par mois... Mais à la Sécu, ils ne connaissent pas ces problèmes. Les Mutuelles, c'est une escroquerie organisée. »*

Ces difficultés avec les « mutuelles » sont soulignées de manière récurrente et outre le fait qu'elles peuvent impacter les revenus des professionnels, elles nécessitent un travail administratif extrêmement précis, qui requiert du temps et parfois de la main d'œuvre, ce qui au final à un coût qui impacte aussi le revenu...

## 5.2.2. Les insatisfaits : des actes insuffisamment revalorisés, un revenu qui a diminué sur la longue durée

D'autres masseurs-kinésithérapeutes se déclarent spontanément et largement insatisfaits de leurs revenus. Ainsi, même si la demande de soins est forte et qu'il n'y a pas de difficultés à remplir les cabinets, la tarification des actes n'a pas suivi le coût de la vie, et en particulier l'augmentation des charges liées au cabinet. De ce fait, le pouvoir d'achat des masseurs-kinésithérapeutes diminue, ce qui fonde une grande partie de l'insatisfaction concernant le revenu :

*« Nos honoraires n'ont pas bougé depuis 10 ans alors que les charges continuent à augmenter... C'était plus facile de s'en sortir dans les années 80, maintenant c'est moins intéressant. Nos honoraires sont faibles, mais les kinés sont utiles à la population... »*

De ce fait, les professionnels qui voudraient se rapprocher du rythme de travail des salariés, obtiennent des revenus qui ne sont pas beaucoup plus élevés que ceux de ces derniers, mais sans les avantages du salariat (congés payés, etc...). En outre, si la tarification a insuffisamment évolué d'après certains, la limite officiellement imposée sur le fait de traiter un patient par tranche de 30 minutes constitue une contrainte forte qui bloque aussi les possibilités de faire évoluer le revenu :

*« Les assistants veulent travailler 35 heures, mais à 1 patient par 30 minutes, ça fait du 2 200 net : en tant que libéral, c'est pas lourd... Et puis les locaux, l'administratif, c'est de plus en plus lourd... »*

L'obligation légale du soin individuel (un patient à la fois, sur 20 à 30 minutes) semble totalement justifiée à certains qui estiment que c'est là la condition sine qua non pour faire un travail de qualité. Néanmoins, respecter cette contrainte aboutit à avoir un revenu inférieur à celui des masseurs-kinésithérapeutes qui prennent plusieurs patients à la fois, notamment grâce à leur plateau technique, ce qui semble totalement injuste à ceux qui considèrent que le collectif est moins qualitatif que la prise en charge individuelle. Mais cela réduit aussi les chances de pouvoir recruter des assistants ou même des remplaçants, qui exigent un certain niveau de revenu et ne sont pas toujours d'accord pour prendre les patients de manière individuelle :

*« Moi je ne prends qu'un patient à la fois : on fait du travail de meilleure qualité, mais il y a le problème de la rémunération. La qualité c'est un patient à la fois sauf si on les mets sur des machines : on peut en avoir deux à la fois, mais il faut que le kiné surveille. Ceux qui en prennent plusieurs à la fois plombent le métier et ceux qui font de l'individuel sont défavorisés. La solution ce serait de se déconventionner pour faire de l'individuel plus cher... Ceux qui prennent plusieurs patients à la fois, c'est illégal, mais la Sécurité ne fait rien et les syndicats ne disent rien... Là on cherche un assistant, mais on a précisé qu'on cherchait quelqu'un qui faisait du soin individuel : les jeunes ça les intéresse pas. Eux veulent faire trois patients en même temps, alors ils refusent de venir chez nous car ils veulent faire du collectif. L'individuel, financièrement c'est pas intéressant, mais finalement je m'épanouis mieux comme ça, et je fais beaucoup de domicile l'après-midi... Mais idem pour le domicile : certains n'aiment pas parce que c'est moins rentable. »*

Plusieurs des masseurs-kinésithérapeutes interviewés précisent que les machines, les plateaux techniques fournis impliquent des crédits très importants et que pour supporter le coût de tels équipements il faut s'en donner les moyens... Cependant, les professionnels qui travaillent de manière individuelle se sentent défavorisés, et ils dénoncent le fait que, malgré la réglementation en vigueur, l'Assurance Maladie couvre les pratiques collectives, entérinant ces inégalités et les renforçant.

De même, plusieurs personnes interviewées se sont plaintes des indemnités kilométriques : celles-ci payent les kilomètres parcourus au-delà de deux kilomètres à partir du cabinet, mais pas le temps qu'implique le déplacement. De ce fait, et alors que les besoins de soins à domicile ne font qu'augmenter,

notamment avec le vieillissement de la population et les sorties de plus en plus précoces d'hôpital, certains masseurs-kinésithérapeutes réduisent ou refusent les soins à domicile, du fait de la perte de revenus que cela suppose pour eux, le temps passé à se déplacer étant très mal pris en compte :

*« Quand on va à domicile, on perd de l'argent : les indemnités kilométriques, c'est si c'est à plus de 2 km du cabinet [...]... Les jeunes y vont moins, alors qu'il y a de plus en plus de gens qui ont des besoins à domicile : les gens restent de moins en moins à l'hôpital, et ils rentrent de plus en plus tôt chez eux...[...] là il y a une notion de service public : la santé hors milieu hospitalier est confiée à des libéraux : on a des obligations et des obligations morales. »*

Enfin, plusieurs femmes ont souligné que les périodes de fin de grossesse et d'accouchement, pendant lesquelles elles ne peuvent plus exercer, affectaient durement leurs revenus. Cette question revient souvent chez les femmes qui exercent des professions de santé en libéral. En effet, les charges des cabinets continuent à courir pendant ces périodes et si les femmes se font remplacer, aux taux moyen de rétrocession actuel (80%-20%), cela couvre semble-t-il à peine la perte de revenus. Ainsi, au-delà des inégalités repérées entre ceux qui travaillent de manière individuelle ou collective, il existe aussi une inégalité entre hommes et femmes du fait de la maternité, que l'on retrouve sous d'autres formes chez les femmes salariées, mais qui est bien présente pour les professionnelles de santé libérales :

*« Au niveau Sécu, il y a des indemnités forfaitaires pour les femmes enceintes, mais c'est insuffisant par rapport à nos charges mensuelles, il faut prendre une assurance privée. Pour ma première fille j'en ai eu pour 10 000 euros de ma poche pour payer mes charges : comme je ne suis pas au cabinet, je ne gagne rien, mais j'ai une assistante et donc il y a une rétrocession... Je m'en sors à peu près, mais c'est pas facile. Je serai prête à cotiser à la Sécu pour plus aider les femmes pendant le congé maternité... Financièrement, la maternité c'est un manque à gagner pour les femmes. »*

Là encore, la pénurie de masseurs-kinésithérapeutes a fait évoluer les niveaux de rétrocession largement en faveur des remplaçants, ce qui fait que le remplacement est peut-être devenu un luxe pour certains et plus particulièrement pour ceux qui ont une pratique majoritairement individuelle.

### 5.2.3. Les actes déconventionnés, les dépassements : une solution pour améliorer les revenus

Certains des masseurs-kinésithérapeutes interviewés, insatisfaits de leurs revenus, ont développé des stratégies pour améliorer celui-ci. Au-delà de la possibilité de travailler davantage et de voir plus de patients par jour, ou encore de traiter plusieurs patients en même temps, certains ont décidé de se tourner vers des actes non conventionnés, ou encore de pratiquer des dépassements d'honoraires :

*« Les honoraires n'ont pas assez évolué : une séance devrait être à 30-35 euros... Pour s'en sortir il faut faire plus d'heures... Et explorer le non-conventionnel. »*

*« On a le droit de faire des dépassements... A 25 euros, il y a des gens qui viennent quand même. Je connais des kinés qui font des dépassements systématiques... On a des tarifs iniques... Je préférerais être au RSI... »*

Quelques interviewés souhaiteraient développer ce champ, un peu dans le prolongement du constat que tout ce qui est attendu des masseurs-kinésithérapeutes par les patients ne relève pas forcément de la santé au sens strict du terme, au sens de l'Assurance Maladie. Ainsi, certaines activités liées au bien-être, au renforcement musculaire qui répondent à des attentes de confort, mais sont déconnectées d'une pathologie pourraient se développer hors conventionnement, à des tarifs plus élevés que ceux pratiqués dans le cadre d'un soin. Reste que ces pratiques, si elles sont autorisées jusqu'à un certain point sont



limitées par le fait que les masseurs-kinésithérapeutes, professionnels de santé de par leur statut, ne peuvent faire de promotion ouverte sur leurs activités :

*« On peut faire jusqu'à 50% d'actes hors nomenclature, jusqu'à 50% de travail déconventionné, mais on ne peut pas en faire la promotion... On est à mi-chemin entre les médecins qui sont dans le \*tout santé\* et les pharmaciens qui font du commerce.... On peut proposer des cours de gym médicale, mais on ne peut pas faire la promotion des actes hors nomenclature. Pourtant dans certains cas, on pourrait sortir certains actes du remboursement, et faire des économies pour la Sécu... Ce serait pas forcément des soins chers : par exemple des cours de gym en groupe. »*

D'après les personnes interviewées, il semble qu'une poignée de masseurs-kinésithérapeutes en Rhône-Alpes aient complètement quitté le secteur conventionné et les soins prescrits pour travailler à temps plein dans le domaine du bien-être. Cette démarche qui abandonne complètement les soins prescrits par les médecins est décrite par les interviewés comme un pari risqué : d'une part il faut être sûr du potentiel économique de la patientèle du territoire et d'autre part, la concurrence est de plus en plus vive sur le terrain du bien-être...

En tout état de cause, les dépassements d'honoraires ou les actes déconventionnés peuvent plus facilement se développer dans les territoires prospères, où il y a un réel potentiel de patientèle, mais aussi de « clientèle » pour les soins de bien-être. La sur ou sous dotation du territoire joue un rôle dans la mesure où la concurrence risque d'être plus vive dans un territoire riche et sur doté que riche et sous doté. De même, ce type d'activité peut difficilement se développer dans des territoires précaires au plan économique, et encore moins si à la précarité s'ajoute la sous dotation.

#### 5.2.4. Le tiers-payant généralisé

Parmi les masseurs-kinésithérapeutes interviewés, nombreux sont ceux qui sont défavorables au tiers-payant généralisé. En premier lieu, comme on l'a déjà souligné plus haut, le tiers-payant met en quelque sorte les professionnels à la merci des compagnies d'assurance complémentaire (les « mutuelles ») qui semble-t-il s'acquittent de plus en plus mal du remboursement vis-à-vis des professionnels : retards de paiement et erreurs dans les calculs deviennent monnaie courante, ce qui oblige les professionnels de santé à faire un suivi extrêmement précis de tous les éléments administratifs, pour ne pas voir une partie de leurs revenus s'évaporer :

*« Moins on fait le tiers-payant, mieux ça va, moi je ne prends jamais les mutuelles sauf la MGEN. C'est impossible car j'ai des patients qui viennent de toute la France, avec des mutuelles trop problématiques. »*

Mais au-delà de ces contraintes bien repérées par la plupart s'ajoute la crainte pour certains d'être encore plus « attachés » à l'Assurance Maladie, ce qui éroderait le statut de professionnel libéral et tendrait à mettre en place une forme de salariat :

*« Avec le tiers-payant ce sera un faux salaire : il y aura que des inconvénients et pas d'avantages. »*

La question des avantages du tiers-payant généralisé pour les masseurs-kinésithérapeutes se pose d'autant plus vivement qu'ils ne sont pas tous satisfaits de leur rémunération actuelle...

### 5.3. L'organisation du cabinet

L'organisation de l'activité est un enjeu fort de la qualité des conditions de travail, autant que le revenu et ce d'autant plus que l'exercice libéral devrait permettre des marges de manœuvre qui sont largement plus réduites dans le salariat.

Néanmoins, certaines contraintes fortes ont également été soulignées par les personnes interviewées.

#### 5.3.1. Le cabinet : le local, les normes, les équipements

En premier lieu la question du local est essentielle pour ceux qui sont titulaires dans leur cabinet. Beaucoup ont acheté leur local et certains y ont fait de très gros investissements en y installant des machines diverses, voire une « balnéo ». Le fait de s'inscrire dans la durée sur un territoire, avec une patientèle qui s'étoffe est sans doute un élément qui favorise l'achat du local :

*« Au début on louait. On est restés en location pendant 4-5 ans... Mais on cherche à acheter et la patientèle a augmenté. »*

Même si une part de l'activité à lieu au domicile des patients, pour les personnes interviewées, c'est l'activité au cabinet qui reste largement majoritaire. Or l'accueil du public implique le respect de certaines normes d'accessibilité notamment, qui doivent être mises en place avant fin 2015.

La mise aux normes suppose des travaux variables selon les cabinets, leur emplacement, et dans certains cas, elle est lourde et complexe à mettre en œuvre, dans le bâti ancien notamment, ou en étage... Nul ne peut échapper à cette obligation, sauf ceux qui se déplacent au domicile de leurs patients à mobilité réduite :

*« Pour ceux qui s'installent il faut suivre le cahier des charges, les normes : c'est un gros dossier... Pour les anciens cabinets, ils doivent se mettre aux normes avant septembre 2015. C'est un gros coût pour certains, et dans les copropriétés, c'est pas toujours possible de faire un ascenseur... Sur les dossiers, on peut justifier d'aller à domicile pour les personnes à mobilité réduite, pour les personnes handicapées, et là, il n'y a pas besoin de faire les travaux »*

Si certains masseurs-kinésithérapeutes ont une pratique relativement traditionnelle et ont peu de matériel dans leur cabinet, d'autres font le choix d'investir dans différents appareillages : de la machine à ultra-sons, au bottes de presso-thérapie, jusqu'aux vélos et aux appareils de renforcement musculaire, il existe toute une gamme de possibilités, parfois extrêmement coûteuses. Néanmoins, comme on l'a déjà souligné, les machines permettent de prendre plusieurs patients en même temps, et sont aussi peut-être un facteur d'attractivité pour certains patients :

*« Le matériel ça fait gonfler la patientèle. Par exemple pour les sportifs le matériel de renforcement musculaire c'est intéressant. On est dans le soin à la base : on utilise le matériel après une traumatologie, mais on peut aussi l'utiliser en prévention par rapport à une pathologie. »*

Si la mise aux normes concerne la plupart des masseurs-kinésithérapeutes, en revanche l'équipement des cabinets est extrêmement variable. Plusieurs interviewés ont cependant précisé que les plateaux techniques importants se trouvent plus facilement en ville, où la patientèle est peut-être plus attirée par ces techniques ou moins attachée au soin individuel.

### 5.3.2. Exercer seul : une situation délicate

Quelques uns des masseurs-kinésithérapeutes interviewés exercent seul, mais cela n'est pas toujours un choix : il n'est pas toujours facile de trouver un associé, ou même un assistant ou un remplaçant et certaines zones et conditions sont moins attractives que d'autres. Dans certaines zones rurales ou sous dotées, où la demande dépasse largement l'offre, la pression peut être particulièrement forte. Par ailleurs, en cas d'absence forcée du cabinet ou dans certaines situations, le fait de travailler seul est fragilisant :

*« J'exerce dans un cabinet seul, c'est un handicap de travailler seul. C'est un problème en cas de maladie... Ou alors en cas de problème particulier, de patient compliqué... Il faut alors chercher, se renseigner... ceux qui sont en cabinet de groupe c'est plus facile. »*

### 5.3.3. Exercer en association

La plupart des personnes interviewées travaillaient avec au moins un associé. Dans certains cas, il y avait plusieurs associés, qui pouvaient alors se permettre d'embaucher une secrétaire pour s'occuper des demandes de rendez-vous, des tâches administratives. Dans notre échantillon, ce type de cabinet s'est plutôt trouvé dans les centres-villes de communes importantes :

*« Là je suis associée dans un cabinet de groupe, on est 7 kinés et on a une secrétaire. Avec une secrétaire, on est bien mieux, mais il faut être trois kinés au moins pour avoir une secrétaire à mi temps... Sinon, le téléphone sonne tout le temps. »*

L'association présente de nombreux avantages de l'avis de tous : possibilité de se faire remplacer sur une courte durée, en répartissant les patients sur les autres associés, de prendre le relais les uns des autres pendant les congés, d'acheter du matériel à plusieurs, échanger sur les cas complexes, ou encore proposer des spécialités complémentaires entre elles. Néanmoins, l'association nécessite une réelle entente qui ne va pas de soi et toutes les associations ne fonctionnent pas :

*« J'ai été assistante pendant un an de quelqu'un qui travaillait déjà sur le territoire et ensuite je me suis associée. S'associer c'est aussi lourd qu'un mariage... C'est pas simple pour la gestion. Normalement, on est d'égal à égal... Il y a les petits conflits au fil du temps. Le plus important c'est de bien communiquer. Ce qu'il y a de bien c'est le matériel qu'on achète en commun, et puis il y a des techniques que l'un fait et pas l'autre... Il faut s'associer avec des gens qui sont dans la même dynamique. Il faut avoir une façon de travailler différentes, mais il faut se compléter. »*

Cependant, les associations réduites peuvent parfois être presque aussi contraignantes que l'exercice seul. En effet, lorsque l'associé doit s'absenter de manière forcée, au-delà d'une courte durée, c'est l'associé qui reste qui doit faire face aux charges, voire aux patients en détresse. La solution peut alors être de trouver un assistant ou un remplaçant, mais ces profils sont difficiles à trouver dans les zones rurales, ou du moins les zones rurales peu ou pas touristiques :

*« Mon associé a eu un problème de santé : il ne peut plus payer les charges... alors les charges du cabinet sont trop lourdes pour moi toute seule... Des remplaçants on en trouve facilement : les jeunes viennent sans famille, ils louent des gîtes pour quelques mois... Mais trouver un assistant c'est très lourd [...] c'est plus difficile à trouver en rural. »*

Ainsi travailler à deux serait facilitant, mais plus les charges sont lourdes et les remplaçants difficiles à trouver, et plus chaque associé est dépendant de l'activité de l'autre.

Cela pose la question du nombre idéal d'associé qui permette à la fois de bien s'entendre, de partager au mieux les charges, et ce sans fragiliser les partenaires dans le cas où l'un des associés ne peut plus travailler.

#### 5.3.4. Assistants et remplaçants

Que l'on soit seul ou à plusieurs, trouver des assistants et peut-être encore plus des remplaçants n'est pas facile car, au-delà des effets de la pénurie de masseurs-kinésithérapeutes en certaines zones, les jeunes restent davantage attirés par les villes où les zones rurales très actives et plaisantes (lieux de tourisme, station de sport d'hiver, ...).

Les remplaçants sont particulièrement volatiles et étant donné le contexte de pénurie, ils sont en position de force par rapport à la rétrocession. Par ailleurs, les assistants, qui ont souvent le même niveau de rétrocession que les remplaçants doivent respecter une clause de non-concurrence, ce qui amène certains masseurs-kinésithérapeutes à souhaiter que les assistants, généralement plus stables que les remplaçants, ne soient véritablement mieux rémunérés que ces derniers :

*« Un assistant c'est au moins pour un an, et s'il veut partir il y a un préavis de 3 mois... Mais c'est la même rémunération pour un remplaçant et un associé. Et les remplaçants il faut tout le temps en rechercher, l'assistantat c'est mieux, ça permet de se poser un peu et il y a aussi la clause de non-concurrence. »*

*« Depuis 8 mois on cherche un assistant, mais on n'en trouve pas... On est beaucoup de confrères qui cherchent ici... Les jeunes font des remplacements sur le mode tourisme: ils ne veulent pas être assistants, et comme ils trouvent du boulot partout comme ils veulent... Et puis pour les remplaçants et les assistants, les pourcentages de rétrocessions sont les mêmes, est-ce qu'on ne pourrait pas plus rémunérer les assistants ? »*

Tous les interviewés sont unanimes: les remplaçants peuvent aujourd'hui voyager à peu de frais et travailler dans de bonnes conditions, avec une très grande souplesse en terme de préavis, pour une rémunération beaucoup plus élevée qu'elle ne l'était il y a 10 ou 15 ans. De ce fait, prendre un remplaçant devient presque une opération risquée pour certains professionnels installés :

*« Il y a eu une escalade dans la rétrocession, maintenant on est à 80-20: le kiné ne rentre pas tout à fait dans ses frais, il y a un risque de travailler à perte, cela dépend du loyer, si le matériel est amorti. Et la rétrocession pour le domicile, c'est 90-10 et 100% sur les indemnités kilométriques. »*

La sous-dotation place également les assistants en position de force. Certains interviewés reconnaissent ainsi que c'est un statut qui leur a permis de monter leur propre activité, en minimisant les risques d'une création au plan du revenu... Si certains revendiquent de bonnes pratiques dans ce genre de situations (surtout lorsqu'ils envisagent de rester peu ou prou sur le même territoire) celles-ci ne sont pas automatiques. En tout état de cause, et même si de bonnes conditions sont offertes, les assistants ne sont pas faciles à trouver :

*« J'ai créé mon cabinet pour ne pas avoir à racheter de patientèle. C'était une prise de risque, mais je travaillais à mi-temps dans mon cabinet et à mi-temps comme assistant dans un autre cabinet... En tant qu'assistant on est en position de force, car il n'y a pas assez de kinés, mais je leur avais tout de suite annoncé mon plan: c'est des bonnes pratiques, j'ai pas voulu les planter, j'ai voulu les prévenir. A l'époque, la rétrocession c'était 30% des honoraires, maintenant c'est 20%... Maintenant je cherche aussi quelqu'un à 80%-20%. »*

La difficulté à trouver des assistants et des remplaçants, et la volatilité même du statut de remplaçant, en fait des ressources difficiles à réellement planifier, notamment dans les territoires sous dotés. Parmi les

interviewés beaucoup travaillaient avec des remplaçants ou des assistants, mais beaucoup étaient également en train d'en chercher depuis plusieurs mois voire années.

Dans tous les cas, l'espoir de laisser un jour son cabinet à un jeune assistant qui deviendra associé et reprendra le cabinet par la suite n'est plus de mise. Dans un contexte de demande très important, la vente de cabinets ne se fait plus, et les patientèles ne se « revendent » presque plus, sauf peut-être sur certains territoires particulièrement sur dotés :

*« Ici c'est difficile de trouver des remplaçants. J'ai la chance d'avoir une assistante... Et c'est très difficile par ici de trouver un successeur... C'est plus facile dans les grosses villes. »*

### 5.3.5. Cabinet principal et secondaire

Une petite minorité de masseurs-kinésithérapeutes parmi les interviewés possède un cabinet principal et un cabinet secondaire. D'après ces interviewés, l'intérêt de cette configuration est à la fois d'élargir sa patientèle tout en l'équilibrant. Les cabinets secondaires peuvent ainsi se trouver au sein d'une même ville dans deux quartiers très différents, ou au sein d'une ville et d'une petite commune rurale :

*« Je suis en plein centre-ville, et j'ai un cabinet secondaire dans le quartier de XXXX. C'est important d'avoir une offre de soins complète, à proximité. »*

Selon les cabinets et la configuration des ressources humaines, les plages d'ouverture des cabinets secondaires sont plus ou moins larges : l'existence d'une offre de proximité pour la patientèle du cabinet secondaire n'implique pas une ouverture de ce cabinet tous les jours. Par ailleurs, d'après les personnes interviewées, les cabinets principaux sont souvent mieux fournis en termes d'équipement (de machines) que les cabinets secondaires.

### 5.3.6. D'autres formes de regroupement

Au-delà de l'association au sein d'un même cabinet, on repère certaines formes de regroupements qui permettent de mutualiser certaines ressources, de manière très souple, comme le font d'autres professionnels de santé libéraux et notamment les médecins généralistes avec les plateformes de secrétariat téléphonique :

*« Sur la commune à côté, ils ont fait un regroupement de libéraux : ils ont fait une mise en commun de la structure, avec un secrétariat pour les rendez-vous, mais rien au niveau comptable. »*

Dans d'autres cas, on observe au contraire des « fusions » juridiques et comptables de deux cabinets différents qui permettent un partage de locaux plus vastes et aussi un partage d'appareils. Au final, cela fait un seul et même cabinet. Configuration qui semble surtout possible dans les villes, regrouper 5 ou 6 masseurs-kinésithérapeutes en pleine zone rurale n'étant pas toujours pertinent pour les patients qui ne souhaitent pas forcément que tous les masseurs-kinésithérapeutes soient concentrés en un même point, même avec du matériel important, ce qui supposerait des distances très importantes à parcourir pour certains d'entre eux. Les « gros » cabinets sont donc sans doute plutôt un mode de structuration que l'on trouve en milieu urbain :

*« On a fusionné avec un cabinet de la commune voisine, chacun a ses patients et on a une salle de soins individuelle et un gymnase commun de 45 mètres carrés, on a deux vélos deux appareils de renforcement musculaire, des ultra-sons, des ondes de chocs et du petit matériel... Mais on est*

*beaucoup à travailler en technique manuelle. Chacun prend les patients qui l'intéressent : on s'oriente les patients au sein du cabinet, selon ce qu'on aime faire et les patients sont mieux pris en charge... On a deux collègues qui sont plus dans le gymnase, qui font plus de traumatisme du sport. »*

Une minorité des masseurs-kinésithérapeutes interviewés a évoqué des projets de maison de Santé Pluridisciplinaires, mais aucun d'entre eux ne travaillait sous cette forme. Pourtant, certains semblent véritablement s'intéresser à ce format de regroupement :

*« Il y a eu un projet de MSP qui est tombé à l'eau... Tout était prêt sur le papier, mais ça n'a pas marché. C'était bien étudié, c'était intéressant, il y avait un projet santé par rapport au quartier... [...] Mais cela dépend des personnes : il y a des gens qui ont envie de s'investir et ceux qui ne le font jamais... Mais les kinés c'est une profession assez individuelle... Les infirmiers travaillent plus facilement en groupe. Les kinés n'apprennent pas beaucoup à travailler en équipe, et ça manque... »*

Mais tous ne sont pas convaincus par ce système et préfèrent se tenir à une certaine distance des MSP et aussi des médecins :

*« Les MSP j'aime pas trop avoir les médecins trop près : on est toujours dans un lien hiérarchique avec la prescription, et avec certains médecins, ça peut devenir un problème. S'il y a de la distance ça va mieux. »*

Par ailleurs, la question du local pose problème à certains. Etant donné les investissements matériels et les surfaces occupées certains préfèrent être sur d'avoir suffisamment de place et aussi souhaitent être propriétaires des locaux, ce qui n'est pas la configuration habituelle des MSP :

*« Avec les MSP, l'immobilier n'est pas aux professionnels, ça appartient à la com com : c'est pas bien, on veut aussi avoir notre immobilier... est-ce qu'on peut pas trouver un moyen pour que l'immobilier soit aux professionnels ? »*

Les masseurs-kinésithérapeutes sont peut-être globalement moins intéressés ou moins sollicités pour le montage de MSP que d'autres professionnels de santé.

### 5.3.7. Les réseaux de garde

Enfin, certains cabinets, sans s'associer entre eux ni fusionner, ont mis en place des formes de travail partagé, en mettant au point des réseaux de garde à l'échelle d'un territoire donné, souvent du rural ou du péri-urbain. Ces réseaux de garde, entièrement gérés par des cabinets libéraux permettent de répondre aux demandes en urgence notamment le week-end, qui semblent surtout concerner les pathologies respiratoires du jeune enfant ou de la personne adulte et âgée (notamment les personnes atteintes de Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive) :

*« On a monté un petit réseau, un petit système de garde sur la kiné respiratoire pour bébés. On est 14 kinés à y participer : ça nous fait deux week-ends de garde par an. C'est pour les bébés, de la naissance à 3-4 ans. Il y a une indemnité de jours fériés juste pour le dimanche, mais nous on l'applique aussi le samedi. La Sécu dit rien : si on ne nous paye pas comme ça on ira pas travailler les samedis [...] notre réseau désengorge les urgences : s'il n'y a pas de kinés, les bébés vont aux urgences... Et même les BPCO : ils font du drainage actif tout seuls, sauf les personnes très âgées : c'est des soins à domicile qui flirtent avec l'hospitalisation. Les bébés viennent au cabinet, mais les personnes âgées, il faut se déplacer. »*

*« On a mis en place un système de garde en place, en hiver, pour les bronchiolites, on fait de la ventilation dirigée. »*

Ces réseaux entièrement libéraux permettent ainsi de répondre à un vrai besoin de la patientèle, tout en répartissant la contrainte sur différents professionnels.

On notera cependant que certains masseurs-kinésithérapeutes, considérant que les majorations du samedi et du dimanche sont insuffisantes, refusent catégoriquement de travailler en week-end. Ceux qui acceptent de s'occuper des urgences, toute l'année ou seulement en hiver acceptent cette majoration, mais parfois en étendant le tarif « dimanche » au samedi, et ce d'autant plus que les déplacements sont nécessaires pour certains publics et que les professionnels se déplacent alors non pas de leur cabinet, mais bien souvent de leur domicile, ce qui n'est pas pris en compte par l'Assurance Maladie.

## 6. PARTENAIRES ET CONCURRENTS DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES

Au-delà des conditions de travail au sein même du cabinet, le tissu professionnel qui environne les masseurs-kinésithérapeutes a également un impact fort sur leur pratique, qu'il est indispensable d'analyser au travers des témoignages des personnes interviewées.

### 6.1. Partenariat médical

Les médecins, parce qu'ils prescrivent les soins demeurent la porte d'accès des patients vers les kinésithérapeutes. Pourtant, dans la plupart des cas, les prescriptions sont peu techniques, laissant une vraie latitude au masseur-kinésithérapeute pour ajuster le soin à ce qu'il perçoit de l'état du patient.

Pour autant, la relative liberté laissée aux masseurs-kinésithérapeutes ne va pas jusqu'au diagnostic : c'est le médecin qui formellement formule le problème de santé et le soin adapté. Il y a donc, de facto, une dépendance du masseur-kinésithérapeute au diagnostic du médecin, qui peut être comparée notamment à celle de l'infirmier... Ce qui n'empêche pas des relations de réel partenariat et de confiance de s'établir, que ce soit dans le secteur salarié ou libéral. L'enjeu n'est donc pas dans l'amélioration de la confiance, qui est souvent bien présente, d'après ce qu'en disent les masseurs-kinésithérapeutes, mais dans la formalisation de celle-ci, une formalisation qui pourrait même impliquer une « délégation de tâche », juridiquement actée.

Le débat est complexe et il ne peut se résumer et encore moins se résoudre en une étude, mais il reflète une évolution des postures professionnelles des uns et des autres, qui était sans doute inenvisageable il y a trente ans, et qui va peut-être encore se modifier dans les années à venir, à la faveur de changements démographiques, techniques, médicaux.

En tout état de cause, on repère bien, parmi les masseurs-kinésithérapeutes interviewés des points de vue opposés et des attentes différentes quant à l'avenir, par rapport à leurs rapports professionnels avec les médecins.

### 6.1.1. Une relation qui s'est améliorée, mais une complémentarité à respecter

Selon certains des masseurs-kinésithérapeutes interviewés, la relation aux médecins est devenue plus fluide qu'elle ne l'était il y a quelques dizaines d'années. Les médecins reconnaîtraient mieux et respecteraient davantage les compétences et les savoirs des masseurs-kinésithérapeutes :

*« Avec les médecins, ça s'est beaucoup démocratisé, même au niveau hospitalier. On est partenaires des médecins, ce qui n'était pas le cas il y a 30 ans. Avant, on se sentait subordonnés. »*

Dans certains cas (qui sont extrêmement minoritaires dans notre échantillon), on observe même des regroupements juridiques et économiques (autres que les MSP) qui associent des médecins et des kinésithérapeutes, qui ont dans ce cas des approches thérapeutiques fortement convergentes :

*« Nous on travaille en SCM avec un médecin ostéopathe, et un kiné mézieriste<sup>18</sup>. Avec le médecin on a tous une relation au patient qui est plus dans la globalité : on peut s'orienter les patients. »*

Si le sentiment d'une hiérarchie s'est atténué, plusieurs des masseurs-kinésithérapeutes interviewés soulignent cependant que cela ne signifie pas qu'ils considèrent que les compétences des uns et des autres se confondent ou se rapprochent ; certains sont ainsi défavorables à toute délégation ou transfert de tâches du médecin vers le masseur-kinésithérapeute, notamment du fait que le diagnostic reste une compétence médicale, et que c'est à partir de cela que le soin s'organise :

*« Les médecins me font confiance, avec les jeunes médecins en semi-rural, il y a eu une bonne relation d'emblée... Je suis paramédical, je suis là pour les aider, je n'ai pas à faire leur boulot. La délégation de tâches, le transfert de compétences : tout le monde fait le boulot des autres maintenant... Moi je ne suis pas pour... L'ARS fait des expériences : par exemple la consultation infirmière. L'infirmière est presque une salariée du médecin, elle fait le bilan et le médecin termine... mais c'est pas une bonne idée. »*

Pourtant certains pondèrent ce point de vue en précisant que face aux patients, leur propre regard professionnel a une réelle valeur, même si elle ne permet pas de faire un diagnostic stricto sensu :

*« Les médecins ont du respect pour nous, pour ce qu'on fait... Certains veulent être accessibles en premier recours... OK, mais on ne sait pas faire de diagnostic différentiel. Moi je préfère que le patient passe par les mains du médecin... Mais dans certains cas, c'est nous qui avons l'œil clinique. »*

Reste que ces masseurs-kinésithérapeutes ne souhaitent pas une formalisation de ce partage. Il leur semble plus pertinent que la responsabilité du diagnostic incombe totalement au médecin, même si ce dernier les consulte néanmoins pour établir ce diagnostic.

### 6.1.2. Les « kinés » doivent valoriser leur compétences et regards propres face aux médecins

D'autres masseurs-kinésithérapeutes en revanche, on un point de vue relativement différent, voire opposé. D'après eux, le recours en première intention des patients aux masseurs-kinésithérapeutes serait une évolution positive et cela entérinerait le fait que le regard de ces professionnels peut avoir une valeur propre dans une démarche de diagnostic, voire dans certains cas, meilleure que celle des médecins :

---

<sup>18</sup> La méthode Mézières, mise au point par Françoise Mézières en 1947, est une technique de rééducation posturale visant à relâcher les tensions musculaires et à corriger les déviations de la colonne vertébrale. Elle se pratique surtout en maintenant des postures très précises et en effectuant un travail respiratoire.



*« Ma conviction c'est qu'il faut aller vers des compétences plus fines, notamment face aux médecins. Les médecins ne veulent pas nous lâcher des choses... Alors que moi, les médecins m'envoient des patients pour que je donne mon avis [...] Les médecins, certains ont peur : on va leur prendre des patients si on n'a pas besoin d'ordonnance. »*

Pour ces masseurs-kinésithérapeutes l'une des sources de la réticence des médecins à déléguer certaines tâches aux masseurs-kinésithérapeutes vient de leur méconnaissance du travail concret de ces derniers, de leurs approches et outils. Difficulté dont pâtiraient également les infirmiers. Des formations communes, un dialogue plus formalisé permettraient d'après eux de faire évoluer certaines postures :

*« Les médecins ne sont pas toujours bons en diagnostic, parfois ils se plantent... C'est de mal en pis avec les médecins : ils ne savent pas raisonner, il faudrait plus communiquer avec eux sur la kiné, faire des formations ensemble et avec des infirmiers. »*

Pour ces masseurs-kinésithérapeutes, il est clair que leur profession s'est technicisée et est montée en compétences... La résistance des médecins ne serait donc pas fondée sur une méfiance vis-à-vis des compétences des masseurs-kinésithérapeutes, mais plutôt sur la crainte de perdre des patients, alors même que le système du « parcours de soins » les avait clairement repositionnés comme étant le pivot de ce parcours.

## 6.2. Autres partenaires et concurrents

### 6.2.1. Les ostéopathes exclusifs ou « ni-ni »

Aujourd'hui, les ostéopathes exclusifs, qui ne sont donc ni médecins, ni masseurs-kinésithérapeutes, surnommés les « ni-ni », constituent la catégorie professionnelle qui se trouve sans doute le plus en concurrence directe avec les masseurs-kinésithérapeutes. Même si les « ni-ni » ne sont pas reconnus en France comme des professionnels de santé, le fait est qu'en règlementant leurs études de manière officielle et en imposant un nombre d'heures minimum (relativement élevé) à effectuer pour pouvoir obtenir le titre d'ostéopathe, l'Etat souhaite à la fois mieux protéger les « utilisateurs » de ces soins, et peut-être reconnaître d'une certaine manière l'importance du phénomène.

Les écoles d'ostéopathie sont toutes privées et les formations varient fortement selon les écoles, et dans leur durée et dans leur contenu. Face à ce qui était jusqu'alors un kaléidoscope de formations, les masseurs-kinésithérapeutes interviewés ont des positions différentes voire divergentes.

*Les ostéopathes exclusifs : pas des professionnels de santé*

Pour une partie des masseurs-kinésithérapeutes interviewés, les ostéopathes « ni-ni » n'ont pas de réelle compétence en matière de santé. Ils répondraient à de véritables besoins chez les patients mais qui relèveraient davantage du besoin d'écoute, de prise en compte, que d'une réelle pathologie ou problème de santé. Certains interviewés se montrent ainsi très sévères en les décrivant comme un mélange de gourous et d'escrocs qui abusent en quelque sorte de la crédulité des patients, de la mode et de l'air du temps, et ce avec l'appui de lobby qui défendent leur cause au plus haut niveau... Ce qui serait à mettre en lien avec le fait que seules des personnes de catégories sociales favorisées ont aujourd'hui accès aux études en écoles d'ostéopathie, car elles sont très coûteuses. Et même si quelques ostéopathes semblent véritablement avoir une approche sérieuse, la majorité est décrite comme un groupe d'usurpateurs. On distinguera cependant les masseurs-kinésithérapeutes qui considèrent que l'ostéopathie est en soi une

approche fantaisiste, et ceux qui croient en l'ostéopathie, mais qui estiment que les « ni-ni » ne sont, globalement, pas formés pour être pertinents et efficaces en matière de santé :

*« Les ostéopathes ont des formations hétéroclites, on trouve le meilleur comme le pire... On fait croire à certains que ce sont de petits médecins... D'après certains, on pourrait tout soigner par l'ostéopathie... Il y a des dérives sectaires. Maintenant il y a des ostéopathes à tous les coins de rue... C'est l'Etat qui a favorisé ça, car ça ne coûte rien à la Sécu... Mais ça devrait être une spécialité pour les professionnels de santé. La plupart des patients se contente du titre d'ostéopathe... Certains patients ont une préférence pour le kiné mais c'est une minorité. »*

*« Les ni-ni c'est un discours ni cohérent, ni médical : ils sont dans l'empirisme complet, la \*mobilisation des viscères\*, \*l'énergie\*... C'est un peu comme la mode des magnétiseurs, mais c'est ce qui plait aux gens... »*

*« Une vertèbre qui à glissé, c'est mon métier, mon travail... Mais les ostéo font un gros lobbying. Les écoles d'ostéopathie coûtent des fortunes, alors il n'y a que les fils à papa qui peuvent y aller... C'est un lobby politique... Il y a des écoles reconnues, des écoles agréées qui vont éradiquer les écoles bidon, on a cadré et c'est très bien... Il y a des écoles d'ostéo qui sont capables de faire du soin [...] mais ce n'est pas un diplôme médical... Les kinés on est des professionnels de santé. Si les ostéo sont prudents c'est bien, mais il faut d'abord que les patients aillent voir un médecin.»*

*« Je suis défavorable aux ni-ni. Ostéopathe c'est un titre, il n'y a pas plus de preuves scientifiques que pour les autres... Et nous aussi on a une vision globale du patient. »*

Même si certains masseurs-kinésithérapeutes, estiment qu'une partie des « ni-ni » est effectivement bien formée, ils considèrent que l'ostéopathie est une technique de soin, parmi d'autres, qui ne fait pas des « ni-ni » des professionnels de santé pour autant :

*« Je pense qu'ils sont bien formés, mais on leur dit qu'ils sont plus forts que les médecins, les kinés... et il y a des dérapages : il y a les gourous qui disent qu'ils peuvent tout soigner, mais ce ne sont pas des professionnels de santé... Pourtant ils vont aller vers une reconnaissance officielle... Pour le moment les ostéo ne sont pas des concurrents : il y a du travail pour tout le monde. ... [...] Mais il y a une partie de l'ostéopathie qui est un peu délirante, enfin, si les gens vont mieux, c'est ce qui compte : c'est pas la technique, mais la façon dont les gens la reçoivent qui compte : il y a des gens qui ont seulement besoin qu'on s'occupe d'eux. »*

### *Les ostéopathes exclusifs : une concurrence déloyale ?*

Elément aggravant d'après les masseurs-kinésithérapeutes interviewés, les « ni-ni » se présentent comme des professionnels de santé, alors que contrairement aux professionnels de santé officiellement reconnus, ils peuvent, eux, faire de la publicité pour leur cabinet (comme les professionnels du « bien-être », au demeurant), ce qui dessert les masseurs-kinésithérapeutes qui se sont formés à l'ostéopathie et qui « croient » en cette approche, mais qui ne peuvent en faire la promotion, du moins tant qu'ils exercent en faisant valoir leur diplôme de masseur-kinésithérapeute :

*« Les kinés n'ont pas le droit de se faire de la publicité, ou alors ils doivent se déconventionner... alors que les ostéopathes font de la publicité. »*

De surcroît, cette promotion est faite dans un contexte, où l'ostéopathie est aujourd'hui largement reconnue par le grand public. Les « ni-ni » seraient donc à la fois des « usurpateurs » dans le monde des professionnels de santé, mais aussi des concurrents, illégitimes, qui n'apporteraient rien de plus que les masseurs-kinésithérapeutes formés à l'ostéopathie, et qui auraient moins de connaissances au plan scientifique :

*« Pour les jeunes kinés, l'ostéopathie, ça va devenir impossible avec le nombre d'heures à faire maintenant... même si en fait les kinés font de la thérapie manuelle : c'est la même chose. »*

Autre élément vécu comme une injustice par plusieurs des personnes interviewées le nombre d'heures qui a récemment été imposé pour être officiellement considéré comme capable de pratiquer l'ostéopathie (règlementation des études) constitue un volume horaire très important (plus de 4 800 heures), impossible à assurer dans le cadre d'une formation continue. Or les études de masso-kinésithérapie ne comportent pas autant d'heures consacrées à l'ostéopathie. De ce fait, seuls ceux qui auront été formés dans une école d'ostéopathie pourront prétendre maîtriser cette approche... Ce qui risque de décrédibiliser les masseurs-kinésithérapeutes déjà formés, et de rendre inaccessible cette technique aux futures générations de masseurs-kinésithérapeutes :

*« Mais compte-tenu de la réforme des études, il va devenir impossible pour les kinés de se former à l'ostéopathie... C'est dommage : l'ostéopathie, c'est une corde de plus, moi j'en fais. »*

Enfin, les compagnies d'assurances complémentaires santé (les « mutuelles ») remboursent de plus en plus souvent les séances d'ostéopathie réalisées par les ostéopathes exclusifs. La prescription et le remboursement des actes par l'Assurance Maladie qui mettait, jusqu'à une période récente, les masseurs-kinésithérapeutes en position de force par rapport aux ostéopathes, sont aujourd'hui battus en brèche par le remboursement des « mutuelles ». Par ce biais, les séances effectuées par les « ni-ni », souvent plus chères que les séances de kinésithérapie, deviennent accessibles au grand public, et accentuent la concurrence potentielle avec les masseurs-kinésithérapeutes :

*« Les ostéopathes sont mieux payés et les mutuelles les remboursent de mieux en mieux. »*

Mais ces masseurs-kinésithérapeutes ne sont pas isolés dans leur « combat » contre les « ni-ni ». Les médecins, qui pouvaient aussi naguère se former à l'ostéopathie, voient de même cette possibilité se refermer pour eux étant donné le nombre d'heures de formation qu'il faut suivre aujourd'hui pour avoir le droit de pratiquer l'ostéopathie. Il semble dès lors, selon certaines des personnes interviewées, qu'une alliance émerge entre médecins et masseurs-kinésithérapeutes, professionnels de santé officiellement reconnus, pour qu'ils puissent continuer à se former à l'ostéopathie pour soigner des patients, alors que les « ni-ni » ne sont pas considérés comme des thérapeutes :

*« Les ostéopathes veulent réserver l'ostéopathie aux ni-ni et ils vont lutter pour avoir le niveau LMD... Les médecins sont nos alliés dans ce combat depuis les ni-ni on s'est rapprochés, on est solidaires grâce à la lutte contre les ni-ni. »*

Au-delà de ces positionnements, il faut souligner qu'aucun masseur-kinésithérapeute ne nous a dit avoir perdu des patients au profit d'ostéopathes « ni-ni ». L'ensemble de ceux que nous avons interviewés se déclarent débordés de travail et sont régulièrement obligés de refuser des demandes. Par conséquent, on peut faire l'hypothèse que la concurrence des ostéopathes « ni-ni » vis-à-vis des masseurs-kinésithérapeutes relève davantage d'une crainte pour l'avenir que d'un problème réel aujourd'hui.

Tous les masseurs-kinésithérapeutes interviewés n'ont cependant pas les mêmes réserves ou craintes vis-à-vis des ostéopathes « ni-ni ». Certains expriment même un point de vue plutôt positif sur ces professionnels et vont même jusqu'à travailler en partenariat occasionnellement

*« Les ni-ni qui sortent des écoles anglaises ont un niveau excellent... ils font une sélection drastique... Et là-bas, ce sont des études universitaires. En France il y a 40 écoles : il y a du bien et du pas bien... moi, je me vois plutôt en complémentarité, mais je suis minoritaire. »*

*« Ça m'arrive d'orienter vers un ostéopathe, pour certains problèmes de colonnes, de bassin, pour certaines douleurs : des fois ça marche. On peut être complémentaires... Et moi, je ne me sens pas la compétence pour faire du crânien... Les ostéopathes ça ne m'inquiète pas : on a du travail... et il y a beaucoup d'ostéopathes « ni-ni » au chômage : l'ostéopathie va s'auto-réguler... »*

Pour ces masseurs-kinésithérapeutes, il y a suffisamment de besoins et de demandes pour que chacun puisse exercer son métier sans être en concurrence. Par ailleurs, le positionnement des ostéopathes « ni-ni » ne se confond pas avec le leur : trop nombreux et ayant des formations trop diverses, leur nombre actuellement trop élevé, malgré le niveau de demandes et le remboursement par les « mutuelles » devrait s'abaisser à moyen terme.

Pour ces interviewés, il y a ainsi de véritables ostéopathes « ni-ni » et l'ostéopathie est une approche à part entière, qui n'est pas qu'une simple technique, et qui requiert un ensemble de savoirs bien spécifiques auxquels les masseurs-kinésithérapeutes ne sont pas réellement ou pas complètement formés... En revanche, certains s'inquiètent du fait que les ostéopathes pourraient un jour évoluer vers le champ de la rééducation (ce qui ne semble pourtant pas, de facto, correspondre à un projet de l'Assurance Maladie... Reste qu'aujourd'hui, pour ces interviewés, les deux professions sont complémentaires en ce sens qu'elles apportent des réponses spécifiques à des problèmes différents :

*« J'ai voulu faire une vraie formation en ostéopathie, apprendre la technique dans sa globalité... Le crânien c'est des choses fines à sentir, ça peut s'apparenter à de l'ésotérique, c'est difficile à sentir. [...] Si on ne fait que de la kiné on passe à côté de certaines choses, mais la kiné c'est plus fractionné, on a moins une vision globale... Mais il faut qu'on soit vigilants, car il y en a beaucoup au chômage, et ils pourraient se mettre à faire de la rééducation... L'ostéopathe va faire un geste, le kiné va faire un massage, donner une explication, faire de la rééducation pour redonner un mouvement. L'ostéo c'est la correction d'un blocage, les kinés on réédue le geste. »*

Si les ostéopathes ne peuvent donc être considérés comme des concurrents des masseurs-kinésithérapeutes, pour le moment, l'inverse ne serait pas vrai. En effet, certains masseurs-kinésithérapeutes réalisent des séances d'ostéopathie, hors prescription et hors conventionnement, pour répondre à des demandes expresses d'ostéopathie :

*« Je suis kiné-ostéopathe depuis 2008. J'ai fait le nombre d'heures exigées à l'époque. J'ai des patients qui demandent de l'ostéopathie sans prescription. J'en fais sur une ou deux séances, 45 mn c'est 40 euros. »*

Mais il arrive aussi, d'après certains interviewés, que des masseurs-kinésithérapeutes réalisent des séances d'ostéopathie, rebaptisées autrement pour qu'elles correspondent à la nomenclature en vigueur, tout en comptant deux séances... Rumeurs ou réalité, il est difficile de le savoir... Reste que les masseurs-kinésithérapeutes, même sans faire de la « publicité » pour leur activité peuvent parler à leur patient de

leurs compétences en ostéopathie, tout en gardant leurs compétences propres de professionnels de santé reconnus :

*« Les ostéopathes sont complémentaires de ce que je fais, mais il y a une sélection par l'argent, car leur formation est très chère. Les études de kiné c'est une sélection par concours.... Et s'il y a quelque chose de douteux, nous on le voit. »*

Le partenariat serait donc possible entre ostéopathes « ni-ni » et masseurs-kinésithérapeutes, mais ces derniers conservent l'avantage d'être les seuls à être reconnus officiellement dans le champs de la santé, du traitement de pathologies.

## 6.2.2. Les enseignants en Activité Physique Adaptée (« APA »)

Si les ostéopathes peuvent être redoutés par certains masseurs-kinésithérapeutes concernant les attentes des patients de réduire ou supprimer des douleurs, des blocages, d'autres professionnels apparaissent aujourd'hui comme des concurrents potentiels dans le domaine de la rééducation : les Enseignants d'Activité Physique Adaptée (souvent nommés les « APA »).

### *Etablissements de soins et de rééducation : l'avancée des APA*

Les APA sont décrits par les interviewés comme exerçant principalement en établissements de soins et de rééducation. Peu semblent avoir une activité libérale. De ce fait les masseurs-kinésithérapeutes qui côtoient des APA sont des salariés travaillant en établissement, ou des libéraux qui effectuent des vacations en établissement.

L'éventuelle concurrence entre masseurs-kinésithérapeutes et APA a donc essentiellement lieu au sein d'établissements de soins, de rééducation ou encore des établissements pour personnes âgées. Il y aurait une possible concurrence du fait que les APA interviennent d'une manière qui peut s'apparenter à de la rééducation et dans des contextes de pénurie de masseurs-kinésithérapeutes ou encore de moyens insuffisants pour rémunérer des masseurs-kinésithérapeutes. Les APA couteraient moins cher aux structures que les masseurs-kinésithérapeutes, alors que la distinction entre les missions et les compétences et les missions des uns et des autres ne sont pas forcément claires pour les décideurs au sein de ces établissements :

*« Il y a des APA dans notre structure... Si on n'a pas de kiné, le boulot va aux APA... Le dérapage peut se faire assez facilement entre APA et kiné. Les deux sont complémentaires, sauf que la direction embauche des APA car les kinés ne sont pas assez nombreux, et les APA prennent car elles ont pas assez de boulot... Si on veut les cumuler tant mieux, mais on ne remplace pas l'un par l'autre.... [...] le risque c'est de remplacer doucement les kinés par les APA. [...] Il faudrait qu'il y ait plus de réglementation sur qui fait quoi et que les gens apprennent à orienter les uns vers les autres... Il faut connaître ses limites pour bien utiliser chaque ressource. »*

Les APA mobilisent certains patients comme le faisaient naguère les masseurs-kinésithérapeutes : même s'ils n'ont pas ou peu de repères en matière de pathologie, ils sont capables de faire de la prévention, et surtout – ce qui est le fondement de leur métier – de l'activité physique adaptée à différents types de patients, selon leur âge, leur pathologie. Mais l'activité physique adaptée n'est pas la rééducation soulignent certains masseurs-kinésithérapeutes :

*« Leur formation est bien faite même s'ils manquent un petit peu de clinique... Il font bouger les personnes âgées, ce que faisaient les kinés... Ils font surtout de la prévention des chutes, c'est de l'activité d'entretien pour les personnes âgées. »*

*« Les APA, en maison de retraite, ça coûte moins cher que les kinés. Les APA, leur spécificité est qu'ils font faire du sport, mais il y a aussi les kinés du sport. Les APA font faire des choses sans pathologie, nous on a la pathologie. »*

On notera qu'aucun interviewé n'a mentionné l'existence de « cabinets d'APA libéraux » qui exerceraient en recours prescrit ou direct auprès de patients de ville. Les APA semblent travailler majoritairement en établissements.

*Les APA ne sont pas des professionnels de santé, mais ils peuvent avoir un Bac + 5*

Ce qui effraie ou agace certains masseurs-kinésithérapeutes est que contrairement à eux-mêmes les EAPA une filière universitaire qui aboutit à une licence (Bac +3), puis à un Master 2 (Bac + 5), niveau qui peut - en principe - donner accès au statut de cadre, et à des fonctions de direction, auxquelles le statut de masseur-kinésithérapeute, a priori « inférieur » sur l'échelle des diplômes, puisqu'il n'est pas reconnu comme un master 2 (malgré les cinq années d'études officialisées depuis septembre 2015) ne donnerait pas :

*« Le problème c'est que les APA sont au-dessus de nous : ils sont bac + 5, mais ils ne sont pas des professionnels de santé. Ils sont dangereux pour les kinés : ils se présentent comme faisant de la rééducation thérapeutique, pour les diabétiques, les personnes âgées... Mais les kinés ont d'autres compétences. »*

Si la possibilité d'être concurrencé ou pis, dirigé par un APA (ce qui au moment de l'étude n'avait jamais eu lieu, pour aucune des personnes interviewées) est aussi mal acceptée par les masseurs-kinésithérapeutes, c'est parce que les APA pourraient prendre des postes de « commandement » en lien avec les patients, sans être des professionnels de santé.

Mais au-delà de l'enjeu d'un déséquilibre hiérarchique, c'est véritablement le fait de laisser des patients à la charge de professionnels qui ne sont pas compétents sur les pathologies qui semble incongru et dangereux à certains masseurs-kinésithérapeutes :

*« La marche avec les kinés et avec les APA ça n'a rien à voir, les APA ne connaissent pas ce qu'est une prothèse de hanche, ils ne connaissent pas les pathologies... C'est une hérésie qu'elles interviennent auprès de certains publics. Les APA en EHPAD c'est contre-productif. »*

On peut s'interroger sur la position de certains masseurs-kinésithérapeutes qui n'acceptent alors peut-être pas non plus que les APA puissent jouer un rôle utile dans la prévention ou le maintien de la mobilité, en dehors de tout traumatisme ou pathologie.

Mais, là encore, tous les masseurs-kinésithérapeutes interviewés n'ont pas le même sentiment vis-à-vis des APA, et certains, au contraire, sont à la fois ouverts à leurs interventions auprès des patients, et les considèrent comme compétents, pertinents et complémentaires, même si les APA ne sont pas des professionnels de santé, même s'ils ne soignent pas. Par ailleurs, dans certains contextes de pénurie de masseurs-kinésithérapeutes, et face à l'ampleur des besoins, les APA apportent de véritables réponses – notamment en matière de mobilisation de certains patients – qui ne relèvent pourtant pas d'un soin. Pour ces interviewés, il n'y a pas, en réalité de concurrence entre masseurs-kinésithérapeutes et APA :

*« En santé au travail, il y a parfois des APA : on est en concurrence avec des gens qui n'ont rien à voir avec la santé, mais qui sont de bons professionnels. Je connais des APA qui sont des personnes sérieuses. J'interviens en maison de retraite avec des APA et il n'y a pas de concurrence, je trouve ça super : elles font ce que je n'ai pas le temps de faire, par exemple faire travailler l'amplitude musculaire. [...] les kinés on est frileux face aux APA, mais on n'a pas le temps de faire tout le boulot. »*

*« L'APA, c'est très bien pour les patients en longue durée... Ils ont des techniques spécifiques, ce ne sont pas des concurrents. »*

Pour ces interviewés, les APA ne sont pas des concurrents, mais des professionnels complémentaires, et pour certains cela peut se concrétiser au sein même de leur cabinet, où des APA peuvent développer des activités physiques, qui ne sont pas des activités de soins, mais qui sont pertinentes pour maintenir certaines personnes à un certain niveau de mobilité :

*« J'ai un gymnase collectif au cabinet : je le loue à trois APA qui ont monté leur structure. Elles prennent 9 euros la séance d'une heure et elles prennent 4 personnes en même temps, c'est pour le renforcement du dos, de l'abdomen. On est complémentaires. Moi, j'ai pas le sentiment qu'il y ait une confusion. »*

### 6.2.3. Les professionnels du « bien-être »

Historiquement, avant de lutter contre les ostéopathes « ni-ni », les masseurs-kinésithérapeutes se sont battus contre les professionnels qui disaient faire du « massage », et tout particulièrement les esthéticiennes. Obtenant le droit exclusif d'employer le mot « massage » pour décrire cette partie de leur activité, les autres professionnels qui travaillent sur la peau ont pu se rabattre sur d'autres vocables comme « modelage » ou « soins de bien-être ». Derrière la bataille des mots, il y avait cette crainte que bien que n'étant pas des professionnels de santé, et bien que n'étant pas remboursés par l'Assurance Maladie, ces différents intervenants allaient se positionner sur le champ du soin, captant ainsi une patientèle qui devrait se tourner vers les masseurs-kinésithérapeutes, du moins en cas de pathologie, de traumatisme.

Aujourd'hui, on retrouve ce même clivage entre masseurs-kinésithérapeutes qui se sentent en concurrence avec les esthéticiennes et ceux qui n'ont pas d'inquiétudes, et ce malgré le fait que tous soient plus ou moins débordés par les demandes de soins.

Certains interviewés estiment ainsi que les esthéticiennes, malgré les contraintes de vocabulaire qui leur ont été imposées, sont véritablement des concurrentes :

*« Les esthéticiennes nous piquent le boulot. Nous on fait un massage thérapeutique, pas un soin de confort. Et pour moi, le massage c'est important, pour un genou qu'on opère, une cheville... Le massage thérapeutique, on peut pas s'en passer. »*

*« Le massage doit être pratiqué sérieusement... J'ai testé le massage chez une esthéticienne : c'est plus léger, moins approfondi, ce n'est pas équivalent à ce que font les kinés. »*

Du massage à la rééducation il n'y aurait qu'un pas, d'après certains interviewés, et le massage ne serait qu'une porte d'entrée pour toutes sortes de professionnels qui vont grappiller, bout par bout, le travail des masseurs-kinésithérapeutes, jusqu'au domaine de la rééducation :

*« La rééducation conventionnée d'ici quelques années, ce sera la portion maigre... On est en train de se faire manger par des pseudo-masseurs. »*

Mais au-delà de la crainte de la concurrence, on perçoit la crainte d'une dévalorisation du massage, comme technique à part entière de travail et de soin (peut-être au profit de l'utilisation de machines). Ainsi, au-delà d'une concurrence possible, il y a tout l'enjeu du statut du massage, de l'image du massage : si tout le monde peut faire des massages, alors ce n'est pas un vrai métier... Et il faut donc que les masseurs-kinésithérapeutes se recentrent uniquement sur l'aspect « kinésithérapie »... Ce que ne souhaite pas une partie des interviewés qui se définissent toujours fortement par le massage au plan professionnel.

Pour d'autres interviewés les esthéticiennes ne représentent pas vraiment un danger : elles peuvent être compétentes pour un massage de relaxation, mais ne font pas du soin car elles n'ont pas les mêmes compétences :

*« Les esthéticiennes peuvent être très compétentes sur le bien-être pur. »*

*« Les esthéticiennes font un massage intuitif... Nous on connaît l'anatomie. »*

Le massage pratiqué par l'esthéticienne peut ainsi être réellement apprécié et bénéfique, mais il demeure néanmoins déconnecté du soin, de la pathologie :

*« Je ne suis pas revendicatrice par rapport à la spécificité du massage. En pratique, il n'y a pas de différence entre ce que fait l'esthéticienne et ce que font les kinés. On est dans une dimension cutanée, de relâchement, de confort... Mais elles n'ont pas de formation scientifique, elles ne peuvent pas faire de soin. »*

A l'inverse, il semble même que certains masseurs-kinésithérapeutes abandonnent le soin pour ne faire que du massage de « bien-être », hors conventionnement :

*« Les kinés qui se déconventionnent pour aller vers le bien-être, il faut qu'ils soient dans un coin où il y a de l'argent. »*

Mais comme on l'a vu plus haut, cela ne semble possible que sur certains types de territoires, où il y a un réel potentiel de clientèle qui ait les capacités économiques de s'offrir des soins de « bien-être », plus chers que les séances de kinésithérapie et non remboursés par l'Assurance Maladie.

#### 6.2.4. Les professionnels de santé : infirmiers, sages-femmes, podologues, ergothérapeutes

Dans une moindre mesure, il semble que d'autres professionnels de santé soient repérés par les masseurs-kinésithérapeutes comme pouvant représenter une forme de concurrence ou du moins investir des pans d'activités sur lesquels se positionnent également les masseurs kinésithérapeutes.



### *Les sages-femmes et la rééducation périnéale*

La rééducation périnéale était naguère essentiellement pratiquée par les masseurs-kinésithérapeutes, mais elle est aujourd'hui proposée par les sages-femmes, notamment celles qui se sont installées en libéral. Cette rééducation ne peut cependant être réalisée par une sage-femme que dans les mois qui suivent l'accouchement. Professionnelles de santé à part entière, ayant une année d'étude en commun avec les médecins, leur compétence pour intervenir dans ce champ n'est absolument pas remise en question par les masseurs-kinésithérapeutes. Simplement, ils regrettent que ce champ, qu'ils ont eux-mêmes constitué historiquement semble-t-il, leur échappe :

*« Maintenant ce sont des sages-femmes et des médecins qui se sont réapproprié la rééducation périnéale... Mais tout le travail a été fait par des kinés. »*

*« Pour la rééducation périnéale on a la concurrence des sages-femmes, ça nous fait râler car on a une formation spécifique dans notre cursus... Mais ça ne me choque pas : c'est leur domaine... mais le tarif Sécu est pas le même : les sages-femmes sont mieux payées que les kinés, alors les kinés ne sont pas contents... »*

Le fait que les sages-femmes soient mieux rémunérées que les masseurs-kinésithérapeutes pour travailler en rééducation périnéale est perçu comme une injustice et renvoie à la sorte de « hiérarchie » qui semble exister entre professionnels de santé, où le médecin culmine, suivi par d'autres professionnels de santé comme les sages-femmes, les « para-médicaux » formant une famille « à part », moins reconnue et moins rémunérée, quelle que soit les compétences mobilisées sur un champ donné...

### *Les pédicures-podologues et certaines rééducation du pied*

La possible concurrence avec les pédicures-podologues semble inconnue d'une grande partie des masseurs-kinésithérapeutes interviewés. Certains ont cependant pointé le fait que certains actes de rééducation du pied peuvent être réalisés par les pédicures-podologues, mais à de meilleurs tarifs que lorsque le même travail est réalisé par les masseurs-kinésithérapeutes :

*« Je me bats avec la Sécu sur des histoires de nomenclature, par exemple sur la rééducation de l'avant-pied, on est moins bien payé que pour un acte de pédicurie. Là-dessus on peut aussi être en conflit avec les pédicure-podologues. »*

Au-delà de la crainte de la concurrence, qui semble somme toute très modeste, c'est encore, comme avec les sages-femmes, l'incompréhension et le sentiment d'injustice qui domine, un même travail étant rémunéré différemment selon le diplôme de la personne... Ce qui peut sembler encore plus étrange entre « para-médicaux ».

### *Psychomotriciens et ergothérapeutes à l'hôpital : des frontières parfois ténues avec les « kinés » ?*

Autre domaine délicat, celui de la mobilisation des patients à l'hôpital ou en centre de rééducation. Dans un contexte de pathologie, de traumatologie, qui n'est donc en principe pas celui des APA, certains professionnels interviennent, avec parfois une compétence qui fait le lien avec des dimensions de santé mentale voire de neurologie : c'est le cas des ergothérapeutes et des psychomotriciens. Cette concurrence est limitée au monde de l'hôpital, des établissements, elle ne concerne pas vraiment le

secteur libéral (ou alors les masseurs-kinésithérapeutes qui interviennent sous forme libérale en établissements), mais elle peut être parfois très vive :

*« A l'hôpital, on se marche sur les pieds avec les psychomotriciennes et les ergothérapeutes... Les kinés disent qu'on est en concurrence... Moi je dis qu'on peut pas être bons partout... Mais ça se complète si on travaille ensemble. Si on travaille ensemble, ça se passe bien, mais il y a des hôpitaux où tout le monde se fait la guerre... On a peur de perdre notre reconnaissance en tant que métier spécifique. »*

Ce type de situation est particulièrement complexe car, comme avec les sages-femmes ou les pédicures-podologues, voir les « médecins-ostéopathes », elle a lieu entre professionnels de santé qui reçoivent des formations sérieuses et relativement standardisées. Il n'y a donc pas d'inquiétudes sur la capacité de chacun à prendre en charge les patients, mais véritablement un enjeu de reconnaissance de la spécificité de chaque professionnel de santé. Et la reconnaissance va de pair avec le niveau de rémunération attribué pour un même type d'acte. Ainsi, les différences de rémunération, la reconnaissance parfois fragile des spécificités de chacun favorise les mécanismes de concurrence alors que les complémentarités seraient finalement peut-être assez faciles à mettre en place si certaines craintes et inégalités de traitement étaient levées.

*L'entreprise : un domaine de plus en plus investi par les masseurs-kinésithérapeutes ?*

Les masseurs-kinésithérapeutes voient certains champs d'intervention qui leur étaient historiquement dévolus, « grignotés » par d'autres professionnels (de santé ou non) ce qui les inquiète et les irrite parfois. Mais eux-mêmes se mettent à investir des domaines où ils ne font pas partie des acteurs « traditionnels ». Ainsi, quelques uns des masseurs-kinésithérapeutes interviewés réalisent des prestations en entreprises, en prévention de certains troubles musculo-squelettiques notamment. Certains reconnaissent clairement, qu'ils pourront de ce fait devenir un jour les concurrents des ergonomes des structures de santé au travail, qui interviennent aussi en entreprise. Pour l'heure, le phénomène n'a pas pris assez d'ampleur pour qu'il y ait une levée de boucliers de la part des ergonomes, et il y a suffisamment de besoins et de demandes pour tous :

*« On peut envisager d'intervenir en entreprise, pour faire de la prévention des TMS, faire de l'information, de la formation, sur les postures, c'est le bien-être, la santé au travail. »*

*« Je fais de la prévention en entreprise : on soigne le corps, les articulations... On ne fait pas vraiment de l'ergothérapie : on intervient très peu sur le réaménagement des chaînes de travail. Nous c'est plutôt le réaménagement des mouvements humains... On voit plus des ergonomes dans ce genre d'activités. »*

*« Il faut aller vers l'ergonomie, la prévention en entreprises... on sera concurrents des ergonomes, mais pour le moment, il y a du travail pour tout le monde. »*

Les masseurs-kinésithérapeutes pourraient ainsi, à terme, devenir eux-mêmes une menace pour d'autres professionnels. Mais au-delà de ces phénomènes de concurrence, on retiendra que les champs de compétences évoluent avec le temps et qu'ils ne sont pas figés, ce qui nécessite des réajustements, des clarifications pour que chacun puisse exercer son métier dans de bonnes conditions, pour un réel bénéfice des patients.

## 6.2.5. Les « rebouteux » : la concurrence des non-professionnels

Cette catégorie aurait pu passer inaperçue dans le cadre d'une enquête sur les masseurs-kinésithérapeutes, qui aborde la question des partenaires et des concurrents et passe en revue les différents professionnels qui peuvent intervenir sur des champs connexes.

Pourtant, certains interviewés ont tenu à rappeler que la concurrence, dans leur domaine, ne venait pas seulement d'autres professionnels. Des personnes qui ne se positionnent pas comme des professionnels, mais qui représentent une offre réelle – bien que très mal estimée – pour une partie des patients doivent aussi être pris en compte. Ces personnes se « professionnalisent » dans certains cas, allant même jusqu'à ouvrir des cabinets où ils proposent des soins de « bien-être », comme c'est le cas de certains « magnétiseurs » par exemple... mais ce n'est pas le cas de tous. Certains mènent leur activité en parallèle à une activité professionnelle « officielle », et « soignent » des gens parfois gratuitement, parfois contre des rémunérations que nous n'avons pas pu explorer ici. Apparemment le phénomène serait plus important en zones rurales, où il prend appui sur des pratiques familiales, locales, anciennes et reconnues. Certains patients vont ainsi voir les « rebouteux », comme on les appelle parfois :

*« En rural, on est en concurrence avec les rebouteux : ils ont des tarifs bas, toute la famille va les voir, et ils ne passent pas par le médecin... Les gens y vont pour les douleurs en première intention. »*

Ces rebouteux peuvent être sollicités en première intention, mais ils peuvent aussi être consultés lorsque la médecine allopathique et les soins de santé « officiels » restent sans résultats face à certaines douleurs, certains symptômes. L'ampleur de cette « concurrence » est mal connue, car elle est totalement déconnectée de l'Assurance Maladie, relativement invisible dans les flux économiques, et non contrôlée à moins que des dérives de type « sectaire » ne soient repérées.

Reste que les « rebouteux » semblent peu sollicités sur le versant de la rééducation, et qu'ils répondent plutôt à des attentes de résultats rapides par rapport à une gêne précise. Au demeurant, les « rebouteux » sont aussi probablement les concurrents d'autres professionnels de santé comme les médecins généralistes, les psychothérapeutes, ...

## 7. DIFFERENTS PROFILS REPERES

Si les points de convergence sont forts et multiples entre les différents masseurs-kinésithérapeutes interviewés, il est apparu au travers des chapitres précédents que des divergences, voire des dissensions existent également, qui varient selon les thèmes abordés.

Certaines différences cependant sont plus marquées et plus récurrentes que d'autres et font émerger des profils distincts, tout particulièrement en ce qui concerne la forme de pratique professionnelle.

C'est d'ailleurs à l'aune de ces différences que l'on pourra mieux comprendre certains débats sur les perspectives d'évolution de la profession.

Trois profils peuvent ainsi être distingués, qui n'enferment pas les professionnels dans des « cases » étanches et définitives, mais qui permettent de repérer des grandes tendances dans les façons de travailler et aussi de se positionner.

## 7.1. Les « artisans polyvalents » : l'importance du toucher, du manuel

Ces masseurs-kinésithérapeutes sont probablement ceux qui s'inscrivent le plus dans une sorte de tradition, où le vocable « masseur » est aussi important que celui de « kinésithérapeute ». Ces interviewés ont ainsi une pratique largement centrée sur la prise en charge individuelle des patients, avec une attention marquée pour le toucher et le massage qui même s'ils ne sont pas suffisants pour soigner, jouent un rôle important et nécessitent une technicité et un savoir-faire particulier, que n'ont pas d'autres corps de métier.

### 7.1.1. Le massage, mal reconnu, mal rémunéré, mais utile et apprécié

Pour ces masseurs-kinésithérapeutes, le massage est véritablement utile et il accompagne utilement le soin. Par ailleurs, ces interviewés défendent l'idée que les masseurs-kinésithérapeutes ont une compétence spécifique en termes de massage qui ne se confond pas avec celle d'autres professionnels, même si cela n'est pas toujours clairement perçu par les patients :

*« Un massage, n'importe qui peut le faire, mais un massage pour soulager une pathologie, il n'y a que le kiné qui sache faire. Le massage de bien-être c'est différent du massage de récupération...[...] Les patients font le tri par eux-mêmes, mais avec peu d'info. »*

Le massage est une activité physiquement fatigante, chronophage et peu rémunératrice. Mais il reste utile dans certains soins et va de pair avec une prise en charge individuelle des patients :

*« Je ne fais pas beaucoup de massage. Ici il y a trop de concurrence avec les esthéticiennes et des gens qui ont leur table et qui vont à domicile... je fais du massage en rééducation. Je ne prends qu'un patient sur 30 minutes, je ne préfère pas faire de soins, plutôt que de faire un soin m\*\*\*... C'est très conflictuel sur le marché, mais qu'est-ce que vous voulez avoir pour 16 euros pour 30 minutes, une fois qu'on a enlevé les charges... Si on compare avec le plombier... »*

*« Je bosse à l'ancienne : 30 minutes par patients et je masse les patients... mais peut-être que les gens préfèrent être mis sur une grosse bécane... Enfin dans la convention c'est une séance égale trente minutes, ceux qui prennent deux ou trois personnes en trente minutes, c'est illégal... »*

Enfin, au-delà du toucher le massage permet un véritable contact et un dialogue voire une écoute avec le patient que le recours aux machines ne permettrait pas. Le temps du massage, c'est aussi un temps d'attention, de conseils, au patient qui fait partie du soin :

*« J'ai toujours massé... J'aime bien... on est des masseurs-kinésithérapeutes : c'est dommage de laisser tomber le massage. Moi, je ne peux pas travailler sans masser. Toucher, c'est important par rapport aux gens... Pour les problèmes de dos... Beaucoup viennent pour ça. Et le massage ça veut dire prise en charge individuelle : un patient égale 30 minutes. Je ne prends jamais deux patients en même temps, sauf exception, quand je fais de la pressothérapie pour la circulation : les bottes ça dure 30 à 40 minutes... Et pendant le massage on parle avec les gens, c'est une grande partie du traitement : on leur donne des conseils, on parle de leurs problèmes... »*

*« Pour moi, les machines, c'est pas indispensable... Le côté relationnel reste énorme. »*

D'après ces interviewés, le massage qui est apprécié, bénéfique mais finalement très contraignant et mal rémunéré deviendra peut-être un jour une sorte de luxe. Il y aura peut-être ainsi un jour des patients qui

seront « pris en charge » par des machines, sans dialogue avec le masseur-kinésithérapeute, et ceux qui seront pris en charge de manière individuelle, avec un massage fait manuellement... Aujourd'hui, cela a le même tarif pour le patient (et désavantage économiquement le professionnel qui ne prend qu'un patient à la fois)... mais qu'en sera-t-il demain ?

*« Je suis un manuel avant tout [...] le palpé-roulé, je préfère le faire avec les doigts : c'est plus efficace, mais ça nous bousille les doigts... il y a des gens qui se cachent derrière les machines pour faire du chiffre... mais le luxe de demain, ce sera pas la machine, ce sera la main, c'est comme l'artisanat par rapport à l'industrie... La machine nous sort de l'esclavage, mais pour moi une relation humaine, c'est une relation tactile, la machine c'est un plus qui n'est pas primordial. Mais ceux qui travaillent sur machines ont pas le même CA que moi : c'est une minorité qui met à mal à notre profession... Moi, je ne suis pas pour la déshumanisation... »*

### 7.1.2. Le recours aux machines : le risque de dérive « industrielle »

En cohérence avec ce positionnement sur le massage, la place du toucher et du contact avec les patients, ces masseurs-kinésithérapeutes se méfient des machines. Si le recours aux machines leur semble utile et justifié dans certains cas, le recours systématique aux machines, avec plusieurs patients vus en même temps leur semble être une dénaturation du métier de masseur-kinésithérapeutes. Les machines coutent très cher et pour en amortir le coût il faut avoir un chiffre d'affaire à la hauteur, ce qui implique presque inmanquablement de prendre plusieurs patients en même temps, ce qui est pourtant illégal :

*« Il y en a qui ont des plateaux techniques très couteux, qui ont pris de gros crédits, alors ils voient 50 patients par jour. Mais c'est trop : la normale c'est entre 20 et 24 patients par jour : ces gars ne connaissent pas la réglementation. »*

Au-delà de l'illégalité de cette pratique, si les machines font l'essentiel du travail, quel est le sens et l'utilité d'être masseur-kinésithérapeute ? Cette pratique induirait le risque que d'autres professionnels soient derrière les machines pour les piloter, sans avoir besoin d'être masseurs-kinésithérapeutes, et ce d'autant plus qu'une partie de la patientèle est, d'ores et déjà, attirée par la pratique en machine :

*"Certains cabinets fonctionnent comme des usines : il y a un patient sur le vélo, un patient sur autre chose... Les machines, ça attire les patients."*

*« Pour faire faire du tapis sur un vélo, on peut être formé à l'APA... attention aux dérapages... »*

Ainsi, un recours aveugle aux machines, au détriment de la prise en charge individuelle, risque de tirer la profession vers le bas, en lui faisant perdre sa spécificité et en la dévalorisant aux yeux des médecins. « L'industrialisation » de la prise en charge des patients peut mettre la profession en danger à long terme :

*« Il y a de gros cabinets qui ont beaucoup investi dans les machines, ils ont de gros plateaux... [...] pour moi, quatre patients à l'heure, c'est pas l'avenir... Les machines c'est un plus, mais installer des gens sur des machines sans les toucher. Cela ne plait pas aux médecins... Il faut faire attention à ne pas dévaloriser le métier. [...] le toucher c'est important : pour traiter on est obligés de toucher. Je suis contre la rééducation stéréotypée, ça ne marche pas... Il y a des pathologies où il faut de la répétition, de la musculation, mais il faut toucher quand même. »*

Ces masseurs-kinésithérapeutes ne sont donc pas « anti-machines » : s'ils reconnaissent leur utilité dans certains cas (notamment lorsqu'il y a besoin de répétition sur une longue durée), elles ne doivent pas éliminer la prise en charge individuelle, qui reste un gage d'adaptation du soin à la personne, par rapport à un problème précis. Quant au massage, qui peut s'avérer un vrai facteur de pénibilité pour les masseurs-kinésithérapeutes au fil du temps, tant il mobilise le corps du professionnel, il reste néanmoins un bon support de contact et de dialogue avec le patient, ce qui serait aussi indissociable d'un soin de qualité :

*« Il n'y a pas toujours besoin d'être massé : pour une épicondylite, il n'y a pas besoin de masser, ça n'a pas été prouvé scientifiquement... Mais, ceux qui utilisent des machines... à 16 euros de l'acte, ils rentabilisent : on n'est plus dans le soin. Moi je prends les patients un par un et trente minutes chacun : c'est un gage de qualité. »*

*« La machine nous sort de l'esclavage, la main nous maintien dans la relation humaine »*

Pour ces masseurs-kinésithérapeutes, il faut donc absolument préserver la prise en charge individuelle un patient à la fois, avec des actes de toucher, de massage.

## 7.2. Les « technophiles »

A l'opposé ou presque, d'autres masseurs-kinésithérapeutes, tout en reconnaissant que les patients apprécient d'être touchés, estiment que le massage fait – presque - partie de l'histoire ancienne et que ce n'est plus le cœur de métier. Le massage n'est pas toujours utile, même s'il est demandé par les patients :

*« Les kinés, on court pas après les massages, à part le massage de cicatrice... Mais les patients réclament des massages... »*

De même « un patient égale 30 minutes » leur semble une règle dépassée car elle serait mal ajustée aux besoins réels des patients et aux soins pertinents qu'il faut prodiguer par rapport à un problème précis :

*« La sacro-sainte demi-heure de soins, j'y suis pas spécialement attaché : il y a un plancher par pathologie et par patients. La kiné respiratoire pour un enfant c'est 10 mn... d'autres vont rester deux heures en cabinet. Pour moi les 30 mn c'est un dogme, mais ce n'est pas forcément le meilleur traitement. »*

Enfin, certains expliquent que les prises en charge collectives peuvent être de très bonne qualité, tout en restant dans certaines limites, comme c'est par exemple le cas avec la balnéothérapie. Avec ce type d'équipement, le contact individuel n'est pas supprimé, au contraire, une autre proximité avec le masseur-kinésithérapeute est possible, et ce sur une longue séance :

*« Nous on a la balnéothérapie au cabinet. C'est un très bon outil de travail et les médecins aiment bien la piscine. On fait de la rééducation de groupe, c'est règlementé : on met 3 personnes en même temps dans une piscine de 4 mètres sur 6. Quand c'est bien prescrit, ça donne de bons résultats, et pour le kiné c'est plaisant : on va dans l'eau avec les patients, ça fait une heure de rééducation plus détendue. »*

Certains des interviewés expliquent par ailleurs clairement que les machines constituent un moyen de résister à la paupérisation de la profession (du fait d'une revalorisation insuffisante des soins), tout en

faisant un travail utile pour le patient. La dimension « individuelle » ne serait pas toujours nécessaire, et serait défavorable au plan économique. Au demeurant, l'application de la réglementation est variable et il semble qu'il existe une réelle tolérance pour des prises en charge collectives ou simultanées, qui ne sont pas vraiment prévues par les textes aujourd'hui :

*« La Sécurité Sociale paupérise notre profession par des tarifs trop bas. Pour le renforcement musculaire, on n'a pas besoin d'être tout le temps à côté du patient... Mais l'application des textes, ça dépend du médecin inspecteur. »*

La description des « technophiles » serait cependant caricaturale si l'on ne précisait pas que certains interviewés essayent de relever le double pari de maintenir une dimension individuelle et traditionnelle dans le soin aux patients, notamment à travers la pratique du massage, tout en ayant également recours aux machines. Un équilibre serait donc possible à trouver pour faire évoluer les soins, continuer à prendre les patients en charge d'une manière attentive et sans tomber dans le « travail à la chaîne », tout en incorporant à sa pratique certaines innovations technologiques :

*Nous on a des machines, mais on privilégie toujours le manuel. Les gens pas sérieux prennent trop de monde et ils ne les massent pas [...] On peut associer une machine à un traitement manuel, mais 30 minutes sur une machine tout seul, c'est pas bien... Si c'est juste pour poser des électrodes, brancher une machine, c'est pas bien. Les machines apportent un plus mais c'est tout... Les kinés qui ne travaillent qu'avec des machines, c'est de l'abattage et ils ne nous font pas bonne presse : ça donne une mauvaise image de la profession... Et à l'échelle d'un territoire, il y a le bouche à oreille entre les médecins. On a un Power plate pour se regainer, mais c'est coaché et on s'est formés... On peut s'en servir pour faire des actes déconventionnés : il y en a aussi dans les salles de gym. »*

L'avenir de la profession sera peut-être ainsi placé sous le signe d'un mariage équilibré entre le massage et les machines, les techniques manuelles (qui, ne l'oublions pas sont un champ revendiqué également par les ostéopathes « ni-ni ») et le recours aux appareils qui permettent la répétition régulière d'un geste pendant une longue durée.

### 7.3. Les « spécialistes »

Parmi les masseurs-kinésithérapeutes interviewés, une minorité se décrit comme « spécialistes ». Après avoir suivi des formations spécifiques, ils revendiquent aujourd'hui une pratique centrée sur une technique ou encore un type de pathologie, une partie du corps.

Certains se déclarent comme complètement spécialistes, d'autres se décrivent comme « polyvalents », tout en ayant une spécialité fortement mise en avant.

On repère ainsi des masseurs-kinésithérapeutes qui se déclarent spécialisés sur l'ostéopathie, et pour la pratiquer de manière transparente par rapport à l'Assurance Maladie, ils font ces actes hors conventionnement :

*« Je suis polyvalent et ma spécialité c'est l'ostéo. La séance de kiné c'est 16,30 euros. Une séance d'ostéo par ici c'est 60 euros. L'ostéo j'en fais hors conventionnement. Pour moi passer l'ostéo en séances de kiné c'est de l'escroquerie... Il y a des confrères qui prennent deux séances de kiné pour une séance d'ostéo. Mes tarifs sont affichés en salle d'attente, je ne veux pas escroquer l'Assurance Maladie. »*

Ces « spécialités » qui se développent hors conventionnement correspondent à des approches pas ou peu vues dans la formation initiale, ou qui sont plus ou moins reconnues, de facto, par l'Assurance

Maladie, alors qu'elles sont en lien avec des spécialités médicales. Le fait est que se spécialiser est aussi une stratégie professionnelle pour augmenter ses compétences, et pour atteindre un meilleur revenu :

*« Il y a des masseurs-kinésithérapeutes qui font principalement de l'ostéopathie. Certains laissent la kiné pour se dédier à 100% à l'ostéopathie.. L'ostéopathie, c'est beaucoup plus rémunérateur. La consultation d'ostéopathie, c'est 45 minutes à 50 euros, la consultation kiné moyenne c'est 16 euros et quelques pour 30 minutes. »*

*« Maintenant, la kinésithérapie, on en fait avec toutes les spécialités médicales... Il y a la rééducation vestibulaire... il y a des collègues qui ne vivent que ça. Mais pas en conventionné. »*

Certains interviewés se sont ainsi « spécialisés » sur certains types de problèmes et de partie du corps : rééducation vestibulaire, rééducation en chirurgie de la main. Même si cela ne représente pas 100% du volume d'activité, cette spécialisation recouvre la majeure partie de l'activité.

Par ailleurs, si certains se spécialisent par exemple en ostéopathie, avec une approche complètement centrée sur le toucher et l'individuel, hors conventionnement et à des tarifs plus élevés que ceux pratiqués en conventionnement, d'autres à l'inverse se spécialisent sur des champs où le « toucher » diminue au profit de certaines techniques qui font largement intervenir les machines, même si la prise en charge reste très individuelle :

*« Je travaillais à l'hôpital et j'ai passé un D.U. appareillage et rééducation en chirurgie de la main... J'en avais marre de faire de la traumatologie et de la marchothérapie, j'avais besoin de sortir de mon train-train... L'hôpital ne pouvait rien me proposer, donc je suis partie [...] j'ai créé mon cabinet... Au début je faisais un peu de tout[...] j'ai mis 10 ans à ne faire que de la main. Maintenant je me fais plaisir... je pensais qu'ici ce serait trop petit pour se spécialiser, mais finalement non : il n'y a pas que dans les grosses villes qu'on peut se spécialiser... Actuellement, les textes ne reconnaissent pas les spécificités, c'est pour ça qu'on se bat pour avoir les masters. Ça rapporte pas plus, mais c'est un choix pour la technicité. Moi je fais pour 70% de la main et le reste c'est l'épaule ; c'est hyper pointu... [...] je connais d'autres kinés qui sont aussi spécialisés sur la main. On est que des kinés rattachés au GEM, au groupe d'études de médecins [...]. Tous les jours on téléphone aux médecins, on est tout le temps en lien... Les médecins savent qu'on peut nous faire confiance... On n'est pas dans la petite kiné de grand-mère, comme avec la marchothérapie par exemple, ce que font les APA. ... [...] Les machines font mieux que nous certaines choses, par exemple avec les bottes, c'est la même pression pendant 20 minutes. [...] Ceux qui font du massage c'est de l'esclavage, ... Et n'importe qui peut masser. Le massage pour moi, c'est une technique, pas une finalité. »*

Pour ces interviewés, il est clair que c'est le massage en tant que tel qui risque de tirer la profession vers le bas. A l'inverse, une connaissance et des pratiques très développées et très fines en certains domaines améliorent de manière ciblée le niveau de compétence et préservent les masseurs-kinésithérapeutes (ou les « kinésithérapeutes tout court » ?) des confusions défavorables avec d'autres professionnels, et notamment des professionnels qui n'interviennent pas dans le champ de la santé.

Reste que le développement d'une pratique spécialisée n'est pas possible en rural d'après les personnes interviewées. C'est en ville, même en ville moyenne ou en péri-urbain que ce mode de travail peut se développer. En rural, l'offre de kinésithérapie est trop faible et les besoins des patients trop diversifiés pour que l'on puisse écarter la polyvalence :

*« En ville c'est plus facile de se spécialiser. Mais moi je trouve qu'on n'a pas assez de technicité pour se spécialiser, c'est plus du discours que de la réalité. Pour moi, se spécialiser, c'est aller vers la répétition, et c'est un peu une solution de facilité. [...] je masse toujours les gens 5 à 10 minutes : c'est un rite, les gens aiment bien et ça peut faire beaucoup de bien. »*



*« Moi je fais des techniques globales : de l'ostéopathie, de la rééducation posturale, de la micro-kiné. C'est plus facile de se spécialiser en urbain. Parmi mes associés il y en a un qui est méseristes et un autre qui fait de l'uro-gynéco. Dans mon cabinet secondaire, en rural, on reste généraliste. »*

Il y a encore une troisième voie de spécialisation, déconnectée d'un territoire particulier : ceux qui interviennent auprès de sportifs. Spécialisés à la fois sur un public et sur certaines techniques, ils ont des connaissances fines sur les besoins en prévention et en réparation des sportifs qui répondent à des besoins forts, mais qui représentent un « marché de niche ». Pourtant, d'après ces masseurs-kinésithérapeutes, ce sont les problématiques des sportifs, souvent particulièrement complexes, qui vont permettre à la profession de véritablement évoluer au plan technique :

*« La kiné sportive, c'est vraiment elle qui oblige à se tirer vers le haut, c'est l'avenir. »*

Un peu comme la « formule 1 » en matière de construction automobile : la kinésithérapie du sport serait un domaine très pointu, qui peut néanmoins avoir des retombées utiles pour les patients non sportifs (du moins de haut niveau).

## 8. PERSPECTIVES D'AVENIR POUR LES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES

Interrogés sur les perspectives d'avenir pour la profession, les masseurs-kinésithérapeutes qui ont participé à cette étude convergent sur quelques grandes thématiques.

### 8.1. L'accès et la reconnaissance d'un niveau « master 2 »

Le niveau d'étude, et la reconnaissance de ce niveau constituent le premier thème largement abordé par les personnes interviewées. Pour beaucoup, c'est la reconnaissance, formelle, d'un niveau master 2 qui va permettre à la profession d'être, dans les années à venir, mieux reconnue et mieux valorisée.

L'accès au système « licence-maîtrise-doctorat » serait ainsi le sésame pour donner à la fois un nouvel élan à la profession et développer la recherche dans cette discipline, comme c'est le cas dans d'autres pays européens.

Depuis, septembre 2015 la parution d'un décret modifiant officiellement l'organisation des études (4 ans d'études, après une année de PACES, sauf dérogations pour quelques instituts de formation), a, de facto, allongé la durée des études à 5 ans... Sans pour autant que cet allongement donne lieu à la reconnaissance d'un Master 2.

Au moment de l'étude, l'allongement des études à 5 années n'était pas encore officialisé... Cependant, plusieurs des personnes interrogées semblaient sceptiques quant à la possibilité d'obtenir le niveau Master 2, qui ouvre notamment la porte à la recherche, mais qui peut avoir d'autres implications concrètes notamment en matière de grille des salaires pour les masseurs-kinésithérapeutes salariés :

*« Il faut aller vers le master 2, avec un doctorat derrière... ça permettra de s'approprier la recherche. On a rallongé les études, mais la première année de PACES n'est pas reconnue : actuellement on est*

*reconnus à 2 ans après le bac. Demain, il faudra un bac + 4 pour devenir kiné, ça permettra une revalorisation des salaires. »*

*« J'aimerais bien qu'il y ait une universitarisation de notre diplôme, pour avoir accès à la recherche. Pourquoi on n'a pas accès à LMD ? C'est parce que l'Etat a peur d'exploser la grille des salaires... Les profs de sport ont la LMD et pas les kinés ! C'est vexant ! C'est eux qui vont diriger les kinés : ils ont un master et pas nous ! »*

Les enjeux de la « masterisation » se situent ainsi peut-être plus fortement dans les établissements de soin qu'au niveau des cabinets de professionnels libéraux. L'arrivée des enseignants d'Activité physique Adaptée (APA) dans ces établissements à un peu bouleversé la donne pour les masseurs-kinésithérapeutes qui avaient l'habitude de travailler avec des professionnels de santé, des « paramédicaux » dont les problématiques sont relativement proches. Aujourd'hui, confrontés aux APA qui ont un Bac + 5, officiellement reconnu comme un diplôme de grade Master 2, ils se sentent mis en danger par rapport à l'ordre hiérarchique, alors même que les APA n'ont pas de compétences dans le champ du soin.

Par ailleurs, l'accès au niveau « master 2 » pourrait, selon certains, redéfinir les liens aux médecins généralistes, qu'ils perçoivent comme étant débordés de demandes aujourd'hui. La reconnaissance d'un niveau de diplôme plus élevé favoriserait notamment l'accès aux masseurs-kinésithérapeutes en premier recours :

*« La réforme des études, évidemment que je suis pour : on va arriver au niveau master, c'est bien. Et ils parlent de redéfinir la profession : de faire de l'éducation thérapeutique, de la prévention et d'être en accès direct : ça déchargerait les médecins de travailler dans l'inter-professionnalité. »*

Enfin, certains considèrent qu'au-delà de la question du statut, cinq années d'études permettraient d'aller plus loin dans l'approfondissement des connaissances :

*« Sur le diplôme, on devrait au moins avoir la reconnaissance de nos 3 ans d'études. 5 ans ça donnerait le temps de peaufiner, 5 ans d'études ce serait très bien. »*

Ce point de vue n'est cependant pas partagé par tous. Si le niveau « Master 2 » ouvre la voie de la recherche et d'un statut mieux reconnu, il ne semble pas évident à tous que cela apporte une plus-value réelle sur le contenu du métier, les soins du patient. Certains masseurs-kinésithérapeutes se montrent ainsi dubitatifs sur ce que des études plus longues pourraient apporter à la pratique professionnelle :

*« Un master 2 pour ensuite faire de la recherche... Est-ce que c'est utile pour tout le monde ? J'en suis pas convaincue en termes de métier. Certes, il y a de plus en plus de choses à apprendre, mais il faut rester humble, faut pas se prendre pour ce qu'on n'est pas. Notre métier, c'est pas très compliqué, faut rester basique... Le master 2 c'est pour être mieux payé, mais quel intérêt sur le contenu ? Les "bonnes pratiques" c'est assez basique. »*

Ceci reflète aussi peut-être un peu les débats qui semblent avoir cours entre certains masseurs-kinésithérapeutes qui considèrent que leur métier est avant tout manuel, ou plutôt intellectuel.

## 8.2. Vers le physiothérapeute à l'anglo-saxonne ?

Dans le prolongement du débat sur l'allongement des études et l'accès à un niveau « master 2 », certains des interviewés ont évoqué la possibilité que la profession se développe sur le modèle canadien, où les « physiothérapeutes » sont l'équivalent des « Bac + 5 » qui ont accès à la recherche, et où il existe un niveau inférieur, correspondant à des études plus courtes qui donne accès à un niveau « d'aide-kiné » ou de technicien.

Certains sont ainsi très favorables au « modèle canadien » et souhaitent évoluer vers ce métier et ce statut de « physiothérapeute », qui relègue au second plan la dimension « massage » et qui valorise une certaine technicité, qui rapprocherait un peu ces professionnels des médecins :

*« Le niveau d'étude licence, c'est un niveau d'exécutant. Je suis pour le modèle bac +5, la profession doit montrer qu'elle est capable de réfléchir. Et je suis favorable à des niveaux de sortie différents dans les études, avec des compétences différentes : il y aurait ceux qui sont dans l'exécution et les autres à Bac + 5. »*

*« Le bac + 5 je suis pour : on aura plus de compétences. Mais pour faire du massage, on n'a pas besoin d'un bac + 5, pour ça il suffirait d'être aide-kiné... le modèle du Canada ça me paraît pertinent... Et puis on pourrait être consultés en premier recours... je suis pour le titre de physiothérapeute... Le massage, il faut pas s'accrocher à ce monopole : on n'est pas les seuls à savoir le faire. C'est très important pour le corps, faut pas y renoncer, pour beaucoup de choses c'est important. »*

*« Le massage, c'est une technique... dans 15 ans je veux qu'on nous appelle physiothérapeutes et qu'on ait un bac +5. Le kiné aura le diagnostic de kinésithérapie et il pourra recevoir le patient en première intention. Cela n'exclut pas d'avoir un autre niveau d'études, des gens à qui on puisse déléguer, par exemple des aides-kinés ou des masseurs... On a un métier intellectuel et on peut être efficace en 10 mn ou inefficace en 30 minutes. Par exemple pour un désencombrement, 10 minutes ça suffit. Et une lombalgie qu'on masse ça ne sert à rien... Il y a des kinés qui ont peur d'aller vers un métier trop intellectuel, mais si on a un niveau master, on va vers un métier intellectuel... Il ne faut pas avoir peur de monter le niveau. [...] Si on a le niveau on pourra faire le diagnostic kiné, ce n'est pas la même chose qu'un diagnostic médical. »*

Mais cette aspiration au modèle canadien n'est pas partagée par tous. Si l'accès au niveau « Bac + 5 » fait relativement consensus, le fait de créer différentes catégories de professionnels, avec des statuts et une reconnaissance différents, au sein de la même filière est loin de faire l'unanimité. Pour certains, cela créera des inégalités, et des difficultés, dont la profession n'a pas besoin :

*« On ne veut pas aller vers le système canadien... Mais il y a un consensus d'aller vers le Bac +4, Bac +5, pour aller au niveau master. »*

*« Créer des aides-kinés, comme au Canada, ce serait pas une bonne idée : des gens seront bloqués dans le statut aide-kiné... Mais si on avait un bac plus 5, on pourrait bilancer, sur délégation de tâche du médecin... et que le patient ait un accès direct aux soins en orthopédie... Mais les médecins veulent tout garder, ils ont peur de déléguer... Si les kinés on monte trop en qualité, on devient une menace... Ce sera la transformation en physiothérapeute : on va vers le haut ; il faut enrichir la profession, mais pas créer des sous-métiers. »*

Faire « monter le niveau », mais de la même façon pour tous semble une option préférable pour ces masseurs-kinésithérapeutes, pour qui la problématique principale n'est pas de « découper » la profession, mais de créer une nouvelle profession de travailler en s'articulant différemment aux médecins.

### 8.3. Les champs d'intervention nouveaux ou en développement

En parallèle aux évolutions possibles du métier et du statut professionnel, les personnes interviewées repèrent des éléments qui vont créer de nouveaux besoins, ou orienter les demandes dans de nouvelles directions.

#### 8.3.1. Les évolutions de la chirurgie et les nouvelles formes de prise en charge

Les progrès de la chirurgie, qui est de plus en plus précise, de moins en moins invasive et traumatisante, et qui implique aussi des séjours moins longs à l'hôpital, va certainement impacter le recours et la pratique des masseurs-kinésithérapeutes... Cela pourrait entraîner un accroissement de la rééducation, de la réhabilitation, ou au contraire une diminution de la rééducation selon les pathologies... Globalement, les masseurs-kinésithérapeutes perçoivent plutôt un accroissement des besoins

*« Les évolutions de la médecine et de la technologie, ça va nous impacter... Par exemple sur la chirurgie, les protocoles de rééducation sur la rupture partielle de la coiffe des rotateurs. »*

*« Il y a des évolutions avec la chirurgie, sur tout ce qui est ligamentaire, les prothèses d'épaule, la réparation de la coiffe des rotateurs : ça nous apporte beaucoup de travail. Il y a des gens qu'on voit pendant 4 à 6 mois avec les nouvelles chirurgies. Les nouvelles techniques chirurgicales créent du travail pour nous : par exemple la neurochirurgie de la colonne vertébrale. Après une prothèse discale, nous on prend en charge... Mais ça dépend des chirurgiens, des patients et aussi des régions : il y a différentes écoles entre médecins... »*

*« Maintenant il y a des rééducations très précoces avec des techniques appropriées et dans quelques années il y aura de l'auto-rééducation, il n'y aura pas besoin de kinés dans certains cas... On opère plus les gens, mais si la chirurgie progresse encore, pour certaines personnes il n'y aura pas besoin de kinés. »*

Et, au-delà des évolutions chirurgicales, l'éducation thérapeutique des patients, la rééducation après les accidents vasculaires-cérébraux (paralysies), sont également des domaines où les besoins augmentent et dans lesquels les prises en charge s'affinent :

*« On peut intervenir dans plein de domaines... par exemple la réhabilitation pour les cardiaques, c'est plein d'avenir. L'éducation thérapeutique, le réentraînement à l'effort... Et on fera un travail de plus en plus global : c'est l'avenir de la kinésithérapie. »*

*« Il va y avoir la rééducation uro-gynécologique et uro-anale : la gynéco, la prostate et l'incontinence des personnes âgées... Et il y aura aussi de plus en plus les paralysies. »*

La prise en charge des personnes âgées à domicile constitue d'évidence un champ en plein développement. Un développement qui pourrait se trouver limiter si le travail et les déplacements des masseurs-kinésithérapeutes ne sont pas mieux valorisés par l'Assurance Maladie, en termes de rémunération et d'indemnisation des déplacements :

*« Il faudrait réfléchir à une prise en charge des personnes âgées à domicile... parfois il faut se déplacer sur un rayon de 50 km ! Mais les caisses jouent sur le sentiment d'éthique et la culpabilité des professionnels... Alors on passe quand même chez les patients. Moi je refuse de le faire, mais il y en a qui le font : un soin de kiné respiratoire c'est 17 euros en semaine et 25 euros le dimanche ! Il faut avoir une motivation autre que financière, parce que l'acte et le déplacement, ça vaut pas la peine... Le forfait*

*kilométrique, ça paye vraiment les frais de déplacements, mais pas le temps passé. Pour un acte isolé à domicile, c'est un forfait à 10 euros pour un médecin, 4 euros pour un kiné et 3 euros pour un infirmier ! »*

Face au possible « status quo » de l'Assurance Maladie, certains masseurs-kinésithérapeutes envisagent d'ores et déjà de développer certaines prises en charge hors conventionnement, plus rémunératrices, et ce même si elles sont déconnectées du soin :

*« Et le massage de bien-être déconventionné... il faut savoir se diversifier : si la Sécu nous rembourse moins, il faut aller vers d'autres façons de travailler. »*

Cette évolution toutefois devrait demeurer limitée car la prescription et le conventionnement sont ce qui ancre les masseurs-kinésithérapeutes dans le champ des professionnels de santé, et qui finalement les préserve aussi de certaines concurrence. Il faut donc rester vigilants à ne pas s'éloigner de ce domaine, de la qualité du soin pour les patients :

*« Il faut savoir se diversifier, mais notre cœur de métier, c'est les actes remboursés, la nomenclature. Si on travaille beaucoup hors convention, on n'est plus un service public.. Et si on quitte le conventionné traditionnel, on se fera grignoter par les APA, on va laisser la place aux APA, aux ergo qui seront moins chers que nous. »*

*« Les jeunes kinés veulent travailler de moins en moins avec la prescription. Beaucoup veulent travailler en déconventionné... Les patients aiment le bien-être... Mais nous on a une dimension santé qui est un gage de qualité »*

*« Il faut dire aux jeunes que c'est un métier passionnant, varié, avec beaucoup de rapports humains... et il y a possibilité de faire de l'extra-médical. »*

L'activité en déconventionnement doit donc clairement rester un « plus », notamment en termes de rémunération, selon certains masseurs-kinésithérapeutes, mais elle ne doit pas prendre le pas sur l'activité conventionnée de soin.

### 8.3.2. Certaines prises en charge pour les cancers, notamment le cancer du sein

Les soins apportés après un cancer du sein opéré, se développent : il s'agit d'un champ nouveau, mis qui semble porteur étant donné les effectifs de femmes concernées et l'ampleur de certaines chirurgies, qui nécessitent un réapprentissage au niveau des mouvements du bras.

### 8.3.3. Les évolutions du matériel de masso-kinésithérapie

Enfin, les « technophiles » se réjouissent des évolutions du matériel, des machines, qui permettent d'affiner les réponses apportées sur certains problèmes précis, et qui vont certainement s'améliorer encore :

*« Il y a de grandes nouveautés, avec du matériel de qualité, pour faire du palpé-roulé, travailler sur l'esthétique : les cicatrices... »*

Reste ensuite à défendre l'idée que seuls les masseurs-kinésithérapeutes sont à même d'utiliser ces machines avec le maximum de pertinence et d'efficacité.

#### 8.4. Craintes pour l'avenir

Parallèlement à tous les domaines qui s'ouvrent ou vont se développer pour les masseurs-kinésithérapeutes, certains expriment des craintes pour l'avenir, et ce malgré la masse de demandes à laquelle ils sont, pour la plupart, actuellement confrontés.

Certains craignent ainsi que la masso-thérapie elle-même soit de moins en moins reconnue comme étant spécifique et utile, et qu'elle soit délaissée à la fois par les médecins et par l'Assurance Maladie. Ces masseurs-kinésithérapeutes, peut-être insécurisés par les exigences et les contrôles de l'Assurance Maladie se demandent si le système finalement n'est pas devenu méfiant envers le travail des masseurs-kinésithérapeutes.

Les masseurs-kinésithérapeutes pourraient ainsi peut-être disparaître, à terme, faute d'avoir un apport facilement explicable, justifiable, scientifiquement prouvable... Hormis dans certains domaines bien précis comme celui de l'orthopédie :

*« Je redoute le déremboursement à l'avenir... Si on est déremboursés, même partiellement, ... Maintenant, ils nous ont mis des référentiels, il faut bilancer les patients et justifier les demandes, et il faut pouvoir justifier les actes sur un certain temps. Par exemple pour les lombalgies, au bout de 30 séances, il faut rejustifier... Pourtant pour les TMS, il y a des soins énormes pendant les arrêts de travail. »*

*« C'est un métier qui risque de passer au second plan... On parle des médecins, des infirmiers... mais les kinés c'est pas une évidence, sauf en orthopédie. »*

D'autres redoutent plutôt une arrivée en masse de professionnels étrangers, qui pour le moment n'est pas d'actualité, mais qui pourrait absorber la demande de soins. Une demande qui pourrait aussi être captée, en partie, par les APA à l'avenir, moins chers que les masseurs-kinésithérapeutes apparemment :

*« On n'a pas peur du chômage... Mais on a peur des diplômés étrangers, même si on n'en voit pas beaucoup. »*

*« La rééducation de la marche, on va la filer aux APA, aux femmes de ménage?... Le problème c'est qu'on ne forme pas assez de médecins, de kinés... Les études coutent cher, donc l'état ne veut pas élargir le numéris clausus... A côté de ça, les étrangers ne coûtent rien à l'état français. »*

Enfin, certains masseurs-kinésithérapeutes ont surtout peur... des masseurs-kinésithérapeutes... Enferrés dans un individualisme historique qui n'aide pas à porter des revendications, les jeunes masseurs-kinésithérapeutes se replieraient encore un peu plus semble-t-il que leurs aînés sur leur « quant-à-soi », où la vie de famille (pour les femmes), les loisirs (pour tous), prennent peut-être le pas sur les projets et ambitions professionnels :

*« On est une profession d'individualistes : 80% des kinés veulent qu'on les laisse tranquille. Les jeunes ont une idéologie de vie différente : ils travaillent uniquement pour les loisirs et « moi d'abord »... Et les professionnels de santé se féminisent car il y a une paupérisation des revenus... Les jeunes veulent plus travailler et ceux de 50 ans doivent travailler comme à vingt ans. »*

L'avenir de la profession passe donc peut-être aussi, ou avant tout, par une mobilisation forte des masseurs-kinésithérapeutes eux-mêmes pour défendre leurs compétences spécifiques.

## 9. LE REGARD DES PERSONNES-RESSOURCES

Différentes personnes-ressources ont accepté de participer à cette enquête, qui ont des responsabilités ordinales (en tant que médecin ou masseur-kinésithérapeutes), au sein des URPS (médecins et masseurs-kinésithérapeutes) associatives (association de patients) ou encore qui exercent en tant qu'ostéopathes.

Nous avons croisés ici leurs réponses à nos questions et leurs points de vue afin d'en faire émerger les principaux points d'attention et de réflexion quant à l'avenir de la profession de masseur-kinésithérapeute.

### 9.1. L'articulation entre masseurs-kinésithérapeutes et médecins

#### 9.1.1. En amont de cette articulation, une nécessaire redéfinition du rôle du médecin traitant

La collaboration accrue entre les différents professionnels de santé, autour des patients, semble une évolution inéluctable pour tous. Néanmoins, cette collaboration renforcée ne sera possible que lorsque le rôle du médecin et notamment celui du médecin généraliste sera clarifié, voire redéfini.

Si aujourd'hui nombre de professionnels para-médicaux voient dans la délégation de tâche à la fois une possibilité d'évolution, il s'agit surtout pour eux d'une réponse à la pénurie de médecins en certains endroits, mais une réponse au fait que les médecins sont saturés de demandes et ont de plus en plus de mal à y répondre en certains endroits. « *Les médecins ont de moins en moins de temps* » pour les consultations et les déplacements à domicile d'après les para-médicaux. De ce fait les para-médicaux (et notamment les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes) auraient un nouveau rôle à jouer, pour mieux aider les médecins, évaluer, suivre et accompagner les patients, notamment à domicile, lorsque les médecins doivent prioriser les demandes.

Tous les médecins néanmoins n'ont pas la même vision des solutions possibles, et s'ils confirment le manque de temps actuel, ils imaginent d'autres moyens de récupérer le temps qui leur manque aujourd'hui pour leurs patients.

Ainsi, certaines personnes-ressources s'interrogent sur la pertinence de certaines obligations qui sont encore faites aux médecins généralistes. Par exemple, est-il réellement utile que les médecins généralistes aient l'obligation de signer les attestations nécessaires à la pratique d'un sport (ce qui semble une spécificité française, de nombreux pays faisant simplement signer des décharges aux sportifs) ? Ou encore faut-il que les médecins généralistes remplissent un dossier administratif (assez conséquent semble-t-il), dans le cadre de prescriptions d'activité physique adaptée ? Ces tâches pourraient être supprimées ou allégées, car elles sont, en l'état, chronophages sans être véritablement justifiées par rapport à la santé des personnes. Les médecins généralistes sont ainsi peut-être aujourd'hui « embolisés » par ce type de demandes plus administratives que véritablement sanitaires, qui d'ailleurs sont gérées autrement dans d'autres pays d'Europe, ce qui pourrait inspirer les français. Il serait ainsi souhaitable, selon plusieurs des personnes interviewées que les tâches partiellement ou complètement administratives puissent être réduites pour que les médecins puissent revenir au soin (notons que 30% des médecins généralistes n'ont pas de secrétaires, d'après les données de l'URPS médecins). La crise

démographique actuelle, serait donc au moins autant liée aux effectifs de médecins, qu'à leurs souhaits en termes de rythme de travail (passer des semaines de 60 heures de leurs aînés à des semaines de 40h), qu'à une surcharge de travail administratif. Si cette surcharge disparaît, les médecins retrouveront du temps.

Si le rôle du médecin traitant était redéfini, et le temps - de soin- retrouvé, les médecins devraient alors pouvoir revenir à leur cœur de métier (et ce, dans un contexte d'évolutions sociétales où les jeunes médecins ne souhaitent pas avoir le rythme de travail et l'extrême disponibilité qu'avaient leurs aînés). Ce gain de temps, permettrait de réfléchir plus sereinement aux collaborations entre les médecins généralistes et les autres professionnels de santé. En effet, les médecins généralistes seront, si ces redéfinitions ont lieu, beaucoup moins débordés qu'ils ne le sont aujourd'hui, et ils pourront se recentrer sur leur métier et mieux s'investir dans le diagnostic et le suivi de leurs patients.

Par ailleurs, il sera également nécessaire de revoir le référentiel et la rémunération des médecins et celle des masseurs-kinésithérapeutes : si la tendance à prendre plusieurs patients à la fois se développe chez les masseurs-kinésithérapeutes, cela est fortement en lien avec une tarification des actes qui n'a pas ou insuffisamment suivi le coût de la vie et l'augmentation des charges. La question de la rémunération des uns et des autres est indispensable à prendre en compte, car elle pèse fortement sur les configurations organisationnelles, les articulations possibles. Il est probablement illusoire de penser que l'on puisse demander aux uns et aux autres d'être encore plus accessibles, disponibles et proches des patients, à moyens constants.

Au-delà même de la question du sens, imaginer des délégations ou transferts de tâches, et donc de responsabilités, sans revalorisation et distinction de certaines tarifications et de certains actes paraît bien difficile... Certaines des personnes interviewées estiment que le modèle économique actuel, basé sur une rémunération à l'acte, n'est pas forcément favorable à une bonne articulation entre professionnels libéraux. De même, la délégation de tâche a été pensée peut-être un peu trop exclusivement pour des établissements (hôpitaux, centres SSR), et pas pour les soins de ville...

#### 9.1.2. Démographie médicale, mise aux normes des locaux : des éléments de contexte qui impactent le travail des uns et des autres

Parallèlement à la question de l'accès des patients aux médecins généralistes se pose la question de la clarification - réclamée par certains - du rôle de médecin généraliste. En Rhône-Alpes comme en France, les déserts médicaux n'existent pas, à proprement parler, mais il y a effectivement des problèmes de sous-dotation sur certains territoires. Par rapport à cette problématique de sous-dotation, les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) peuvent constituer une réponse adaptée, surtout en zones rurales, d'après certains des interviewés... Néanmoins, les MSP posent la question de la pérennisation des fonds publics (notamment en ce qui concerne le financement des temps de coordination), sans laquelle les MSP n'auraient pas d'avenir. Par ailleurs, les instances représentatives des professionnels de santé réfléchissent à créer des formes de regroupements de professionnels, pertinentes et adaptées aux territoires urbains, qui ne souffrent pas de la problématique de la sous-dotation, mais plutôt de phénomènes de concurrence.

Certaines personnes-ressources ajoutent qu'il n'est pas impossible qu'un système de rémunération forfaitaire des médecins se mette en place dans 5 à 10 ans : actuellement 15% des médecins généralistes seraient déjà sur ce type de rémunération, au moins pour une part de leur activité, ce qui change aussi la donne par rapport à leur lien aux autres professionnels de santé. Ces perspectives devraient favoriser les prises en charges pluriprofessionnelles, d'après une partie des personnes-ressources interviewées, et donc les articulations entre médecins et masseurs-kinésithérapeutes.

Néanmoins, et même si l'accès aux médecins généralistes s'améliore dans les zones rurales, il risque d'y avoir pour les médecins comme pour les masseurs-kinésithérapeutes, à moyen terme une problématique d'accès pour les patients des zones urbaines, étant donné les évolutions démographiques prévisibles et notamment le vieillissement des professionnels (une grande part des médecins généralistes lyonnais, par



exemple, a plus de 60 ans). Professionnels qui travaillent par ailleurs dans des locaux qui, majoritairement, ne sont pas aux normes (notamment les normes d'accessibilité pour les personnes à mobilité réduite) et qui ne sont donc pas transmissibles tels quels, à de jeunes médecins qui souhaiteraient reprendre le cabinet et la patientèle. Cette situation va peut-être impliquer aussi des changements profonds quant à la structuration des locaux des médecins généralistes : regroupements, partages de locaux, visibilité des locaux... Différentes réorganisations vont se mettre en place qui impacteront alors probablement les façons de travailler des médecins généralistes, entre eux, et avec d'autres professionnels de santé.

#### 9.1.3. Améliorer la connaissance des médecins concernant les compétences des masseurs-kinésithérapeutes, améliorer la communication

Afin d'optimiser l'articulation entre les médecins et les masseurs-kinésithérapeutes, il serait pertinent qu'il y ait davantage de temps de formations communes, tant au moment de la formation initiale que lors de formations continues. Si le médecin doit, d'après certains, demeurer le « *chef d'orchestre* » par rapport à l'orientation de la prise en charge, il est important qu'il connaisse bien ou mieux ce que font les autres professionnels de santé qui interviennent auprès des mêmes patients. La première année d'études (PACES) qui permet souvent aux futurs médecins et futurs masseurs-kinésithérapeutes de se croiser ne suffit pas... Ainsi, davantage de temps passés ensemble à se former sur certaines thématiques ou quelques stages communs organisés pour les futurs médecins généralistes en kinésithérapie respiratoire, par exemple, ou encore pour les chirurgiens orthopédistes auprès de masseurs-kinésithérapeutes seraient certainement pertinents à tous.

Renforcer les éléments de connaissance commun entre ces deux professions est indispensable pour faciliter le travail en commun, mais aussi pour faire évoluer les manières de travailler des uns et des autres, afin d'améliorer les prises en charge, et in fine, de mieux soigner les patients.

Au-delà de la formation initiale, certains estiment qu'il faut dès à présent améliorer les outils de connaissance et de communication entre médecins et autres professionnels de santé, peut-être par le biais d'annuaires de professionnels.

#### 9.1.4. Quels partages possibles entre médecins et masseurs-kinésithérapeutes ?

Plusieurs personnes-ressources soulignent que le contexte actuel n'est pas complètement favorable à une réflexion sereine sur les collaborations, et les formalisations de collaborations entre différents professionnels de santé. Les médecins se sentent parfois les cibles de campagnes « anti-médecins » où sont associées pêle-mêle certaines erreurs ou dérives de l'industrie du médicament, une attitude parfois « consommatrice » de la part des patients et la volonté de transférer ou de déléguer certaines tâches à d'autres professions de santé, alors même que la définition du rôle du médecin généraliste n'est pas claire aujourd'hui.

Pourtant, il semble que de nombreux médecins généralistes et spécialistes reconnaissent que les masseurs-kinésithérapeutes ont de véritables compétences spécifiques qu'eux-mêmes n'ont pas. Il devrait ainsi être possible d'accorder aux masseurs-kinésithérapeutes la possibilité de renouveler des prescriptions, notamment en matière de kinésithérapie respiratoire, pour certains types de patients (par exemple pour les insuffisants respiratoires en cas d'exacerbation, lorsque les patients connaissent bien leur pathologie, qu'ils sont en capacité de la « gérer », et donc de contacter eux-mêmes le masseurs-kinésithérapeutes en cas de besoin).

Aujourd'hui déjà, le fait que les masseurs-kinésithérapeutes puissent indiquer le nombre des séances nécessaires à effectuer pour leurs patients est vu comme un progrès par beaucoup de médecins : cela implique davantage le masseur-kinésithérapeutes dans le soin, mais aussi dans le coût des soins.

De même, l'exemple de la délégation totale qui existe *de facto*, même si elle n'est pas officielle, en ce qui concerne les orthophonistes (qui, au quotidien, posent le diagnostic, indiquent les soins à réaliser et le nombre de séances à effectuer pour leurs patients, indications entérinées le plus souvent par une prescription officielle du médecin généraliste), ne choque personne et fonctionne bien. Le médecin demeure ainsi celui qui oriente vers l'orthophoniste et qui prescrit au sens formel, mais le nombre de séances et la forme de prise en charge, sans parler de l'interprétation des bilans orthophoniques relèvent complètement des orthophonistes.

Est-ce à dire que le même schéma pourrait ou devrait être appliqué aux masseurs-kinésithérapeutes ? La position des masseurs-kinésithérapeutes par rapport aux orthophonistes n'est pas exactement la même, au-delà du fait que la reconnaissance du niveau de diplôme n'est pas exactement la même pour les deux professions, les masseurs-kinésithérapeutes touchent directement le corps, dans une dimension qui se rapproche davantage de l'essence de la profession médicale tout en étant distincte (le corps serait davantage l'affaire des médecins généralistes que le langage... Champs au demeurant surtout travaillé par les psychiatres et les neurologues...). Ainsi, la délégation ou le transfert de tâches, au moins au plan symbolique, sont peut-être plus difficiles entre médecins et masseurs-kinésithérapeutes.

Cependant, si le diagnostic doit continuer à relever de la compétence du médecin et si l'initiative de la démarche de soins doit revenir au médecin, qui connaît les pathologies et a une approche systémique de celles-ci, il connaît en général mal les techniques de kinésithérapie, et le masseur-kinésithérapeute est mieux à même de déterminer comment intervenir sur le patient. Le masseur-kinésithérapeute peut ensuite réaliser un diagnostic fonctionnel, qui permettra d'ajuster au mieux la prise en charge à mettre en œuvre.

Pour plusieurs des personnes-ressources interviewées, c'est le médecin qui pose le diagnostic, après quoi il doit y avoir une discussion partagée et en concertation sur la prise en charge souhaitable pour le patient.

Dans la réalité, des délégations existent donc déjà avec de nombreux professionnels de santé, dont les masseurs-kinésithérapeutes, mais faut-il pour autant les formaliser ? Les formaliser suppose un transfert formel de responsabilité, avec tout ce que cela implique notamment en termes d'assurances, de statut juridique en cas d'accident ou de problème avec le patient.

La question de « l'accès partiel » et de la « surveillance de parcours » qui est mentionnée dans certaines directives européennes va par ailleurs complexifier le débat...

## 9.2. L'évolution des besoins des patients

### 9.2.1. Les soins aux patients « lourds » : personnes âgées et personnes handicapées

Les besoins de prise en charge des personnes âgées à domicile vont aller en s'amplifiant, de ce fait le rôle des infirmiers comme celui des masseurs-kinésithérapeutes va s'accroître auprès de ce public. Il semble ainsi probable que pour les masseurs-kinésithérapeutes le maintien ou le retour à l'autonomie, l'équilibre des personnes âgées soient des thématiques de plus en plus importantes. Mais d'ores et déjà il y a des besoins de prises en charge de personnes âgées qui ne sont pas satisfaits : la demande est supérieure à l'offre et de surcroît, les masseurs-kinésithérapeutes, comme les médecins généralistes sont de plus en plus réticents à se déplacer à domicile, alors même que les places et la durée des séjours en hôpital et en SSR se réduisent, faisant du domicile un véritable lieu de soin.

Au-delà du fait que la rémunération du temps passé à domicile semble insatisfaisante à beaucoup, ce qui est un frein au développement des soins à domicile, certaines personnes ressources ajoutent qu'une part

des professionnels paramédicaux développe une tendance à choisir et « trier » les patients : les plus lourds et les plus complexes, qui doivent être soignés à domicile (qui sont aussi souvent les moins susceptibles d'avoir recours à des soins déconventionnés), sont « évités » par certains masseurs-kinésithérapeutes, et de ce fait pas du tout pris en charge.

Aujourd'hui, certains patients sont donc mal ou insuffisamment pris en charge du fait de ce tri, ou encore sont victimes de délais d'attente pour une prise en charge, qui ne relèvent pas que d'une problématique de sous-dotation du territoire.

Certaines des personnes-ressources interviewées dénoncent ainsi une dérive chez certains paramédicaux, dont certains masseurs-kinésithérapeutes, à aller trop systématiquement vers des soins « faciles » et « rentables », oubliant les « vrais » patients...

Reste que les personnes-ressources sont d'accord sur le fait que plus les patients ont des pathologies complexes, nombreuses, avec des problèmes de mobilité marqués, plus ils requièrent de gestes, d'actes complexes et plus ils impliquent un temps de soin long. Or, si les déplacements, la complexité et la longueur des soins à effectuer pour certains patients (personnes âgées très fragiles, personnes paralysées notamment suite à un AVC, un traumatisme crânien, personnes infirmes moteurs cérébrales) ne sont pas mieux pris en compte par l'Assurance Maladie, le décalage entre l'offre de soin effective et les besoins risque encore de s'accroître.

Ce constat n'empêche pas certaines personnes-ressources d'insister et de s'interroger sur différents points : la prise en charge d'une lombalgie est-elle du même ordre que des actes de rééducation neurologique et doit-elle avoir la même tarification ? Un professionnel APA – souvent moins cher qu'un masseur-kinésithérapeute – peut-il prendre en charge un patient qui a eu un AVC et qui a besoin d'aide pour récupérer certaines fonctions ? Une machine peut-elle aider un patient en difficultés neurologiques à se réadapter, à retrouver certains gestes ?

Au-delà de ces interrogations, et malgré la reconnaissance d'une tarification peu motivante, certaines personnes-ressources dénoncent vivement les dérives de certains masseurs-kinésithérapeutes qui se tournent vers ce qui est rémunérateur, plaisant, mais qui n'aide pas du tout les patients « lourds », qui sont pourtant de plus en plus nombreux, car de plus en plus « sauvés » par la médecine : l'ostéopathie, la « kiné du sport », etc... Le « mal de dos » doit certes être pris en charge, mais cela ne doit pas se faire au détriment de personnes dont la vie quotidienne est devenue un véritable chemin de croix, suite à un accident de la circulation, un AVC, ... et qui ont absolument besoin des soins de masseurs-kinésithérapeutes, à l'hôpital et de plus en plus à domicile, pour pouvoir reprendre, dans la mesure du possible, le cours de leur vie. Et ce sans compter, toutes les études le montrent, que certains patients sont des précaires au plan économique (c'est particulièrement le cas pour de nombreuses personnes handicapées), que cette précarité est aggravée pour ceux qui habitent dans les quartiers « prioritaires » ou en zones rurales et qu'il n'y a aucune alternative possible pour eux d'être soignés en dehors du champ des soins conventionnés.

Ces personnes-ressources soulignent d'ailleurs leur regret de voir le massage régresser au profit de machines : les deux ne sont pas équivalents et le contact et le dialogue que permettent ou suscitent le massage font partie inhérente du soin, et sont perdus si le recours aux machines devient exclusif ou majoritaire.

Enfin, pour les patients lourds, il apparaît indispensable que les masseurs-kinésithérapeutes s'articulent bien avec les médecins, mais aussi avec les autres professionnels qui interviennent à domicile : infirmiers, orthophonistes, aides-soignantes.

Ce décalage entre le besoin de certains publics et l'offre de soins effective, risque, par ailleurs, de favoriser un glissement de certains actes vers d'autres professionnels. Par exemple, en ce qui concerne les exercices de marche des personnes âgées, il n'est pas impossible que les professionnels de l'activité physique adaptée (APA) se positionnent de plus sur ces besoins, voire que des auxiliaires de vie des structures d'aide à domicile investissent ces champs, qui peuvent sembler au premier abord peu techniques, mais qui en réalité nécessitent des compétences de professionnels de santé, ce que sont les masseurs-kinésithérapeutes qui sont formés à rééquilibrer les personnes âgées qui ont, ou ont eu, des problèmes de mobilité.

Il y a ainsi un risque, selon certains de « nivellement par le bas » des prises en charge, qui ne sera pas favorable aux patients. La qualité de la prise en charge doit rester une priorité, mais encore faut-il que les moyens nécessaires soient mis en place.

### 9.2.2. La kinésithérapie respiratoire

L'aide qui peut être apportée par les masseurs-kinésithérapeutes aux patients ayant des difficultés respiratoires est mieux connue et reconnue par les médecins généralistes qui prescrivent très régulièrement de type de prise en charge.

Une tentative de collaboration protocolisée et formalisée entre médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes, à l'échelle de la région Rhône-Alpes, menée sous l'égide des Ordres de ces deux professions, et sur la thématique respiratoire a été amorcée, mais n'a finalement pu aboutir. Le point de départ de cette expérience était le soin aux patients atteints de mucoviscidose, qui s'est ensuite étendu aux patients atteints de BPCO. Mais la complexité de cette double réflexion a finalement alourdi, puis freiné, le travail sur les protocoles à élaborer, à tel point que l'expérience est, pour le moment, suspendue. La BPCO est en effet une pathologie très complexe en soi qui implique déjà un grand nombre d'acteurs et, à un certain point, la coordination et l'articulation entre tous devient également complexe et chronophage.

Dans la réalité de terrain cependant, les collaborations existent déjà sur cette thématique entre les médecins généralistes et les masseurs-kinésithérapeutes (au-delà mêmes du service SOPHIA, du réseau SPIRO, qui impliquent de facto des collaborations).

Il n'en demeure pas moins que la kinésithérapie respiratoire est un domaine où les besoins sont en augmentation constante, et qui va probablement encore se développer dans les années à venir.

### 9.2.3. La prise en charge en ambulatoire après une chirurgie

Tout ce qui fait suite à de la chirurgie est de plus en plus géré au domicile, sauf complications particulières. Aujourd'hui, les besoins en matière de prise en charge à domicile après une intervention chirurgicale ne sont pas totalement couverts. En tout état de cause, les masseurs-kinésithérapeutes auront un rôle croissant à jouer dans ce domaine (par exemple, suite à des interventions ligamenteuses, après une chirurgie du cancer du sein, ...). La récupération et la qualité de vie de ces patients sont notablement améliorées par la rééducation réalisée par les masseurs-kinésithérapeutes...

## 9.3. Les évolutions possibles du métier de masseur-kinésithérapeute

### 9.3.1. La formation initiale

Pour plusieurs des personnes ressources interrogées, il serait logique que les masseurs-kinésithérapeutes puissent se former jusqu'au niveau master.

Ceci étant, une évolution sur le modèle canadien (le « physiothérapeute » à bac +5 et des aides-kinésithérapeutes à bac +2 ou bac +3) ne fait pas l'unanimité : scinder une profession à deux niveaux paraît difficilement gérable et générateur de conflits... Par ailleurs, cela aurait des implications complexes en termes de prise en charge par l'Assurance Maladie.

Même si, aux yeux de certains, le masseur-kinésithérapeute fait un métier plus « pratique » « qu'intellectuel », il a effectivement une véritable recherche à développer, qui aujourd'hui se fait par des thèses de médecine ou des thèses de sciences, mais qui pourrait se développer de manière spécifique dans une filière masseurs-kinésithérapeutes, comme cela se fait dans d'autres pays européens apparemment.

Pour autant, le Bac + 5 ne permettra pas de poser un diagnostic au sens médical du terme. Si les masseurs-kinésithérapeutes ou futurs « physiothérapeutes » affinent encore leurs compétences d'évaluation du problème du patient, ils ne pourront pas, même accessibles en première intention, poser de diagnostic et orienter vers d'autres professionnels de santé (notamment spécialistes), la vision globale et systémique des patients et de leur pathologies restant une compétence médicale.

### 9.3.2. Le rapport aux ostéopathes exclusifs

Les évolutions récentes qui règlementent le nombre d'heure minimal pour avoir accès au titre d'ostéopathe, va permettre de réguler une profession qui s'était jusqu'alors développée de manière désordonnée sans qu'aucun « standard » de qualité ne soit défini. Même s'il ne s'agit pas d'une profession de santé officiellement reconnue, il s'avérerait semble-t-il nécessaire de protéger minimalement les personnes qui ont recours à ce type de service (ou de soin ?).

En tout état de cause, certains ostéopathes « ni-ni » estiment que cette réglementation, en améliorant la lisibilité de l'offre et le niveau des professionnels va faire monter la profession en qualité, et qu'à partir de là de meilleures articulations et une réelle complémentarité pourront s'établir entre masseurs-kinésithérapeutes et ostéopathes « ni-ni », et ce en évacuant aussi certains professionnels qui se positionnent comme faisant de l'ostéopathie, alors qu'ils se fondent sur des approches qui relèvent parfois de l'ésotérisme...

Reste que pour certains masseurs-kinésithérapeutes l'ostéopathie est « une technique de plus », une forme de « thérapie manuelle », alors que les ostéopathes « ni-ni » considèrent que l'ostéopathie est avant tout une vision globale de la personne qui ne se focalise pas sur un seul symptôme, et qui se différencie des approches médicamenteuses pour traiter de douleurs qui n'ont pas de causes fonctionnelles apparentes. Pour ces derniers, les médecins et masseurs-kinésithérapeutes qui « font de l'ostéopathie », utilisent en réalité des « techniques ostéopathiques » sans véritablement faire de l'ostéopathie.

Si le « tri » est vraiment fait entre bonnes et mauvaises écoles d'ostéopathie, entre formations sérieuses et fantaisistes, et si les « ni-ni » parviennent à se faire mieux reconnaître par les médecins et les masseurs-kinésithérapeutes, alors des collaborations et des articulations pourront se mettre plus facilement en place, dans un esprit de complémentarité.

### 9.3.3. L'activité hors conventionnement

L'activité du kinésithérapeute est double : un volet est prescrit et concerne des patients, un deuxième ne concerne pas vraiment des patients, c'est le cas de la kinésithérapie du sport, mais qui se fait alors en partie hors du régime de remboursement.

Il semble improbable, à moyen terme, que les masseurs-kinésithérapeutes cherchent à développer massivement leur activité du côté des actes non remboursés par l'Assurance Maladie, et cela n'est pas souhaitable, tant les besoins des patients sont réels et importants... Mais il faudra sans doute qu'il y ait une revalorisation des actes de masso-kinésithérapie, pour que l'équilibre soit maintenu, à moyen et long terme, et que les « vrais » patients ne soient pas défavorisés.



# **SYNTHESE ET PISTES DE REFLEXION POUR L'AVENIR**

# Synthèse

---

Les points marquants que l'on peut retenir de cette étude sont les suivants :

## **1/ Les projections démographiques : la densité des masseurs-kinésithérapeutes en augmentation jusqu'en 2025**

Le nombre de masseurs-kinésithérapeutes va augmenter de manière continue à l'horizon 2025 mais à un rythme de moins en moins soutenu. Si aujourd'hui, même en zone sur dotée le travail ne manque pas, il se pourrait que le volume global d'activité, rapporté au nombre de masseurs-kinésithérapeutes soit moins important. Sans parler de chômage, il se pourrait dès lors que des difficultés d'accès à la patientèle apparaissent en certains points du territoire, et notamment dans les zones urbaines.

Néanmoins, les besoins de la population vont croître du fait du vieillissement de la population, ce qui va entraîner inévitablement une augmentation en volume et en intensité des pathologies liées au vieillissement. Ainsi, si la densité des masseurs kinésithérapeutes va augmenter, elle augmentera toutefois à un rythme moins rapide que la population de personnes âgées : il n'est donc pas certain qu'il y ait un décalage entre offre et demande de soins et que les masseurs-kinésithérapeutes soient en surnombre, à l'échelle globale de la région.

Il n'est cependant pas impossible, malgré l'augmentation importante des masseurs-kinésithérapeutes, que les inégalités de densité se creusent avec des difficultés accrues dans les zones sous dotées, au-delà de 2025.

Par ailleurs, cette projection suit un scénario tendanciel et les résultats peuvent fluctuer de manière importante en fonction :

- de la hausse ou de la baisse des quotas dans les établissements de formation
- de la diminution des autorisations d'exercice accordées aux masseurs-kinésithérapeutes formés à l'étranger



## **2/ L'enquête qualitative : perspectives d'évolution des conditions d'exercice des masseurs-kinésithérapeutes libéraux**

### **➤ Le choix du métier de masseur-kinésithérapeute libéral**

Les entretiens réalisés avec des masseurs kinésithérapeutes en exercice dans la région Rhône-Alpes montrent que cette filière est choisie principalement par des personnes qui ont suivi une filière scientifique, qui s'intéressent aux soins, avec un goût pour les dimensions tactile, manuelle et de contact avec la patientèle, et souvent aussi un intérêt pour le sport.

Comme pour d'autres professions de santé libérales, on retrouve le désir de travailler de manière indépendante, d'organiser et de choisir sa façon de travailler, son volume de travail. Si l'hôpital et les établissements de rééducation sont reconnus comme des lieux d'expertise qui, en début de carrière complètent utilement une formation initiale, jugée souvent trop faible sur le plan pratique, ils impliquent une acceptation de la hiérarchie, certains rythmes de travail qui ne conviennent pas à tous.

Le salariat permet de bénéficier d'horaires de travail plus facilement compatibles avec la vie de famille, et de travailler dans des environnements spécialisés, avec des patients souvent en phase aigüe qui mobilisent des compétences très particulières. Le travail en équipe et la dimension pluriprofessionnelle font aussi partie des atouts soulignés du salariat. Reste que les salaires sont jugés trop faibles dans la fonction publique, avec des possibilités d'évolution médiocres.

L'exercice en libéral est principalement attractif pour la liberté d'organisation qu'il permet, qui donne la possibilité d'augmenter son revenu à la mesure des actes effectués, du temps de travail que l'on choisit de faire. La contrepartie négative est que les horaires sont souvent importants, les congés plus réduits que pour les salariés, et qu'en cas de maladie, d'absence ou de grossesse, il faut se faire remplacer pour minimiser l'impact de la perte de travail, alors même que les niveaux de rétrocession sont tels aujourd'hui qu'ils couvrent à peine la part correspondante des frais fixes du cabinet... Et ce, sans compter que sur certains territoires, il est très difficile de trouver des remplaçants (et encore moins des assistants ou même des associés, qui peuvent soulager, sur de courtes périodes d'absence, au moins concernant la prise en charge des cas les plus urgents). Certains interviewés enfin, ont choisi d'avoir un exercice mixte, pour pouvoir à la fois travailler en établissement, au sein d'une équipe, sur des pathologies ou problématiques précises et pour conserver un niveau de revenu que seul l'exercice libéral permet.

### **➤ Le territoire d'exercice**

En ce qui concerne les territoires d'installation, les masseurs-kinésithérapeutes s'installent principalement là où ils ont des attaches (conjoint, familles, vie sociale), ou dans des territoires qu'ils choisissent pour leur intérêt spécifique (montagne et ski par exemple). Ceux que nous avons interviewés étaient installés depuis plusieurs années (et souvent depuis le début de leur carrière, après quelques années de remplacements) sur le même territoire. Tous déclarent avoir un bon niveau de patientèle et tous refusent régulièrement de prendre en charge de nouveaux patients, faute de places suffisantes et d'un agenda déjà très chargé et ce, quel que soit le territoire. Néanmoins, le fait de travailler en territoire sous-doté (le plus souvent un territoire rural) implique que les refus de demandes sont très fréquents, qu'il est difficile de réorienter ces patients vers des confrères, tant la pénurie de masseurs-kinésithérapeutes est importante, et que les déplacements à domicile peuvent être beaucoup plus chronophages qu'en ville compte-tenu des distances.

Face aux difficultés de la sous-dotation, les incitations semblent peu efficaces d'après les interviewés : celles-ci sont finalement peu importantes et peuvent encourager un professionnel à déplacer son cabinet de quelques kilomètres, mais pas à attirer des masseurs-kinésithérapeutes urbains vers des zones rurales. Certains masseurs-kinésithérapeutes seraient de fait plutôt favorables à un *numerus clausus* à l'installation, comme c'est le cas pour les pharmaciens, afin de rééquilibrer véritablement les territoires.

### ➤ **L'organisation du travail en libéral**

La plupart des personnes interviewées ont un exercice de groupe au sein d'un même local. Seule une minorité a un cabinet secondaire.

Certains cabinets ont réalisé d'importants investissements en matière de matériel allant jusqu'à l'installation de balnéothérapie, alors que d'autres travaillent de manière plus « minimaliste », avec très peu d'appareils.

Les personnes interviewées admettent qu'étant donné le niveau de demande, elles peuvent en partie choisir leurs patients, mais que ceux-ci sont parfois néanmoins complexes à aider : difficultés de solvabilité dans certains territoires, importance croissante des besoins d'écoute et de la souffrance psychique font que le métier de masseur-kinésithérapeute implique une adaptation toujours plus forte à ces différents types de patients.

Néanmoins, le choix des horaires, du volume de travail permettent toujours de choisir, globalement son niveau de revenu. Un revenu qui cependant n'a pas suivi l'évolution des charges, du coût de la vie. La rémunération des actes, les indemnités de déplacements, les majorations de week-ends sont aujourd'hui jugés insuffisantes et ne sont plus en lien avec le travail réel des masseurs-kinésithérapeutes, ce qui encourage certains à prendre plusieurs patients simultanément, notamment grâce aux « machines » et à une réduction de l'activité de massage... Ou encore à pratiquer des dépassements d'honoraires ou à développer une activité hors conventionnement, par exemple sous forme de séances d'ostéopathie, de massages de « bien-être », activités qui restent cependant limitées.

### ➤ **Partenaires et concurrents des masseurs-kinésithérapeutes**

Les masseurs-kinésithérapeutes travaillent sur prescription médicale pour tous les actes conventionnés et ils sont de ce fait fortement dépendants des médecins. Cette dépendance prend pour beaucoup, néanmoins, la forme d'un partenariat, où il existe une véritable confiance. Reste que les médecins méconnaissent encore souvent les techniques mises en œuvre par les masseurs-kinésithérapeutes et qu'ils ne prennent pas toujours la mesure de la capacité des masseurs-kinésithérapeutes à évaluer le problème d'un patient, sans pour autant qu'il s'agisse d'un diagnostic... La reconnaissance de cette compétence faciliterait peut-être l'acceptation de l'accessibilité des masseurs-kinésithérapeutes en première intention, ce que souhaitent certains, qui s'estiment capables de réorienter vers le médecin généraliste si le problème du patient dépasse leurs compétences.

Les masseurs-kinésithérapeutes ont des relations plus ou moins directes et plus ou moins partenariales avec différents autres professionnels, que ce soit à l'hôpital, en centres de rééducation, ou en libéral. En premier lieu, les ostéopathes exclusifs (les « ni-ni ») suscitent de vives inquiétudes chez plusieurs des masseurs-kinésithérapeutes interviewés, et ce notamment depuis que l'Etat a réglementé le nombre d'heures de formation qu'il faut avoir obtenu pour avoir le titre « d'ostéopathe ». Si jusqu'à maintenant, nombre de masseurs-kinésithérapeutes s'étaient formés à l'ostéopathie dans le cadre de formations continues (de la même manière que les médecins), cela ne sera en pratique plus possible à l'avenir, tant le nombre d'heures est devenu important. La profession d'ostéopathe, bien que n'étant pas reconnue officiellement comme une profession de santé, s'en trouve malgré tout, de fait, reconnue et valorisée, ce qui fait craindre aux masseurs-kinésithérapeutes qu'à moyen terme, il n'y ait un report de certains de leurs patients vers les ostéopathes exclusifs. Pour l'heure, les ostéopathes exclusifs sont en surnombre et beaucoup sont au chômage, quant aux masseurs-kinésithérapeutes, leur crainte ne reflète pas le présent où, soutenus par le conventionnement avec l'Assurance Maladie, ils conservent une patientèle très nombreuse.

Les intervenants en Activité Physique Adaptée, qui ont obtenu un « Bac + 5 » dans le cadre d'une filière universitaire semblent des concurrents tout aussi réels, si ce n'est davantage. De plus en plus sollicités

dans les établissements, ils ne sont pas des professionnels de santé, mais peuvent néanmoins prendre en charge des patients comme les personnes âgées qui doivent être remobilisées sur la marche, et qui peuvent aussi bien relever des uns que des autres... Reste que les APA ont à la fois un niveau d'études plus élevé et qu'ils sont souvent moins chers que les masseurs-kinésithérapeutes, ce qui peut en effet en faire de redoutables concurrents à court terme.

Des phénomènes de concurrence peuvent encore être repérés en établissements avec les psychomotriciens. Dans le secteur libéral, cette concurrence pourrait davantage venir des sages-femmes (en ce qui concerne la rééducation uro-gynécologique post-partum), des pédicures-podologues pour certaines rééducations du pied... Enfin certains masseurs-kinésithérapeutes investissent les entreprises privées pour y faire de la prévention, au niveau postural notamment, faisant ainsi concurrence, à leur tour, aux ergonomes...

En situation réelle, il arrive tout aussi bien, qu'il y ait concurrence ou partenariat entre les masseurs-kinésithérapeutes et ces différents professionnels, que ce soit en établissement ou en ville : tout dépend du mode d'organisation des masseurs-kinésithérapeutes, du territoire (la sous-dotatation favorisant souvent les collaborations)...

Les esthéticiennes et autres professionnelles du « bien-être » peuvent représenter aussi un risque pour les masseurs-kinésithérapeutes : bien que non soignantes et non remboursées par l'Assurance Maladie, leur positionnement peut leur permettre de capter une clientèle qui était naguère vue par les masseurs-kinésithérapeutes. Et il n'est pas certain que l'interdiction qui leur a été faite d'utiliser le mot « massage » suffise à ancrer cette activité du côté des masseurs-kinésithérapeutes.

Reste les « rebouteux » des zones rurales, concurrents réels peut-être plus nombreux qu'on ne le croit, mais avec qui on ne repère pas de partenariat « officialisé » avec les masseurs-kinésithérapeutes...

### ➤ **Différents profils de masseurs-kinésithérapeutes repérés**

A la croisée des pratiques et aspirations affichées par les masseurs-kinésithérapeutes interviewés, trois grands profils semblent se détacher, qui sont en fait de grandes tendances :

#### ✓ **Les « artisans polyvalents »**

Affirmant l'importance du toucher, du travail manuel, du contact individuel, ils sont attachés au massage et insistent sur le fait que la prise en charge individuelle des patients sur le temps réglementaire (1 patient égale 30 mn) est un gage de qualité. Ces masseurs-kinésithérapeutes considèrent que le massage est véritablement pertinent et utile pour les patients et que les appareils sont souvent un prétexte pour prendre en charge plusieurs patients à la fois, sans que cela soit véritablement justifié. Sans être « anti-machines » (les machines étant jugées utiles face à certains problèmes), ils ne les voient pas comme l'avenir de la profession.

#### ✓ **Les « technophiles »**

Equipés en machines, parfois avec de gros « plateaux techniques », ces masseurs-kinésithérapeutes considèrent que le massage a été survalorisé et qu'il n'a pas l'utilité qu'on lui prête. S'il joue un rôle dans certaines affections précises, et qu'il contribue à détendre les patients, il n'est pas très aidant dans les processus de rééducation. Pour ces professionnels, les machines sont efficaces, pertinentes et permettent des choses que les mains ne peuvent faire. Les machines permettent également de prendre en charge plusieurs patients simultanément, ce qui en soi ne signifie pas une baisse de la qualité des soins.

#### ✓ **Les « spécialistes »**

« Artisans » ou « technophiles », ces masseurs-kinésithérapeutes peuvent aussi bien se spécialiser sur une approche, que sur un public ou un type de problème, une partie du corps. Ainsi, certains interviewés sont spécialisés en ostéopathie, en rééducation de la main, en rééducation des enfants IMC, en kinésithérapie

du sport... Il est d'autant plus facile de se spécialiser que l'on travaille en établissement spécialisé, toutefois cela est également possible en libéral, même s'il est presque impossible de se spécialiser à 100%, et encore moins en zone rurale où la polyvalence est une nécessité.

Cette tendance correspond à la volonté de certains masseurs-kinésithérapeutes à la fois de travailler de manière plus intense dans un domaine de prédilection, mais aussi pour certains, d'obtenir une meilleure reconnaissance, notamment du corps médical.

### ➤ **Perspectives d'avenir pour les masseurs-kinésithérapeutes**

La majorité des masseurs-kinésithérapeutes interviewés est très favorable à un allongement des études de masso-kinésithérapie, jusqu'au niveau Bac + 5, à la fois pour permettre une meilleure valorisation du métier et pour accéder à des recherches universitaires spécifiques dans leur discipline, qui ne soient plus réservées aux médecins, aux doctorants en sciences. Pour certains cela donnera par ailleurs la possibilité d'affiner le contenu des études... Ce niveau plus élevé pourrait aussi faciliter la délégation de tâches des médecins vers les masseurs-kinésithérapeutes, les médecins semblant avoir eux-mêmes de moins en moins de temps pour répondre à toutes les demandes des patients, aller à domicile...

Mais d'autres, convaincus que le métier de masseur-kinésithérapeute est plus « pratique » « qu'intellectuel » s'interrogent sur ce qui pourrait être ajouté au contenu des études...

Cette évolution pourrait mener, comme certains le souhaitent, à des changements structurels, vers un métier de « physiothérapeute » comme cela existe dans d'autres pays européens ou en Amérique du Nord. Le physiothérapeute nord-américain est accessible en première intention, il ne dépend pas entièrement du médecin pour la prescription et peut poser un diagnostic propre. Par ailleurs, il peut être secondé par un « technicien », ayant un niveau d'études inférieur (bac + 3), qui réalise notamment les massages. Si ce modèle séduit fortement certains masseurs-kinésithérapeutes français, il est rejeté par d'autres qui ne voient pas l'intérêt de créer plusieurs niveaux de sortie d'études, ce qui risquerait d'après eux de générer des déséquilibres et des tensions, sans apporter de plus-value réelle aux patients.

Au-delà de la question d'un niveau d'étude plus élevé, qui pourrait changer voire bouleverser le fonctionnement de la profession, d'autres évolutions semblent probables du fait de l'augmentation et du renouvellement des besoins des patients. Les évolutions de la chirurgie (orthopédie, cancérologie, neurologie), entraînent des besoins en rééducation importants que les masseurs-kinésithérapeutes vont certainement prendre de plus en plus en charge, probablement à domicile, ou en cabinet, les temps d'hospitalisation se réduisant. Par ailleurs, les personnes victimes d'AVC, d'accidents divers, sont de plus en plus en plus orientées vers la masso-kinésithérapie pour recouvrer tout ou partie de leurs fonctions motrices.

Malgré ces perspectives, certains masseurs-kinésithérapeutes expriment des craintes quant à l'avenir. Au-delà de l'augmentation de leur densité en France et en Rhône-Alpes, certains redoutent que l'Assurance Maladie ne remette de plus en plus en question l'utilité et l'efficacité de la masso-kinésithérapie, jusqu'à remettre en cause le remboursement des actes. D'autres estiment qu'une intensification de la concurrence avec d'autres professionnels, comme les APA ou les ostéopathes notamment est possible, sans compter l'arrivée de jeunes masseurs-kinésithérapeutes formés à l'étranger...

Reste qu'aujourd'hui, le spectre du chômage semble relativement lointain pour des professionnels qui doivent régulièrement refuser des demandes de prises en charge.

### ➤ **Le regard des personnes-ressources**

Si certains masseurs-kinésithérapeutes, et sans doute les para-médicaux plus globalement, font le constat que les médecins sont de plus en plus « débordés » et qu'ils n'ont plus autant de temps à consacrer à chaque patient, aux visites à domicile, ce qui devrait encourager la délégation de tâche, afin d'optimiser la prise en charge des patients, les médecins eux-mêmes ne semblent pas faire le même constat.

Aujourd'hui, ils en conviennent, le temps leur manque pour les patients, mais ce temps leur a en quelque sorte été « volé » par l'accroissement des tâches administratives dont ils doivent s'acquitter, qui sont anormalement élevées et qui les ont éloignés de leur cœur de métier. Si des solutions efficaces sont mises en œuvre pour que le temps perdu en tâches administratives soit retrouvé et redirigé vers les patients, la question de la délégation de tâche se posera différemment. La redéfinition du rôle de médecin traitant dans le sens d'un recentrement des médecins sur leur métier devrait donc impacter aussi le travail des para-médicaux dont les masseurs-kinésithérapeutes, pour qui la perspective de la délégation de tâches sera peut-être une piste qui va se rétrécir.

Au-delà, le développement des regroupements pluriprofessionnels, comme par exemple les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles va aussi changer la donne. Ces regroupements vont faciliter les partenariats, les collaborations... Encore faut-il les soutenir et que l'on progresse sur la question du partage des locaux, de leur transmission, du format adapté aux regroupements en zones urbaines, ....

Le renforcement du partenariat entre médecins et masseurs-kinésithérapeutes, sera également facilité si les opportunités de temps de mixité au moment de la formation initiale s'accroissent et si les outils de communication et d'information interprofessionnels se développent.

Enfin, les personnes-ressources, médecins généralistes, spécialistes ou associations de patients insistent à la fois sur l'utilité et la pertinence de la masso-kinésithérapie et la nécessité de privilégier les patients ayant des problèmes de santé, sur les personnes recherchant avant tout des soins de confort. Ainsi, les paralysés, les personnes victimes d'AVC, de traumatismes crâniens, etc. ont trop souvent des difficultés à se faire prendre en charge par des masseurs-kinésithérapeutes. « Tri » des patients, évitement des patients « lourds », tendance au déconventionnement font craindre à certains que les masseurs-kinésithérapeutes ne se détournent peu à peu de tous ces patients qui ont urgemment besoin d'eux, et qui seraient alors pris en charge par des non professionnels de santé... Le recentrement sur ces patients serait néanmoins facilité, tous en conviennent, si les actes et les cotations étaient réévalués et mieux ajustés au travail réel qu'implique la prise en charge de certains patients.

Un allongement de la durée des études et l'atteinte du niveau Bac + 5 peut sembler pertinent et pourrait effectivement permettre de développer certaines dimensions actuellement un peu courtes dans la formation initiale... Mais peu de personnes-ressources sont favorables au modèle « nord-américain » avec des niveaux de sortie d'études différents, dont elles ne voient pas l'utilité concrète.

Enfin, comme les masseurs-kinésithérapeutes eux-mêmes, les personnes-ressources repèrent des besoins en accroissement : prise en charge post-chirurgicale (notamment concernant les articulations, certains cancers, ...), kinésithérapie respiratoire (nourrissons, patients BPCO), ...

Si la demande hors conventionnement augmente elle-aussi (ostéopathie, bien-être, kiné du sport, ...) et représente aussi un champ d'avenir pour les masseurs-kinésithérapeutes, les personnes-ressources rappellent et insistent sur la nécessité de conserver les patients au centre des missions et de la pratique des masseurs-kinésithérapeutes, car leurs besoins sont réels, importants et en accroissement et ce, quels que soient les territoires.

# Pistes de réflexion

---

A environnement et comportements constants (règlementation, formation, emploi à l'hôpital, motivations à l'installation, mobilités internationales...), si la densité des masseurs-kinésithérapeutes libéraux augmente d'ici 2025, comme les projections démographiques le laissent prévoir, il se peut que :

- les patients aient globalement, demain, un meilleur accès aux masseurs-kinésithérapeutes, sans pour autant que cela ne résolve complètement les inégalités d'accès à ces professionnels. En effet, il se pourrait que les urbains et péri-urbains aient demain un excellent accès aux masseurs kinésithérapeutes, mais que les besoins des ruraux en zones sous dotées ne demeurent très supérieurs à l'offre locale.

Par ailleurs, si la densité démographique des masseurs-kinésithérapeutes augmente, mais que la tendance au déconventionnement se confirme, il n'est pas certain que les patients ayant les problèmes de santé les plus sévères (et les plus complexes et chronophages à traiter) soient beaucoup plus facilement pris en charge qu'ils ne le sont aujourd'hui.

- les situations de concurrence entre masseurs-kinésithérapeutes et avec d'autres professions (ostéopathes, APA, esthéticiennes,...) soient aggravées, notamment dans les zones urbaines et périurbaines, tout particulièrement sur le registre des massages, du traitement de certaines douleurs ou « blocages » (sans origine pathologique), de la remobilisation à la marche.

Face à cette croissance démographique probable, à ce risque d'augmentation des situation de concurrence et de confusion entre différentes compétences professionnelles, qui ne résoudront pas pour autant toutes les difficultés d'accès des patients, il est difficile d'envisager des solutions qui soient exclusivement Rhône-alpines, et des changements à un niveau national seraient probablement indispensables.

Différentes possibilités ont cependant été exprimées par les personnes interviewées, qui prolongent les enseignements tirés de la synthèse bibliographique, et qui peuvent se décliner comme suit :

## **1/ Réguler l'entrée dans la carrière et l'installation des nouveaux masseurs-kinésithérapeutes**

- Par une réduction des quotas d'étudiants admis dans les écoles de masseurs-kinésithérapeutes en Rhône-Alpes, et peut-être en France, qui réduirait automatiquement la progression démographique
- Par l'instauration d'un numérus clausus à l'installation qui s'appliquerait à tous les diplômés (y compris les diplômés à l'étranger), qui limiterait de manière ferme l'installation de masseurs-kinésithérapeutes dans les zones déjà bien dotées, ce qui éviterait l'aggravation des situations de concurrence, et favoriserait l'installation dans des zones en souffrance, en rééquilibrant ainsi l'offre sur l'ensemble du territoire régional. Ce type de numérus clausus existe déjà pour les pharmaciens et pour les infirmiers, et il semble constituer une réponse sérieuse, même si elle n'est pas absolue, aux phénomènes de sous-dotation.

- Etant donné la réglementation européenne il est aujourd'hui inenvisageable de limiter l'exercice en France et en Rhône-Alpes des jeunes à diplômés européens, mais il serait possible de leur appliquer le même numérus clausus à l'installation qu'aux diplômés en France, ce qui serait certainement un facteur de régulation, les diplômés à l'étranger étant pour l'instant aussi peu attirés par le rural que leurs homologues à diplôme français.

## **2/ Faire progresser la connaissance en matière d'efficacité et de pertinence des soins en masso-kinésithérapie**

Afin d'affiner, d'épurer et de préciser de manière scientifique l'apport de la masso-kinésithérapie sur des problèmes de santé identifiés, il semble, comme beaucoup le pensent, indispensable de développer une recherche indépendante et propre aux masseurs-kinésithérapeutes. Même si la démarche est complexe et demeurera sans cesse en mouvement (les connaissances évoluant, comme pour n'importe quelle discipline), cela contribuera à clarifier les spécificités de la masso-kinésithérapie, pour les médecins et les patients, par rapport au travail des ostéopathes exclusifs, des APA et d'autres professionnels de santé (ergonomes, psychomotriciens, ...). Néanmoins cette perspective concernant probablement le long terme, il serait souhaitable que les recherches déjà effectuées en physiothérapie, au moins dans les pays francophones (Canada/Québec, Belgique, Suisse) et anglophones (USA, Grande-Bretagne, Canada), soient mieux connues, traduites, diffusées en France et que chacun puisse se les approprier pour comprendre et défendre la spécificité (et la solidité) des apports de la masso-kinésithérapie, qui deviendra peut-être aussi un jour en France la physiothérapie.

Dans cette logique, la collaboration et le partenariat entre les masseurs-kinésithérapeutes intervenant en hôpital, en centres de rééducation, et en SSR et les masseurs-kinésithérapeutes exerçant en libéral sera précieuse : l'expérience des uns et des autres pouvant alors se potentialiser de manière formalisée, écrite et diffusable.

Le développement d'échanges scientifiques formels, de recherche de points de consensus, entre masseurs-kinésithérapeutes et médecins généralistes et spécialistes (chirurgie orthopédique, pathologies respiratoires, cancers, ...), serait également un atout pour sortir du « flou » ou de la confusion qui s'installe parfois à la croisée des différentes définitions que chacun donne de sa profession (ostéopathes exclusifs, APA, etc.)

Ainsi, l'appréhension des nouveaux besoins des patients, et de l'accroissement de ces besoins pourra se faire de manière sécurisée, transparente et compréhensible par les patients, comme par l'ensemble des professionnels de santé. Nouveaux besoins qui seront donc bien repérés et pris en charge du fait de l'accroissement de la densité des masseurs-kinésithérapeutes.

## **3/ Redéfinir les champs d'intervention des différents professionnels de santé, dont les masseurs-kinésithérapeutes**

La définition du rôle et des missions de chacun est déjà donnée dans le Code de la santé publique. Néanmoins, il serait peut-être utile de travailler à re-détailler certaines techniques et à clarifier certains gestes, notamment pour sortir d'une éventuelle tension entre tenants des « massages à l'ancienne » et tenants des « machines » parmi les masseurs-kinésithérapeutes. Chaque espace de flou et de tension pouvant être interprété comme un manque de scientificité par les médecins et par les patients, et pouvant être porteur d'une concurrence vide de sens entre masseurs-kinésithérapeutes, et avec d'autres professions. Réduire le flou et améliorer le consensus sur les différentes techniques utilisées ne peut que contribuer à bien distinguer et à ancrer les masseurs-kinésithérapeutes comme professionnels de santé totalement spécifiques

## **4/ Redonner une place prépondérante aux patients complexes dans le cadre de l'activité conventionnée**

La « fuite » vers l'activité déconventionnée, si elle représente une sérieuse perspective en termes de rémunération, constitue de même un risque sérieux de s'éloigner des orientations sanitaires données en France par les ministères successifs, de sortir du cadre de l'Assurance Maladie, et de se retrouver, *in fine*, sur « l'autoroute » de la concurrence avec les APA, les esthéticiennes et autres professionnels du bien-

être. Ce qui ne fera qu'amplifier la concurrence qui pourrait résulter de la croissance de la densité des masseurs-kinésithérapeutes.

Il semble donc indispensable de bien ré-ancrer la profession du côté de la pathologie, et des patients complexes (qui ne parviennent pas toujours à être pris en charge, et qui restent en souffrance avec leur pathologie, et ce encore plus dans les zones sous dotées), afin de demeurer une profession de santé, aujourd'hui reconnue comme indispensable par les médecins spécialistes et généralistes.



# ANNEXES

**Bibliographie**

**Guide d'entretien**

## Bibliographie

Ouvrages utilisés pour la synthèse bibliographique

1. ONDPS. Analyse des professions : insuffisance rénale chronique, masseur-kinésithérapeute. Tome 2. 2009 [cité 3 déc 2014]. Disponible sur : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/tome2\\_Analyse\\_professions\\_insuffisance\\_renale\\_chronique\\_masseur\\_kine.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/tome2_Analyse_professions_insuffisance_renale_chronique_masseur_kine.pdf)
2. Lemery B, Fiet C, Navillon B. Besoins en masseurs-kinésithérapeutes dans la région Bourgogne. Observatoire Régional de la Santé Bourgogne; janv 2006 [cité 3 déc 2014]. Disponible sur : <http://www.ors-bourgogne.org/wp-content/plugins/google-document-embedder/load.php?d=http%3A%2F%2Fwww.ors-bourgogne.org%2F%2Fwp-content%2Fuploads%2F2013%2F09%2F89.pdf>
3. ARS Rhône-Alpes. Complément SROS ambulatoire, volet 2 - l'offre de premier recours. 2012 [cité 4 déc 2014]. Disponible sur: [http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/RA/Direc\\_effic\\_offre\\_soins/Organ\\_regul\\_offre\\_soins/Ambulatoire/SROS\\_Ambu/2\\_ComplementSROSambulatoire\\_internet\\_offre1errecours\\_25012012.pdf](http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/RA/Direc_effic_offre_soins/Organ_regul_offre_soins/Ambulatoire/SROS_Ambu/2_ComplementSROSambulatoire_internet_offre1errecours_25012012.pdf)
4. Coldefy M, Com-Ruelle L, Lucas-Gabrielli V. Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine. Questions d'économie de la santé. avr 2011 [cité 9 déc 2014]; (164). Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes164.pdf>
5. Viez M-C. Etat des lieux chiffré de la formation et de la population en exercice des masseurs-kinésithérapeutes diplômés d'Etat. Note documentaire. FHP; mars 2011 [cité 9 déc 2014]. Disponible sur: [http://www.fhp.fr/fichiers/20111220110302\\_16843P2.pdf](http://www.fhp.fr/fichiers/20111220110302_16843P2.pdf)
6. ARS Rhône-Alpes. Etat des lieux de la profession de masseurs-kinésithérapeutes en région Rhône-Alpes. juill 2014 [cité 9 déc 2014]. Disponible sur : [http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/RA/Direc\\_effic\\_offre\\_soins/Prof\\_sante\\_qualite\\_perf/Acrobat/ORDPS/Etudes/20141015\\_DEO\\_S\\_PRPS\\_Masseurskine.pdf](http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/RA/Direc_effic_offre_soins/Prof_sante_qualite_perf/Acrobat/ORDPS/Etudes/20141015_DEO_S_PRPS_Masseurskine.pdf)
7. ARS Rhône-Alpes. Etat des lieux des postes vacants des professions d'aide médico-psychologique, d'aide-soignant, de manipulateur d'électroradiologie médicale, d'ergothérapeute, de masseur-kinésithérapeute, de psychomotricien, d'infirmier, d'infirmier anesthésiste (IADE), d'infirmier de bloc opératoire (IBODE), d'infirmier puériculteur, de cadre de santé. 2013 [cité 5 déc 2014]. Disponible sur : [http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/RA/Direc\\_effic\\_offre\\_soins/Prof\\_sante\\_qualite\\_perf/Acrobat/ORDPS/Etudes/20130905\\_Enquete\\_Postes\\_vacants\\_Juin2013.pdf](http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/RA/Direc_effic_offre_soins/Prof_sante_qualite_perf/Acrobat/ORDPS/Etudes/20130905_Enquete_Postes_vacants_Juin2013.pdf)
8. Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière. Etude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière : monographie de masseur kinésithérapeute. oct 2008 [cité 8 déc 2014]. Disponible sur: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/monographie\\_mk-2.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/monographie_mk-2.pdf)
9. FNEK. Guide du jeune masseur kinésithérapeute diplômé d'Etat. Edition 2014. 2014 [cité 5 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.fnek.fr/sites/default/files/GJMKDE%20final.pdf>
10. FFMKR. La kinésithérapie au 1er janvier 2014. juill 2014 [cité 9 déc 2014]. Disponible sur: [http://www.ffmkr.org/upload/ressources/divers/chiffres\\_de\\_la\\_kine/note\\_mk\\_au\\_1er\\_janvier\\_2014.pdf](http://www.ffmkr.org/upload/ressources/divers/chiffres_de_la_kine/note_mk_au_1er_janvier_2014.pdf)
11. Lardry J-M. La kinésithérapie : une profession en mouvement ? Kinésithérapie, la Revue. avr 2014; 14(148):1-2
12. Bonnal C, Matharan J, Micheau J. La prescription de masso-kinésithérapie par les médecins généralistes et rhumatologues libéraux. Observatoire National de la Démographie des Professions

- de Santé; déc 2009 [cité 11 déc 2014]. Disponible sur: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/La\\_prescription\\_de\\_masso-kinesitherapie\\_par\\_les\\_medecins\\_generalistes\\_et\\_rhumatologues\\_liberaux\\_.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/La_prescription_de_masso-kinesitherapie_par_les_medecins_generalistes_et_rhumatologues_liberaux_.pdf)
13. Matharan J, Micheau J, Rigal E. Le métier de masseur-kinésithérapeute. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé; sept 2009 [cité 3 déc 2014]. Disponible sur: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ONDPS\\_etude\\_masseur-kinesitherapeute.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ONDPS_etude_masseur-kinesitherapeute.pdf)
  14. Groupe Randstad. Les infirmiers anesthésistes ont les plus hauts salaires, les préparateurs en pharmacie, ceux qui progressent le plus. Deuxième édition du Baromètre Appel Médical des salaires de la santé. L'Appel médical; mai 2013 [cité 9 déc 2014]. Disponible sur: <http://www.egora.fr/sites/default/files/CP%20Barome%CC%80tre%20Appel%20Me%CC%81dical%202013.pdf>
  15. Sicart D. Les professions de santé au 1er janvier 2014. Document de travail DREES. juin 2014 [cité 3 déc 2014]; (189). Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt-statistiques-189.pdf>
  16. Remondiere R. L'information du patient en kinésithérapie: une obligation aux multiples facettes. Les Tribunes de la santé. janv 2014; (42):57-63
  17. Rochut J. Métiers de la rééducation : des professionnels toujours plus nombreux. Etudes et résultats. oct 2014; (895):6. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er895.pdf>
  18. Barlet M, Collin C, Bigard M, Levy D. Offre de soins de premier recours : proximité ne rime pas toujours avec accessibilité. Etudes et résultats. oct 2012 [cité 4 déc 2014]; (817). Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er817.pdf>
  19. ARS Rhône-Alpes. Schéma régional d'organisation des soins Rhône-Alpes.; nov 2012 [cité 9 déc 2014] p. 25-6. Disponible sur: [http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/RA/Direc\\_strategie\\_projets/PRS\\_Programmes\\_CNP/prs\\_maj\\_072013/20130709\\_DSPRO\\_SR\\_OS.pdf](http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/RA/Direc_strategie_projets/PRS_Programmes_CNP/prs_maj_072013/20130709_DSPRO_SR_OS.pdf)
  20. Farrugia A. Troubles musculosquelettiques et rachialgies chez les masseurs-kinésithérapeutes en France : Enquête nationale auprès de 1344 cas. Université Louis Pasteur, Strasbourg; 2006. Disponible sur: <http://www.smtefc.org/jfsst2007/prespdf/V11h15GONZALEZ.pdf>
  21. Les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé communication à la commission des affaires sociales du sénat. Juin 2014 [cité 9 févr 2015]. Disponible sur: [http://www.ccomptes.fr/content/download/71027/1884554/version/2/file/20140715\\_relations\\_conventionnelles\\_assurance\\_maladie\\_professions\\_liberales\\_sante.pdf](http://www.ccomptes.fr/content/download/71027/1884554/version/2/file/20140715_relations_conventionnelles_assurance_maladie_professions_liberales_sante.pdf)
  22. L'ostéopathie à l'heure du grand ménage ? Le Quotidien du médecin. 22 janv 2015 ; 9380 :2-3
  23. Réforme de la formation initiale des masseurs-kinésithérapeutes. Organisations représentants la masso-kinésithérapie; oct 2014 [cité 11 mars 2015]. Disponible sur: [http://kinedoc.org/Kinedoc-war/KinedocDownloadDocument.do?nomFichierUser=reforme\\_des\\_etudes\\_octobre\\_2014.pdf&uri=f6c95bc5-5616-49e9-9fc2-7d6a1601551d.pdf](http://kinedoc.org/Kinedoc-war/KinedocDownloadDocument.do?nomFichierUser=reforme_des_etudes_octobre_2014.pdf&uri=f6c95bc5-5616-49e9-9fc2-7d6a1601551d.pdf)
  24. Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes. Evolutions de l'exercice de la masso-kinésithérapie. 2012. [cité 12 mars 2015]; Disponible sur: <http://publications.ordremk.fr/wp-content/uploads/2013/01/Evolutions-de-lexercice-de-la-masso-kin%C3%A9sith%C3%A9rapie-27-Sept-2012.pdf>
  25. 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 renouvelés. 2010 [cité 12 mars 2015]; Disponible sur: [http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2011/02/Repondre\\_besoins\\_sante\\_formation\\_renovée\\_r.final\\_VCP.pdf](http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2011/02/Repondre_besoins_sante_formation_renovée_r.final_VCP.pdf)
  26. FNEK. Coût des études en Kinésithérapie. Edition 2013-2014. 2014 [cité 12 mars 2015]; Disponible

sur: <http://www.fnek.fr/sites/default/files/cout%20des%20etudes%202013.pdf>

27. FNEK. Communiqué de Presse du 2 mars 2015. Réforme des études de kinésithérapie : Plus que les paroles, le gouvernement doit acter ! 2015 [cité 12 mars 2015]; Disponible sur: [http://www.fnek.fr/sites/default/files/CDP%20StopPCB\\_0.pdf](http://www.fnek.fr/sites/default/files/CDP%20StopPCB_0.pdf)
28. Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie. 2007 [cité 12 mars 2015]; Disponible sur: <http://legifrance.gouv.fr/eli/decret/2007/3/25/SANH0721330D/jo/texte>
29. Décret n° 2014-367 du 24 mars 2014 relatif à la formation des chiropracteurs et à l'agrément des établissements de formation en chiropraxie. 2014 [cité 12 mars 2015]; Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028775083>
30. Base reflet du Céreq [cité 12 mars 2015] ; Disponible sur: <http://mimosa.cereq.fr/reflet/>
31. Bournot M-C, Goupil M-C, Tuffreau F. Conditions d'exercice et activité des masseurs-kinésithérapeutes libéraux des Pays de la Loire. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice des masseurs-kinésithérapeutes libéraux des Pays de la Loire. Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire; avril 2014 [cité 3 déc 2014]. Disponible sur: [http://www.santepaysdelaloire.com/fileadmin/documents/ORS/ORS\\_pdf/PanelCHIK/2014\\_rapport\\_Panel\\_MK.pdf](http://www.santepaysdelaloire.com/fileadmin/documents/ORS/ORS_pdf/PanelCHIK/2014_rapport_Panel_MK.pdf)
32. Haute Autorité de Santé. Prise en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune : modalités de prescription; mai 2005 [cité 12 mars 2015]; Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Lombalgie\\_2005\\_rap.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Lombalgie_2005_rap.pdf)
33. AMELI. [Internet]. [cité 9 févr 2015]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/>
34. Ostéopathes et chiropracteurs : les organisations professionnelles déclarées représentatives par le ministère en 2014. [cité 12 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/osteopathes-et-chiropracteurs-les-organisations-professionnelles-declarees-representatives-par-le-ministere-en-2014.html>

## Guide d'entretien individuel

### Etude URPS masseurs-kinésithérapeutes

*Ce document constitue un support pour orienter l'entretien et obtenir les informations telles que définies dans les objectifs de l'étude. Il ne s'agit en aucun cas d'un questionnaire, et sera, en situation réelle de discussion, adapté à la verbalisation des individus (rythme et forme de verbalisation des individus, ...).*

## Présentation des objectifs de l'étude.

---

L'ORS Rhône-Alpes est une association de loi 1901, faisant partie du réseau des ORS de France : il y a un ORS par région et leur mission est de réaliser des études de santé publique à des échelles régionales et infrarégionales. Ces études, épidémiologiques et statistiques ou qualitatives, sont produites à la demande de collectivités locales (Région, département, communes, ...), de l'Agence Régionale de santé ou d'autres organismes tels les URPS.

La présente étude, répondant à la commande de l'URMK, à pour objectif de repérer les évolutions à venir concernant la démographie des masseurs-kinésithérapeutes, à l'horizon 2025 les besoins de la patientèle et l'impact de ces évolutions sur les conditions d'exercice des masseurs-kinésithérapeutes.

## 1/ Eléments signalétiques

---

- Sexe
- Age
- Année d'obtention du diplôme et lieu d'obtention du diplôme
- Année de démarrage d'exercice

## 2/ Parcours professionnel

---

2.1 Pour quelle(s) raison(s) avez-vous choisi ces études, cette profession ?

2.2 Qu'est-ce qui a été facile, difficile, au moment où vous avez démarré votre carrière professionnelle et pourquoi ?

- \* Se faire connaître des médecins prescripteurs ?
- \* Se faire connaître des patients ?
- \* Trouver un local adapté ?
- \* Gérer une situation de concurrence locale (sur-dotation de la zone) ?
- \* Gérer une situation de désertification (sous-dotation de la zone) ?
- \* Passer de la théorie à la pratique, s'adapter aux patients ?

2.3 Quelles sont les grandes étapes de votre parcours professionnel et qu'elles sont d'après-vous les évolutions marquantes que vous avez connu ?

- \* Au niveau technique :
  - abandon ou acquisition de nouvelles pratiques de soin ?
  - évolution médecine du sport ?
  - évolution soins de suite et de réadaptation ?
  - évolution de traitements –ex : bronchiolite du nourrisson - ... ?
  - en lien avec la montée en puissance des ostéopathes ?
  - en lien avec le développement des techniques de bien-être ?
  - place des traitements médicamenteux, psychologiques, ...?
- \* Au niveau de la patientèle, de ses attentes et besoins (vieillesse, handicap, pathologies, mode de vie, ...?)
- \* Au niveau des pratiques d'adressage des médecins prescripteurs ?
- \* Au niveau des relations avec les confrères (collaborations, partenariat, concurrence, ...) ?
- \* Au niveau économique (remboursement des actes par la sécurité sociale, par les mutuelles, cotation et définition des actes, ...)
- \* Au niveau administratif
- \* Au niveau du rythme de travail et des relations avec les patients ?

\* Au niveau du lieu d'exercice : en quoi et comment le territoire d'exercice influe-t-il sur la pratique professionnelle ?

2.4 Avez-vous déjà songé à changer de métier ou de mode d'exercice (salarial, ..) et pourquoi ?

2.5 Aujourd'hui quels sont, d'après vous, les éléments positifs ou négatifs dans le métier de masseur-kinésithérapeute, tel que vous le pratiquez et pourquoi ?

- \* Au plan technique ?
- \* Au plan des conditions de travail ?
- \* Au plan de la rémunération ?
- \* ... ?

2.6 En tant que masseur-kinésithérapeute, comment envisagez-vous votre avenir professionnel dans les 10 prochaines années, et éventuellement au-delà ?

- \* Qu'est-ce qui sera plus facile, agréable, intéressant dans les années à venir ?
  - Au plan technique ?
  - Au plan des conditions de travail ?
  - Au plan de la rémunération ?
  - ... ?
- \* Qu'est-ce qui sera plus difficile, pénible, contraignant dans les années à venir ?
  - Au plan technique ?
  - Au plan des conditions de travail ?
  - Au plan de la rémunération ?
  - ... ?
- \* Comment pensez-vous vous adapter aux évolutions que vous entrevoyez ?
- \* Qu'attendez-vous des pouvoirs publics, de l'URPS par rapport à ces évolutions ?

2.7 En tant que masseur-kinésithérapeute en exercice, que recommanderiez-vous aux jeunes qui débutent leurs études de masseurs-kinésithérapeutes ou qui viennent de démarrer leur vie professionnelle ?

#### **Fin de l'entretien**

Remerciements à l'interviewé

Pour l'accès aux résultats de l'étude contacter l'URMK-Rhône-Alpes :

[contact@urmk-ra.org](mailto:contact@urmk-ra.org)

Publication probable sur le site de l'ORS début de l'été 2015 :

<http://www.ors-rhone-alpes.org/>