Avertissement

Ce document est le fruit d'un long travail et a été validé par l'auteur et son directeur de mémoire en vue de l'obtention de l'UE 28, Unité d'Enseignement intégrée à la formation initiale de masseur kinésithérapeute.

L'IFMK de Nancy n'est pas garant du contenu de ce mémoire mais le met à disposition de la communauté scientifique élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : secretariat@kine-nancy.eu

Liens utiles

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F23431

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

RÉGION GRAND-EST

INSTITUT LORRAIN DE FORMATION DE MASSO-KINÉSITHÉRAPIE DE NANCY

ÉTAT DES LIEUX DE LA FORMATION CONTINUE DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES DE LA RÉGION GRAND-EST EN 2018

Mémoire présenté par **Antoine PERROS**,

étudiant en 4ème année de masso-

kinésithérapie, en vue de l'obtention du

Diplôme d'État de Masso-Kinésithérapie

UE 28 - MÉMOIRE
DÉCLARATION SUR L'HONNEUR CONTRE LE PLAGIAT

Je soussigné(e), **Antoine PERROS**

Certifie qu'il s'agit d'un travail original et que toutes les sources utilisées ont été indiquées dans leur totalité. Je certifie, de surcroît, que je n'ai ni recopié ni utilisé des idées ou des formulations tirées d'un ouvrage, article ou mémoire, en version imprimée ou électronique, sans mentionner précisément leur origine et que les citations intégrales sont signalées entre guillemets.
Conformément à la loi, le non-respect de ces dispositions me rend passible de poursuites devant le conseil de discipline de l'ILFMK et les tribunaux de la République Française.

Fait à Nancy, le **29/04/2019**

Signature

ÉTAT DES LIEUX DE LA FORMATION CONTINUE DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES DE LA RÉGION GRAND-EST EN 2018

Introduction : La formation continue est une obligation légale en France et des aides au financement sont possibles par les organismes DPC et FIF-PL. Face au manque de données, nous avons voulu connaitre les formations les plus réalisées par les masseurs-kinésithérapeutes (MK) du Grand-Est, leurs motivations, critères de choix et contraintes rencontrées, pour mettre en lumière les disparités au sein des MK.

Matériel et méthodes : Un questionnaire électronique a été envoyé aux MK libéraux du Grand-Est par le biais de l'URPS et de la FFMKR. Les MK salariés furent contactés par courriel au service de rééducation où ils exercent. Les réponses furent réceptionnées du 30 octobre 2018 au 1er mars 2019.

Résultats : 405 MK ont répondu (9,8% de la population). 77% sont formés en thérapie manuelle. La « bronchiolite » (36,5%), « le k-taping » (34,5%) et « la prise en charge de l'épaule » (33,8%) sont les formations les plus suivies. Les femmes se forment plus que les hommes en pelvipérinéologie. Les salariés se forment plus que les libéraux en « gestes et soins d'urgence » et « neurologie ». 13,3% ont réalisé une formation universitaire. Les MK suivent en moyenne 4,51 formations tous les 5 ans, un chiffre supérieur chez les femmes et les libéraux. Leur motivation principale est de gagner en compétences, leurs critères de choix principaux sont « l'envie personnelle » et « l'applicabilité dans la pratique », la contrainte principale est « le manque de temps ».

Discussion / Conclusion : Les MK semblent effectuer des formations selon les besoins en santé publique et les difficultés rencontrées lors des prises en charge. Les spécificités de genre ainsi que les besoins des patients sont aussi déterminants dans leur parcours de formation. Ces résultats pourraient refléter un manque de formation dans les IFMK.
Les MK sont volontaires et se forment de façon conséquente et variée, malgré des barrières temporelles et organisationnelles. D'autres études pourraient analyser la relation entre la quantité et la qualité des formations réalisées, ainsi que la place et l'impact de la formation initiale quant aux choix de formation continue des MK.

Mots clés : DPC, état des lieux, formation continue, masso-kinésithérapie

---

STATE OF PLAY OF FRENCH PHYSIOTHERAPISTS' CONTINUING EDUCATION OF THE REGION GRAND-EST IN 2018

Introduction: Continuing education (CE) is a legal obligation in France and financial aids from the organisms "DPC" and "FIF-PL" are possible. Because of a lack of data, we wanted to figure out which courses were the most followed by physiotherapists (PTs) of the region Grand-Est, their motivations, criteria of choice and coercions, in order to highlight the disparities among PTs.

Methods: An online questionnaire was sent to private practitioners of Grand-Est through URPS and FFMKR 's mailing lists. Employed PTs received it through an e-mail sent to their head of department. The answers were received form October 30th 2018 to March 1st 2019.

Results: 405 PTs answered (9,8% of the population). 77% followed manual therapy's continuing courses. "bronchiolitis" (36,5%), "Kinesiology-Tape" (34,5%) and "shoulder rehabilitation" (33,8%) are the most taken courses. Women follow more uro-gynecology courses than men. Employees take more "emergency cares" and "neurology" courses than private practitioners. 13,3% followed a university diploma. PTs undertake an average of 4,51 courses every 5 years, women's and private practitioners' average being higher. They are mainly motivated by gaining skills, their main criteria to choose a course are "personal desire" and "practical use", the main coercion is the "lack of time".

Discussion / Conclusion: PTs seem to take courses according to public health needs and the difficulties encountered during rehabilitation. Gender specificities and patients' needs also determine their continuing education career. These results could be the reflection of a lack of initial training.
PTs are volunteer and take courses in a consequent and varied way, despite time-related and organisational obstacles. Further studies might analyse the relationship between the quantity and the quality of courses taken by PTs, as well as the role and the impact of the initial training towards their choice of continuing education.

Key words: DPC, state of play, continuing education, physiotherapy,

Table des matières

1. INTRODUCTION 1

1.1. La formation continue 1

1.2. La législation autour de la formation continue en France 2

1.3. Les différentes actions de formation 4

1.4. Les aides financières à la formation continue 5

1.4.1. Le Développement Professionnel Continu 6

1.4.2. Le Fond Interprofessionnel de Formation des Professionnels Libéraux 7

1.5. Données statistiques sur la formation continue 8

1.5.1. État des lieux en France 8

1.6. Efficacité de la formation continue 9

1.7. Problématique 10

2. MATÉRIEL ET MÉTHODE 12

2.1. Élaboration du questionnaire 12

2.1.1. Renseignements administratifs 12

2.1.2. Questions concernant les formations réalisées 12

2.1.3. Questions concernant les motivations et les contraintes 13

2.2. Phase de pré-test du questionnaire 14

2.3. Diffusion du questionnaire 14

2.3.1. Diffusion aux masseurs-kinésithérapeutes libéraux 14

2.3.2. Diffusion aux masseurs-kinésithérapeutes salariés 14

2.4. Méthode d'analyse descriptive et statistique 15

2.5. Stratégie de recherche documentaire 15

3. RÉSULTATS 16

3.1. Présentation des répondants 16

3.2. Thèmes de formation les plus suivis 20

3.3. Formations les plus réalisées 22

3.4. Nombre de formations réalisées 25

3.5. Les formations universitaires 27

3.5.1. Diplômes Universitaires (D.U) ou Inter-Universitaires (D.I.U) 27

3.5.2. Les formations Licence-Master-Doctorat 28

3.6. Volonté, choix et contraintes de formation 29

3.6.1. Facteurs concernant l'envie de se former 29

3.6.2. Facteurs influençant le choix de formation 29

3.6.3. Facteurs contraignant les masseurs-kinésithérapeutes dans la volonté de se former 30

4. DISCUSSION 31

4.1. Biais 31

4.1.1. Biais méthodologiques 31

4.1.2. Biais sociétaux et affectifs 33

4.2. Représentativité de la population 33

4.3. Comparaison avec la littérature 34

4.4. Évaluation des Pratiques Professionnelles 34

4.5. Les formations les plus réalisées 35

4.5.1. Les 3 formations les plus réalisées 35

4.5.2. La pelvipérinéologie, une question de genre 39

4.5.3. Les thérapies manuelles 40

4.5.4. Les masseurs-kinésithérapeutes salariés 42

4.6. Nombre de formations réalisées 43

4.7. Discussion des motivations et des contraintes 44

4.7.1. Motivations pour se former 44

4.7.2. Critères de choix de formation 45

4.7.3. Contraintes à la formation 47

4.8. Lien avec la formation initiale 48

5. CONCLUSION 49

BIBLIOGRAPHIE 51

ANNEXES 59

Table des illustrations

Figure 1: graphique présentant le pays d'obtention du D.E 16
Figure 2 : graphique présentant la ville d'obtention du D.E. des MK formés en France 17
Figure 3: graphique présentant l'année moyenne d'obtention du D.E. en fonction du genre et du type d'activité..... 17
Figure 4 : graphique présentant la corrélation entre l'année d'obtention du D.E et le nombre de MK répondants..... 18
Figure 5 : graphique présentant la répartition des MK selon leur type d'activité..... 19
Figure 6 : graphique présentant la répartition des MK selon leur département d'exercice ... 19
Figure 7 : graphique présentant la répartition des MK selon la taille de leur ville d'exercice 20
Figure 8 : graphique présentant les thèmes de formation statistiquement plus réalisés par les MK hommes ou les MK femmes..... 21
Figure 9 : graphique présentant les thèmes de formation statistiquement plus réalisés par les MK libéraux ou les MK salariés 21
Figure 10 : graphique présentant les formations plus réalisées par les MK hommes que par les MK femmes parmi les 20 formations qu'ils ont le plus réalisées..... 23
Figure 11 : graphique présentant les formations plus réalisées par les MK femmes que par les MK hommes parmi les 20 formations qu'elles ont le plus réalisées..... 23
Figure 12 : graphique présentant les formations plus réalisées par les MK libéraux que par les MK salariés parmi les 20 formations que les MK libéraux ont le plus réalisées 24
Figure 13 : graphique présentant les formations plus réalisées par les MK salariés que par les MK libéraux parmi les 20 formations que les MK salariés ont le plus réalisées 25
Figure 14 : graphique présentant le nombre de formations réalisées entre 2013 et 2018 par les MK selon leur genre..... 26
Figure 15 : graphique présentant le nombre de formations réalisées entre 2013 et 2018 par les MK selon leur type d'activité 26
Figure 16 : graphique présentant le nombre de formations réalisées entre 2013 et 2018 par les MK selon leur pays d'obtention de D.E. 26
Figure 17 : graphique présentant le nombre de formations réalisées entre 2013 et 2018 par les MK selon leur département d'exercice 26
Figure 18 : graphique présentant le nombre de formations réalisées entre 2013 et 2018 par les MK selon la taille de leur ville d'exercice 27
Figure 19 : graphique présentant le nombre de formations réalisées entre 2013 et 2018 par les MK libéraux selon leur lieu d'exercice 27

Figure 20: graphique présentant le nombre de formations réalisées entre 2013 et 2018 par les MK salariés selon leur lieu d'exercice 27
Figure 21 : graphique présentant les D.U. réalisés par les MK répondants 28
Figure 22 : graphique présentant le pourcentage de MK formés dans chaque thème de formation selon leur type d'activité .....ANNEXE IV
Figure 23 : graphique présentant le pourcentage de MK formés dans chaque thème de formation selon leur genre.....ANNEXE IV
Figure 24 : graphique présentant les 20 formations les plus réalisées par les MK ANNEXE VII
Figure 25 : graphique présentant les 20 formations les plus réalisées par les MK hommes .....ANNEXE V
Figure 26 : graphique présentant les 20 formations les plus réalisées par les MK femmes .....ANNEXE V
Figure 27 : graphique présentant les 20 formations les plus réalisées par les MK libéraux .....ANNEXE V
Figure 28 : graphique présentant les 20 formations les plus réalisées par les MK salariés .....ANNEXE V
Figure 29 : nombre moyen de formations réalisées entre 2013 et 2018 par les MK diplômés depuis plus de 5 ans en fonction de leur année d'obtention de D.E.....ANNEXE VI
Figure 30 : graphique présentant l'importance de différents facteurs concernant l'envie de se former des MK selon leur genre et leur type d'activité .....ANNEXE VII
Figure 31 : graphique présentant l'importance de différents facteurs concernant l'envie de se former des MK selon la taille de leur ville d'activité.....ANNEXE VII
Figure 32 : graphique présentant l'importance de différents facteurs concernant l'envie de se former des MK selon la quantité et le type de formation continue réalisée .....ANNEXE VII
Figure 33 : graphique présentant l'importance de différents facteurs concernant le choix d'une formation des MK selon leur genre et leur type d'activité .....ANNEXE VII
Figure 34 : graphique présentant l'importance de différents facteurs concernant le choix d'une formation des MK selon la taille de leur ville d'activité.....ANNEXE VII
Figure 35 : graphique présentant l'importance de différents facteurs concernant le choix d'une formation des MK selon la quantité et le type de formation continue réalisée ....ANNEXE VII
Figure 36 : graphique présentant l'importance de certaines contraintes à leur volonté de se former des MK selon leur genre et leur type d'activité .....ANNEXE VII
Figure 37 : graphique présentant l'importance de certaines contraintes à leur volonté de se former des MK selon la taille de leur ville d'activité.....ANNEXE VII

Figure 38 : graphique présentant l'importance de certaines contraintes à leur volonté de se former des MK selon la quantité et le type de formation continue réalisée .....ANNEXE VII

Table des tableaux

Tableau I : Résultats de la recherche documentaire. 15
Tableau II : Nombre de MK ayant réalisé chaque master. 28
Tableau III : représentativité de l'échantillon selon la méthode des quotas.....ANNEXE VIII

Liste des abréviations couramment utilisées

MK : Masseur-Kinésithérapeute

PT : Physiothérapeute

EBP / EBM : Evidence Based Practice / Evidence Based Medicine

DPC : Développement Professionnel Continu

FCC : Formation Continue Conventionnelle

ANDPC : Agence Nationale du Développement Professionnel Continu

HAS : Haute Autorité de Santé

DU / DIU : Diplôme Universitaire / Diplôme Inter Universitaire

CNOMK : Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes

DE : Diplôme d'État

FIF-PL : Fond Interprofessionnel de Formation des Professionnels Libéraux

OGDPC : Organisation de Gestion du Développement Professionnel Continue

ODPC : Organisme de Développement Professionnel Continu

URSSAF : Union de Recouvrement des Cotisation de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

URPS : Union Régional des Professionnels de Santé

FFMKR : Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs

CMPR : Centre de Médecine Physique et de Réadaptation

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

CH : Centre Hospitalier

CEM : Centre d'Éducation Motrice

CMS : Centre Médico-Social

DLM : Drainage Lymphatique Manuel

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BDK : Bilan Diagnostic Kinésithérapique

PEC : Prise En Charge

EPP : Évaluation des Pratiques Professionnelles

IU : Incontinence Urinaire

TMO : Thérapie Manuelle Orthopédique

IFMK : Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

APA : Activité Physique Adaptée

1. INTRODUCTION

1.1. La formation continue

La formation continue est une obligation légale depuis 1971. Selon l'article 6111-1 du Code du Travail, « *la formation professionnelle tout au long de la vie constitue une obligation nationale. Elle comporte une formation initiale et des formations ultérieures (…). Ces formations ultérieures constituent la formation professionnelle continue.* ».

Elle vient compléter la formation initiale et a pour but d'améliorer ou acquérir des connaissances professionnelles (1). Dans le cadre du soin, elle a aussi comme objectif de changer les comportements des cliniciens de manière à améliorer leur performance clinique, les résultats chez les patients, ainsi que leur bien-être. Enfin, elle permet l'amélioration de la prise en compte des priorités de santé publique (2,3). Cette volonté d'améliorer sa pratique et d'acquérir de nouvelles compétences est aussi partagée par les masseurs-kinésithérapeutes (MK) et physiothérapeutes (PT) (4).

Plusieurs articles du Code de Déontologie des Masseurs-Kinésithérapeutes conditionnent de manière indirecte la formation continue des MK (5). Selon l'article R. 4321-59, le MK est « *libre de ses actes qui sont ceux qu'il estime les plus appropriés en la circonstance.* ». Il élabore son diagnostic avec des « *méthodes scientifiques les plus adaptées* », selon l'article R. 4321-81, et assure au patient « *des soins consciencieux, attentifs et fondés sur les données actuelles de la science.* », selon l'article R. 4321-80. L'article R. 4321-87 stipule que le MK ne doit pas, « *conseiller et proposer au patient (…) un produit ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé.* ».

La bonne pratique de la kinésithérapie est aujourd'hui associée au concept de l'Evidence Based Practice (EBP). Ce courant de pensée s'appuie sur la théorie développée en 1996 par David Sackett, définissant l'usage d'une médecine basée sur les preuves scientifiques les plus pertinentes (6). Sackett parle de médecine basée sur les preuves (EBM) et prône « *L'utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient.* ». Il la définit comme la rencontre entre trois entités : l'évaluation clinique et l'expérience du thérapeute, les meilleures données actuelles de la recherche scientifique et clinique ainsi que les choix et les préférences du patient.

La formation continue régulière semble être un bon moyen de répondre aux exigences du Code de Déontologie des Masseurs-Kinésithérapeutes et d'adopter une pratique dite EBP.

Concernant l'adoption du modèle EBP par les praticiens, certains MK, et autres professionnels, le critiquent en parlant d'un « *concept dogmatique et réductionniste* » (7). La littérature scientifique prendrait, selon certains, une place trop importante dans la décision thérapeutique, en dépit de l'expertise clinique. Cette critique semble pourtant ne pas correspondre à la réalité du modèle. Alain Masquelet explique que « *faire la critique de l'EBM ce n'est pas dénigrer l'EBM, bien au contraire. Il s'agit de cerner au plus près (…) le domaine de validité de l'EBM et de ne pas l'invoquer de façon quasi rituelle sous peine de tomber dans un nouveau dogmatisme. Ce qui me paraît préjudiciable pour notre exercice c'est d'assujettir intégralement la médecine clinique à l'EBM*. » (8).

Récemment, quelques MK ont fait savoir leur mégarde face à l'EBP et se sont interrogés sur ce dogme « *prêt à tomber* » en s'appuyant sur un article publié dans *Nature* révélant « *l'envers du décor de l'EBP* » (9), toujours selon les MK (10). L'article en question expose les limites de la significativité, ou non, des résultats d'études selon l'intervalle de confiance obtenu (*p* inférieur à 0,05) et en critique l'application dogmatique. Cet article ne remet cependant pas en cause le modèle développé par Sackett.

Malgré cela, une étude de Gudjonsdottir *et al.* et une autre de Mota da Silva *et al.* ont montré que les physiothérapeutes interrogés avaient une attitude plutôt positive à l'égard de l'EBP (11,12).

Les données scientifiques semblent donc primordiales pour choisir une formation continue pertinente. Nous pouvons malgré tout supposer que tous les MK n'y portent pas un intérêt majeur. D'autres critères peuvent prendre le dessus, tels que l'attrait personnel à la formation, le coût, la localisation ou bien le type de formation.

1.2. La législation autour de la formation continue en France

La formation continue a été rendue obligatoire pour tous les MK par le législateur :

- L'article L4382-1 du Code de la Santé Publique : « *La formation continue a pour finalité le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins. La formation continue est obligatoire pour toutes les personnes mentionnées*

au présent livre. L'obligation de formation est satisfaite notamment par tout moyen permettant d'évaluer les compétences et les pratiques professionnelles. Les conditions de mise en œuvre de la formation continue des professions de santé visées au présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. »

- L'article R. 4321-62 CSP du Code de Déontologie des Masseurs-Kinésithérapeutes : « *Le masseur-kinésithérapeute doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il prend toutes les dispositions nécessaires pour satisfaire à ses obligations de formation continue. Il ne peut se soustraire à l'évaluation de ses pratiques professionnelles prévue à l'article.* »
- L'article R. 4382-1 du décret n° 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux : *« Le développement professionnel continu comporte l'analyse, par les auxiliaires médicaux, les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture, de leurs pratiques professionnelles ainsi que l'acquisition ou l'approfondissement de connaissances ou de compétences. Il constitue une obligation individuelle qui s'inscrit dans une démarche permanente. »*
- Et l'article R. 4382-2 du Code de la Santé Publique : *« Les auxiliaires médicaux, les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture satisfont à leur obligation annuelle de développement professionnel continu dès lors qu'ils participent à un programme de développement professionnel continu collectif annuel ou pluriannuel. »*

Avec l'article 59 de la loi « Hôpital, patients, santé et territoire » de Juillet 2009 (13), la notion de Développement Professionnel Continu (DPC) voit le jour. C'est le fruit de la réunion des dispositifs de Formation Professionnelle Continue (FPC) et de Formation Continue Conventionnelle (FCC). Elle devient effective au 1er janvier 2013. L'obligation de formation est tout d'abord annuelle, avant d'être revue par la loi de Modernisation de notre système Santé de Janvier 2016 (14) où elle devient maintenant triennale. De plus, le DPC est maintenant aussi ouvert aux salariés, contrairement à la FCC.

Les MK ne sont pas tout à fait libres dans leur choix de formation, puisqu'elle doit être validée par l'Agence Nationale du DPC (point 1.4.1, page 6) s'ils désirent valider leur obligation triennale. Ces conditions vont de pair avec les obligations du Code de Déontologie des Masseurs-Kinésithérapeutes.

1.3. Les différentes actions de formation

Il existe trois types d'action (15,16) : Les « actions d'analyse, d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles », les « actions de gestion des risques » et les « actions de formation ou cognitives ».

Concernant l'offre de formation continue validée DPC pour les MK, en France en 2019 et selon l'agence nationale du DPC : 1394 étaient des actions de formation, 40 des évaluations des pratiques professionnelles et 3 des gestions des risques (15).

La Haute Autorité de Santé a publié la liste de 19 méthodes permettant de réaliser les actions de DPC (16).

Onze sont des méthodes d'évaluation et d'amélioration des pratiques : audit clinique, bilan de compétence, chemin clinique, exercice coordonné et protocole d'une équipe pluri-professionnelle de soins en ambulatoire, patient traceur, registre, observatoire, base de données, réunion de concertation pluridisciplinaire, revue de pertinence des soins, staffs d'une équipe de qualité et de sécurité des soins et tests de concordance de script.

Trois sont des méthodes de gestion des risques : Accréditation des médecins et des équipes médicales, gestion des risques en équipe, revue de mortalité et de morbidité.

Cinq sont des méthodes de formation : Formation en ligne / e-learning, formation présentielle, encadrement de stages, réunion et revue bibliographique ou journal club, et simulation en santé.

Les formations présentielles sont les plus proposées par les organismes de formation (17), et là encore elles diffèrent selon leur durée (de quelques jours à plusieurs années), l'évaluation ou non des connaissances en fin de formation, ainsi que la proportion pratique / théorique.

Plusieurs études se sont intéressées aux méthodes les plus efficaces de formation continue des MK. Des auteurs expliquent que toutes les méthodes semblent améliorer les performances des thérapeutes, et qu'aucune supériorité d'une méthode par rapport aux autres ne se dégageait (18–20).

Cependant, ces résultats sont contredits par d'autres études, mettant en avant que la thématique de la formation, ainsi que la façon dont elle est dispensée, influent sur le message transmis et ce que retiennent les participants. Ainsi, dans le cadre des patients

souffrant de cervicalgies, les formations sur 2 jours sont peu efficaces alors que les formations de « haute qualité », ancrées dans un projet d'amélioration de la qualité de la pratique et feedback, l'étaient (21).

Dans une étude récente, Lillehagen *et al.* ont étudié le ressenti des physiothérapeutes après une formation. Il en ressort qu'il est important de mêler de manière pertinente la théorie et la pratique au risque de créer une dichotomie « cliniciens » / « chercheurs » parmi les MK formés (22).

Enfin, au-delà des différents types d'actions, il existe en France deux grandes familles de formations. Premièrement, celles non universitaires, les plus courantes et dispensées par des organismes privés, souvent non diplômantes ou certifiantes. Deuxièmement, les formations universitaires, rattachées à une ou plusieurs universités, d'ordinaire plus longues et diplômantes.

Ces dernières sont divisées en plusieurs catégories : Les diplômes du parcours Licence-Master-Doctorat et les Diplômes Universitaires (D.U.) ou Inter-Universitaires (D.I.U.). Le Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes (CNOMK) a publié une liste des D.U. et D.I.U. qu'il reconnaît comme valeur ajoutée au Diplôme d'État (DE), et dont il autorise l'inscription sur la plaque professionnelle (23).

1.4. Les aides financières à la formation continue

La formation continue étant devenue obligatoire, le législateur a proposé un encadrement financier, régulant et orientant la formation des MK.

Trois possibilités s'offrent à eux (24). Le professionnel peut être libre du choix du thème, mais ne pourra ni se voir rembourser sa formation ni valider son obligation triennale de formation. Il peut aussi choisir parmi des thèmes encadrés par le Fond Interprofessionnel de Formation des Professionnels Libéraux (FIF-PL), et sera indemnisé selon un barème établi par cet organisme. Enfin, le professionnel peut choisir parmi des thèmes encadrés par le DPC, sa formation sera alors gratuite et son indemnisation sera fonction d'un barème également établi par cet organisme.

1.4.1. Le Développement Professionnel Continu

Son financement repose sur les apports de l'État et de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie, d'une fraction du « *produit de la contribution mentionnée à l'article L. 245-6 du code de la Sécurité sociale* », ainsi que des contributions volontaires d'organismes publics ou privés (25).

L'Organisme de Gestion du Développement Professionnel Continu (OGDPC) a un rôle de gestion du budget alloué à chaque profession. Les bilans annuels sont qualifiés par certains de « *mitigés* » car les fonds ne seraient pas suffisants et en baisse malgré les besoins croissants (26). L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) estime, dans son rapport de 2014, que les procédures d'inscription et la validation des organismes de formation ont « *pris trop longtemps à se mettre en place* » (19). De plus, l'obligation de formation manque de contenu précis, et les détails, tels que les sanctions pour non-respect des règles, ne sont pas décrits. L'OGDPC a été remplacé par l'Agence Nationale du DPC (ANDPC) lors de la réforme de janvier 2016.

Le DPC est une démarche active tout au long de l'exercice professionnel. Il permet à chaque praticien d'être acteur de sa formation et de favoriser les coopérations interprofessionnelles et le décloisonnement entre les différents modes d'exercices (cabinet libéral ; exercice institutionnel ou hospitalier).

Les objectifs du DPC sont d'évaluer et améliorer les pratiques professionnelles et la gestion des risques, de maintenir et d'actualiser les connaissances et les compétences ainsi que de prendre en compte les priorités de santé publique, tels que les Plans Personnalisés de Santé élaborés par la Haute Autorité de Santé (27).

Pour qu'une formation soit prise en charge par le DPC, elle doit suivre un cahier des charges et répondre aux problématiques suivantes : être en lien avec un enjeu de santé publique actuel, traiter de thèmes validés par la HAS et l'organisme de formation doit être validé par un comité scientifique indépendant. Celui-ci est soit une commission compétente, soit la commission scientifique du Haut Conseil des Professions Paramédicales (28).

Pour qu'un organisme soit Organisme de DPC (ODPC) il doit valider les points suivants (27,29) :

- que le contenu scientifique des actions soit validé,
- que les concepteurs des actions et les intervenants soient qualifiés,
- avoir des modalités d'évaluation des actions et mettre en œuvre une procédure d'amélioration de la qualité de formation,
- être transparent concernant les modalités de recours à des sous-traitants pour des activités pédagogiques,
- avoir les ressources financières et des dispositions garantissant l'indépendance de l'organisme ou de la structure et de ses éventuels sous-traitants, notamment à l'égard des entreprises fabriquant ou distribuant des produits de santé,
- avoir une politique de gestion des conflits d'intérêts.

Pour valider le programme DPC réalisé, 3 étapes sont nécessaires (30) :

- participer à un module d'évaluation des pratiques professionnelles à distance environ un mois avant la formation.
- participer à l'intégralité de la journée de formation et émarger.
- participer à un deuxième module d'évaluation des pratiques professionnelles dans le mois qui suit la formation.

1.4.2. Le Fond Interprofessionnel de Formation des Professionnels Libéraux

Le Fond Interprofessionnel de Formation des Professionnels Libéraux (FIF-PL) est un fond d'assurance formation agréé par Arrêté Ministériel du 17 mars 1993 (31). Il a été créé à l'initiative de l'Union Nationale des Professions Libérales et des organisations professionnelles adhérentes, conformément à loi du 31 décembre 1991 relative à la formation continue des Travailleurs Indépendants et des Professionnels Libéraux (32).

Son financement repose sur les cotisations URSSAF des MK libéraux uniquement. Selon certains critères, revus chaque année par les organisations syndicales, les MK voient une partie de leur formation prise en charge par le dispositif.

A compter du 1er janvier 2019, et faisant suite à une décision du Conseil de Gestion du FIF-PL du 29 juin 2017, « *seules les formations dispensées par des organismes de*

formation référencés Datadock et dont le programme répond aux critères de la profession concernée, pourront être prises en charge par le FIF-PL ».

Datadock est un office de référencement et d'évaluation des organismes de formation selon les critères définis par l'art. R. 6316-1 du décret n°2015-790 du 30 juin 2015 (33). Le FIF-PL étant responsable, en tant que financeur, du respect de ces critères par les organismes de formation, il le fait de façon délocalisée en utilisant Datadock.

1.5. Données statistiques sur la formation continue

1.5.1. État des lieux en France

Dominique Mizera, MK et président de la section santé du FIF-PL, a réalisé un premier état des lieux de la formation continue des MK libéraux français entre 2001 et 2010 (3), une époque où le DPC n'existait pas encore. Les thérapies manuelles, les techniques globales et la rééducation périnéo-sphinctériennes apparurent comme les formations les plus suivies. Il montra aussi qu'entre 15 et 22% des MK ont usé des dispositifs de financement FCC et FIF-PL. Ces chiffres sont à nuancer, les thérapeutes pouvant avoir suivi des formations en dehors des systèmes FIF-PL / FCC, et l'obligation triennale de formation DPC étant à l'époque inexistante.

Gregory Kech a effectué en 2014 une étude concernant la formation continue des MK lorrains avec un panel de 150 MK (34). Les formations en kinésithérapie respiratoire, thérapie manuelle, massage et traitements du rachis sont les thèmes les plus étudiés en formation continue. Il est intéressant de noter que 88,67% estiment la formation continue comme nécessaire. Parmi ceux-ci, 40% en réalisent une tous les cinq ans, et 60% en suivent au moins une tous les deux ans, validant ainsi leur obligation triennale de formation.

Le rapport d'activité de l'ANDPC publié en 2017 nous donne plusieurs informations sur la globalité du dispositif : 15 millions d'euros ont été engagés depuis sa création pour les 18 684 MK inscrits (27% des éligibles) (17). 454 organismes DPC enregistrés et 3 125 actions publiées sont aujourd'hui à destination des MK. Concernant ces dernières, 70% d'entre elles sont présentielles, 27% sont mixtes, 3% sont non présentielles et deux tiers sont pluri-professionnelles. A l'échelle individuelle, chaque MK a engagé en moyenne 11h05 pour se former et a effectué 1,08 formation en 2017. Le coût moyen d'une formation est de

782,89 euros (35). La région Grand-Est propose 6,4% des sessions totales, et 6,3% des MK de France s'y sont engagés.

La Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques indique dans son rapport que 21 457 MK différents se sont formés via le DPC entre 2013 et 2015, ce qui représente 32% des MK éligibles sur cette même période (36).

Le rapport d'activité du FIF-PL publié en 2016 nous indique que 6,15 millions d'euros furent engagés en 2016 pour 14 630 MK formés, professionnels de santé les plus consommateurs de formation (37). Les formations les plus réalisées portent sur les compétences professionnelles et celles de longue durée sont les plus suivies.

Le DPC semble allouer un budget plus important que le FIF-PL et les MK utilisent sensiblement plus ce premier (+ 4 054 MK). Nous ne connaissons malheureusement pas la part de MK usant uniquement du DPC, uniquement du FIF-PL ou bien les deux.

Dans certains pays, comme la France, la formation continue est obligatoire. Une étude américaine semble montrer que dans les cas où cela est obligatoire, les physiothérapeutes y consacrent plus de temps que dans les États où cela ne l'est pas (33,8h contre 28,3h par an en moyenne) (4). Le sexe, l'expérience et la spécialité n'ont pas d'influence sur ces chiffres. On apprend également que 96% des interrogés estiment que la formation continue leur est bénéfique.

1.6. Efficacité de la formation continue

Selon les études de Mazmanian *et al.* et de Davis *et al.*, la formation continue semble apporter de meilleurs résultats cliniques chez les patients (38), ainsi qu'une meilleure « *performance pratique* » (meilleur suivi des recommandations et meilleurs conseils donnés (39). Ce constat est partagé par une revue de la *Cochrane Library* (40). De plus, les patients souffrant de cervicalgies pris en charge par des MK formés de manière continue connaitraient une meilleure amélioration fonctionnelle et auraient besoin de moins de séances (21).

Les moyens et techniques utilisés pour la formation, ainsi que la fréquence d'exposition aux notions étudiées, semblent avoir un effet sur les résultats cliniques et la

performance pratique (38,39). Il faudrait préférer l'usage de plusieurs types de supports et de techniques d'instruction ainsi qu'une plus grande fréquence d'exposition.

Une étude semble indiquer que les physiothérapeutes réutilisent et remobilisent correctement les connaissances acquises en formation continue auprès de leurs patients lombalgiques (41).

1.7. Problématique

La formation continue est, de par son intérêt (22,38-41) et son caractère obligatoire (32), un élément incontournable du métier de MK. L'offre est importante et variée en France, permettant à chacun de suivre un parcours de formation qui lui est propre (42). Seulement, toutes les formations ne présentent pas la même rigueur et la même validation scientifique de leur contenu. Les organismes financeurs (DPC et FIF-PL) exigeant le respect d'un cahier des charges spécifique, l'éligibilité à la prise en charge pourrait être synonyme de qualité, une supposition non supportée par certains syndicats professionnels (24).

Des études précédentes ont déjà pu étudier les thèmes de formation les plus suivis par les MK, mais aucune n'a su étudier les différences existantes entre les populations ni corréler ces chiffres entre eux en tenant compte des motivations et contraintes que les MK rencontrent (3,34).

En envoyant un questionnaire informatique aux MK libéraux et salariés de la région Grand-Est, nous les avons interrogés sur leurs pratiques en formation continue et avons tenté de répondre aux questions suivantes : « Quelles sont les formations réalisées par les MK de la région Grand Est en 2018 ? Existe-t-il des disparités en fonction du genre, de l'âge, du type et du lieu d'exercice, et quelles sont leurs motivations et les contraintes auxquelles ils doivent faire face pour se former ? ».

La base de données obtenue nous a permis de faire un état des lieux de la région Grand-Est en 2018, de mieux connaître et comprendre les MK dans leurs choix de formation continue et de mettre en lumière les disparités dans les choix de formation et les contraintes rencontrées entre les différentes populations.

Après avoir précédemment rappelé le cadre et les enjeux de la formation continue en France, nous allons maintenant exposer la méthode de création du questionnaire

informatique, avant d'en présenter les résultats. La discussion finale permettra de les expliquer et de répondre à la question de recherche initiale.

2. MATÉRIEL ET MÉTHODE

Pour interroger les masseurs-kinésithérapeutes de la région Grand-Est, nous avons choisi d'utiliser le logiciel Google Formulaire®. Ceci a permis de diffuser facilement le questionnaire par voie électronique (ANNEXE I).

2.1. Élaboration du questionnaire

2.1.1. Renseignements administratifs (questions 1 à 11)

Nous avons formulé des questions ouvertes et fermées nous renseignant sur le genre, l'obtention du diplôme d'état (année, le pays et ville), l'exercice professionnel (département, densité de population de leur ville d'exercice (43)), le type d'activité, le type de structure et les spécialités du service (dans le cas des MK salariés).

Ces renseignements nous ont permis de comparer les populations entre elles mais aussi à la population réelle des masseurs-kinésithérapeutes exerçant dans le Grand-Est (44).

2.1.2. Questions concernant les formations réalisées

2.1.2.1. Les formations non universitaires (questions 12 à 34)

Nous avons soumis une liste de formations, aussi complète que possible, classées selon des thèmes choisis arbitrairement. Pour créer cette liste, nous avons utilisé le « Guide des formations kinés 2017 » (42) publié par la revue Profession Kiné, dans lequel nous pouvons retrouver une liste quasiment exhaustive de l'offre de formation en masso-kinésithérapie en France en 2017. Les formations similaires ont été regroupées sous un seul et même titre dans le questionnaire.

Une liste trop courte n'aurait pas permis une analyse détaillée des résultats, tandis qu'une liste trop longue aurait rendu le remplissage du questionnaire fastidieux et augmenté le risque d'abandon. Le classement des formations en catégories a permis aux MK de répondre plus rapidement, tout en leur laissant la possibilité de lire l'entièreté des propositions.

2.1.2.2. Les formations universitaires (questions 35 à 39)

Puisqu'il n'existe pas de liste exhaustive des formations universitaires ouvertes aux MK, nous avons proposé des questions à réponse ouverte. Nous avons posé l'hypothèse que les MK réalisaient moins de formations universitaires que non universitaires et donc que le risque d'abandon à ce stade était faible.

Nous leur avons demandé d'indiquer les Diplômes Universitaires (D.U.) ou Inter-Universitaires (D.I.U.), masters et doctorats obtenus, ainsi que la ville de formation. Cette dernière donnée nous a permis d'étudier les déplacements réalisés dans le cadre de ces formations par les MK.

Les informations recueillies n'ont pas permis de quantifier le nombre de formations réalisées. En effet, leurs dénominations étant génériques, plusieurs formations différentes peuvent se retrouver sous un même terme. Ainsi, une question complémentaire interroge les répondants sur le nombre de formations réalisées durant ces cinq dernières années.

Enfin, nous leur avons demandé, par une question ouverte, de renseigner les formations qu'ils comptent réaliser à l'avenir.

2.1.3. Questions concernant les motivations et les contraintes (questions 40 à 42)

Nous avons utilisé des échelles de Likert à choix forcé à 6 points, de 0 à 5, pour rendre quantitative une information qualitative (45). L'absence de valeur « je ne sais pas » ou « je ne veux pas me prononcer » a pu améliorer la significativité des résultats (46).

Dans trois sous-parties consécutives, nous avons demandé de quantifier de 0 à 5 « l'importance qu'ont, ou ont eu » certains paramètres concernant leur « volonté de se former » ainsi que leurs « choix de formation ». Ils ont également dû quantifier l'« importance de certaines contraintes » rencontrées dans leur démarche de formation continue.

2.2. Phase de pré-test du questionnaire

Les pré-tests ont été réalisés sur 10 personnes, dont 5 MK. Nous souhaitions connaître le temps de réponse moyen au questionnaire, les difficultés rencontrées et les remarques éventuelles.

Les répondants MK ont répondu de manière réelle au questionnaire, tandis que les non-MK ont dû suivre un profil qui leur avait été fourni (ANNEXE II).

Le temps moyen de réponse des non-MK fut de 7 min et 50 secondes, supposément plus long que celui des futurs répondants à cause du besoin de suivre un profil.

Aucun retour majeur n'est à noter de la part des répondants non-MK. Les MK ont signalé l'absence de certaines formations, ajoutées par la suite lors de la correction du questionnaire. Selon le groupe test, la compréhension parfois difficile de la forme du questionnaire pouvait entraîner des erreurs de remplissage. Ces écueils ont été corrigés. Enfin, des améliorations concernant la forme et les intitulés des sections et questions ont été réalisées.

2.3. Diffusion du questionnaire

2.3.1. Diffusion aux masseurs-kinésithérapeutes libéraux

L'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) de la région Grand-Est, organisant l'offre de santé de la région, a transféré par mail le 30 octobre 2018 notre message leur demandant de remplir un questionnaire dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude (ANNEXE III). Nous estimons qu'il a été envoyé à 2 500 MK libéraux de la région Grand-Est, sur un effectif total de 4 562 MK en 2016, libéraux et salariés confondus (44).

Le syndicat Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs (FFMKR) a envoyé par courriel le lien du questionnaire, le 3 janvier 2019, à sa liste de diffusion de MK libéraux et salariés. Nous n'avons pas d'information concernant le nombre de MK ayant reçu le courriel.

2.3.2. Diffusion aux masseurs-kinésithérapeutes salariés

Un courriel (ANNEXE III) a été envoyé à tous les centres de rééducation et centres hospitaliers de la région Grand-Est dont nous avions les coordonnées. Parmi une liste de 212 établissements, 75 ont reçu le mail et 17 ont accepté de le diffuser au sein de leur

équipe de kinésithérapeutes. Nous n'avons pu recueillir que peu d'adresses e-mails d'établissements des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Marne.

La date de clôture du questionnaire fut fixée au 1er mars 2019.

2.4. Méthode d'analyse descriptive et statistique

Les réponses ont été recueillies puis analysées avec le logiciel Microsoft Office Excel® 2018. Les valeurs qualitatives ont été comparées entre elles par la *méthode du Chi²*. Les variables quantitatives de deux groupes ont été comparées entre elles par les *tests de Mann-Whitney* et du *t de Student*. Les études de corrélation entre deux variables quantitatives ont été réalisées avec les *tests de corrélation de Spearman* et de *Pearson*.

2.5. Stratégie de recherche documentaire

Pour notre recherche documentaire, nous avons utilisé les bases de données suivantes : Medline, ScienceDirect, Cochrane Library, PEDro et Kiné actualité. 58 articles ont été retenus pour alimenter notre introduction et discussion (Tab. I). D'autre sources ont, par la suite, complété chaque partie.

Tableau I : Résultats de la recherche documentaire.

	Base de données	Équation de recherche	Résultats	Articles retenus
Littérature scientifique	Medline	« continuing education » and (physiotherap* OR "physical therapist")	82	44
	Science Direct		121	
	Cochrane	« Continuing education »	3	1
	PEDro		11	
	Kinedoc	Formation continue	135	5
Littérature professionnelle	Kiné actualité	Formation continue	120	8

3. RÉSULTATS

3.1. Présentation des répondants

405 MK ont répondu au questionnaire entre le 30 octobre 2018 et le 1er mars 2019. 37,28% sont des hommes (n = 151), et 62,72% sont des femmes (n = 254).

Concernant le pays d'obtention de leur diplôme de masseur-kinésithérapeute (Fig. 1), la France représente une large majorité avec 82,96% (n = 336) des MK interrogés, suivie par la Belgique et l'Allemagne avec respectivement 11,60% (n = 47) et 4,44% (n = 18). L'Espagne, la Pologne et la Tunisie, quant à elles, représentent chacune moins de 1%

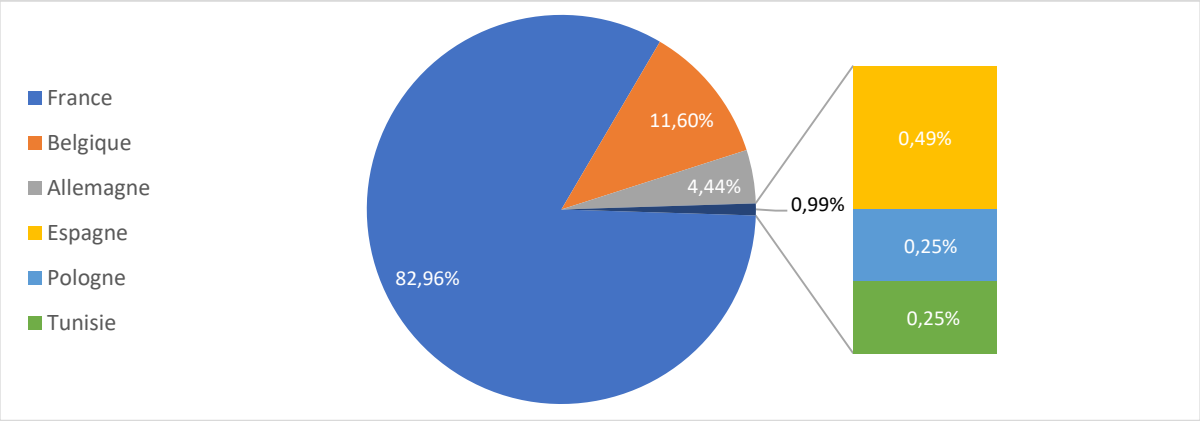


Figure 1: graphique présentant le pays d'obtention du D.E

Les MK formés en France ont majoritairement suivi leur formation (Fig. 2) au sein de l'institut de formation de Nancy (62,80%), viennent ensuite Strasbourg (13,99%), Paris (6,25%), Lille (3,27%), Reims (2,98%), et Dijon (2,08%). Toutes sont des villes du quart nord-est de la France, et faisant partie de la grande région Grand-Est ou des régions voisines. Les autres villes représentent moins de 1% chacune.

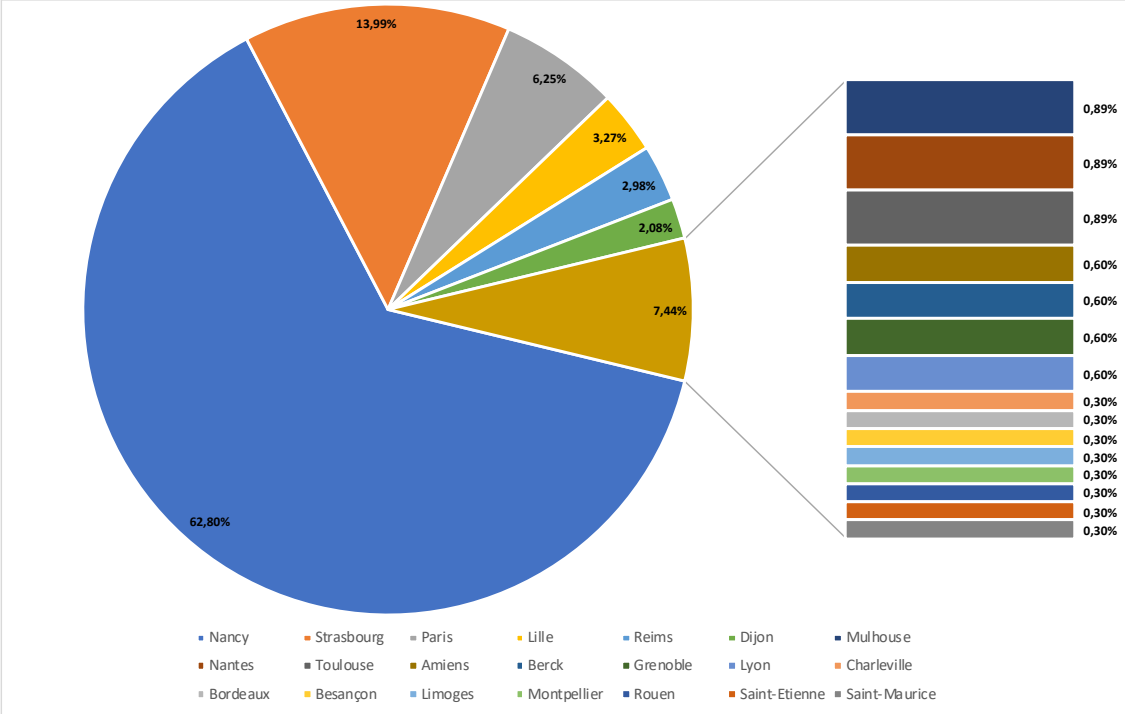


Figure 2 : graphique présentant la ville d'obtention du D.E. des MK formés en France

Concernant l'année d'obtention de leur D.E., la moyenne est de 2002 (Fig. 3). Les femmes semblent avoir eu leur diplôme plus récemment que les hommes avec une année moyenne d'obtention respectivement à 2004 et 1999 ; cette différence est même statistiquement significative ($p<0,05$). Les MK libéraux semblent être plus jeunes (2002) d'une année comparativement aux MK salariés (2001).

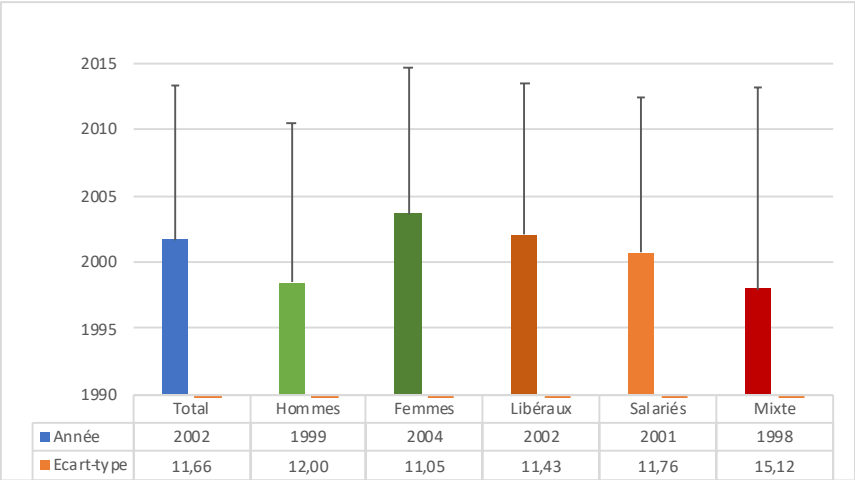


Figure 3: graphique présentant l'année moyenne d'obtention du D.E. en fonction du genre et du type d'activité

La répartition de l'année d'obtention du D.E. ne suit pas une loi normale (valeur du test Bontemps Meddahi = 15,33, acceptabilité à 9,21). Il existe une corrélation significative entre l'année d'obtention du D.E. et le nombre de MK ayant répondu au questionnaire ($p<0,05$ et coefficient de corrélation r_s selon Pierson = 0.8206) (Fig. 4). Autrement dit, les MK qui ont le plus répondu au questionnaire sont ceux qui ont obtenu leur diplôme récemment.

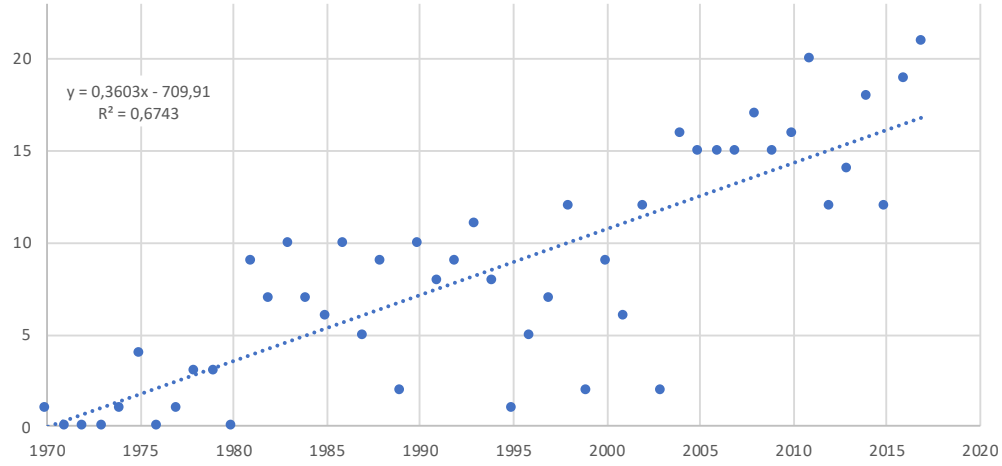


Figure 4 : graphique présentant la corrélation entre l'année d'obtention du D.E et le nombre de MK répondants

Concernant leur type d'activité professionnelle (Fig. 5) :

- 82% (n = 331) sont MK libéraux dont 31% en cabinet individuel, 55% en cabinet de groupe et 13% en espace de santé pluriprofessionnel,
- 14% (n = 56) sont MK salariés dont 32% en Centre de Médecine Physique et de Réadaptation (CMPR), 30% en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), 23% en Centre Hospitalier (CH), 5% en Centre d'Éducation Motrice (CEM) et 5% en Centre Médico-Social (CMS),
- 4% (n = 18) sont MK dits « mixtes », alliant une activité salariale et libérale, dont 61% avec une prédominance libérale, 28% sans prédominance et 11% avec une prédominance salariale,
- 2% (n = 7) se sont dits MK « remplaçants ».

Concernant la représentation territoriale du Grand-Est des MK répondants (Fig. 6), la Meurthe-et-Moselle, la Moselle, les Vosges et le Bas-Rhin sont les départements de lieu d'exercice les plus importants avec respectivement 26% (n = 105), 18% (n = 73), 15% (n = 62) et 13% (n = 54) de la population totale. Suivent ensuite la Marne, le Haut-Rhin, l'Aube, la Meuse, les Ardennes et la Haute-Marne.

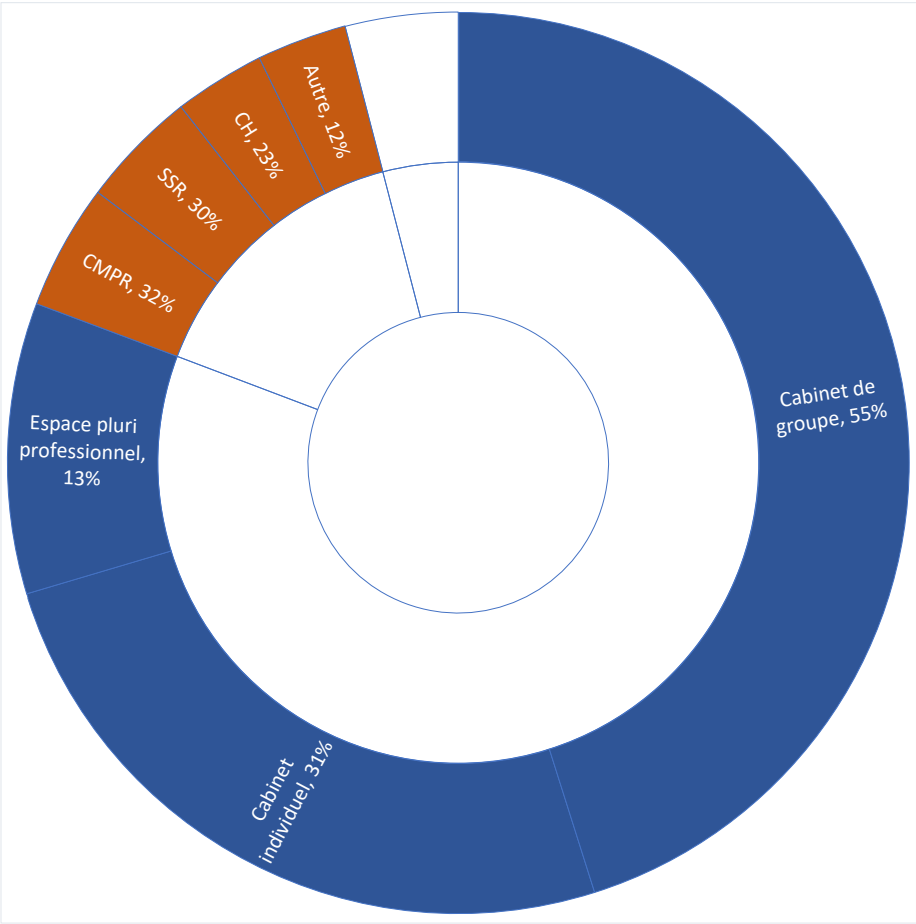


Figure 5 : graphique présentant la répartition des MK selon leur type d'activité

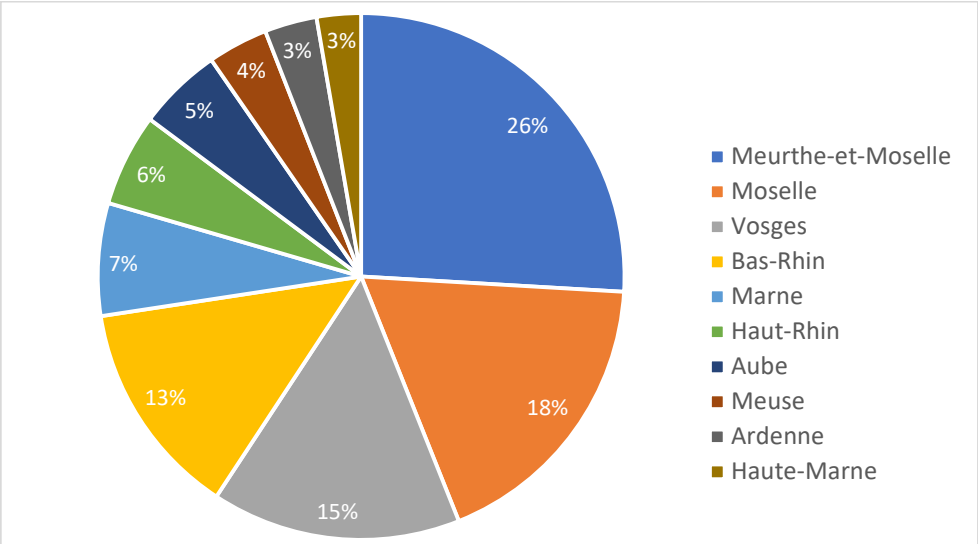


Figure 6 : graphique présentant la répartition des MK selon leur département d'exercice

On retrouve une répartition plutôt homogène des MK selon la taille de la ville où ils exercent (Fig. 7), à l'exception des MK opérant dans une métropole (7,7%) qui sont faiblement représentés.

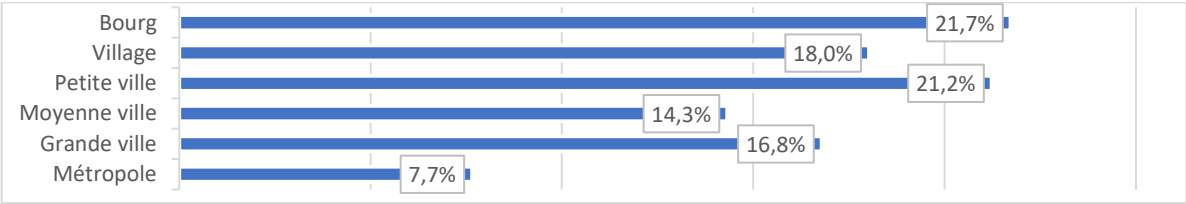


Figure 7 : graphique présentant la répartition des MK selon la taille de leur ville d'exercice

3.2. Thèmes de formation les plus suivis

76,8% des MK interrogés ont réalisé au moins une formation s'inscrivant dans la thématique des « thérapies manuelles ». Viennent ensuite plusieurs thèmes, chacun réalisé par près de la moitié des MK interrogés : Le « cardio-respiratoire » (56,5%), « l'ortho-traumato-rhumatologie » (49,9%), la « thérapie par bandes » (49,9%), les « méthodes » (49,6%) et le « massage » (48,9%). Le thème le moins choisi est le « handicap social et mental » (1%) (ANNEXE IV).

Il existe de nombreuses différences selon le genre. Les femmes se forment significativement plus ($p < 0,05$) ou ont tendance à se former plus ($p < 0,1$) que les hommes en (Fig. 8) :

- rééducation périnéale : différence de 33,3% ($p < 0,001$),
- cancérologie et soins palliatifs : différence de 21,2 % ($p < 0,001$),
- méthodes : différence de 11,5% ($p < 0,01$),
- cardiologie-respiratoire : différence de 8,8% ($p < 0,1$).

Les hommes se forment significativement plus ($p < 0,05$) ou ont tendance à se former plus ($p < 0,1$) que les femmes en (Fig. 8) :

- bilan diagnostic et imagerie : différence de 14% ($p < 0,01$),
- kinésithérapie du sport : différence de 12,5% ($p < 0,01$),
- formations diverses : différence de 10,5% ($p < 0,05$),
- thérapies manuelles : différence de 7,5% ($p < 0,1$).

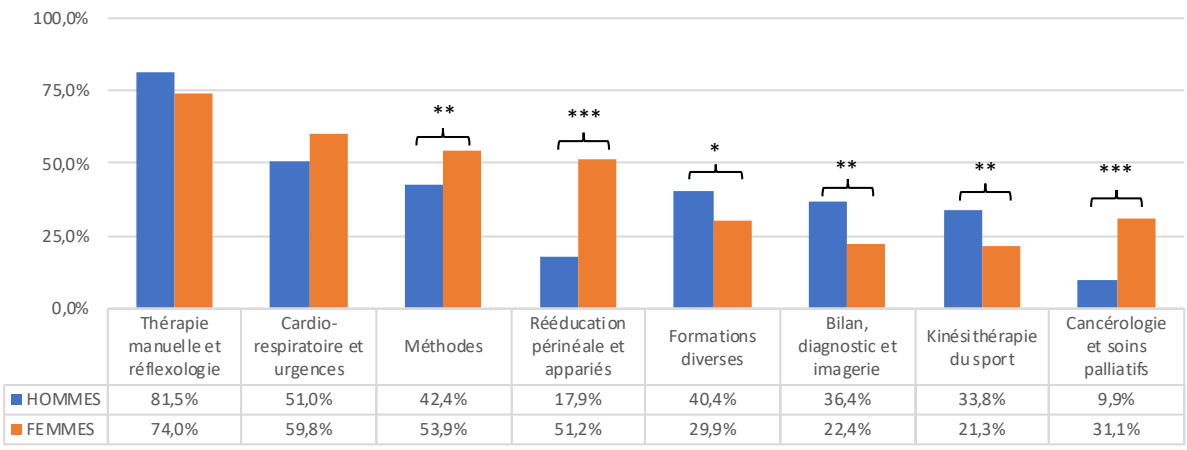


Figure 8 : graphique présentant les thèmes de formation statistiquement plus réalisés par les MK hommes ou les MK femmes

Il existe aussi plusieurs différences selon le type d'activité. Les MK salariés se forment significativement plus ($p < 0,05$) que les MK libéraux en (Fig. 9) :

- neurologie : différence de 36,7% ($p < 0,001$),
- douleur : différence de 20,9% ($p < 0,01$).

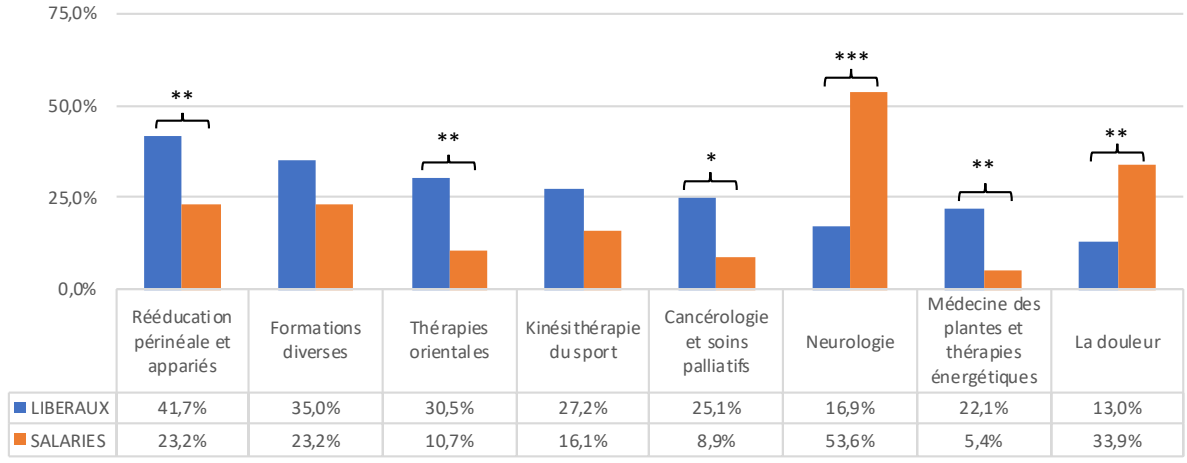


Figure 9 : graphique présentant les thèmes de formation statistiquement plus réalisés par les MK libéraux ou les MK salariés

Les MK libéraux se forment significativement plus ($p < 0,05$) ou ont tendance à se former plus ($p < 0,1$) que les MK salariés en (Fig. 9) :

- thérapies orientales : différence de 19,8% ($p < 0,01$),
- rééducation périnéale : différence de 18,5 % ($p < 0,01$),
- médecine des plantes et thérapies énergétiques : différence de 16,7% ($p < 0,01$),
- cancérologie et soins palliatifs : différence de 16,2% ($p < 0,05$),
- formations diverses : différence de 11,8% ($p < 0,1$),
- kinésithérapie du sport : différence de 11,1% ($p < 0,1$).

3.3. Formations les plus réalisées

Trois formations sont réalisées par plus d'un tiers des MK interrogés (ANNEXE V) :

- la « kinésithérapie respiratoire pédiatrique » (36,5%, thème « cardio-respiratoire »),
- le « K-taping » (34,8%, thème « thérapies par bandes »),
- la « prise en charge de l'épaule » (33,8%, thème « ortho-traumato-rhumatologie »).

Trois autres formations sont réalisées par plus d'un quart des MK :

- le « drainage lymphatique manuel (DLM) et le massage circulatoire »,
- la « thérapie manuelle structurelle »,
- la thérapie manuelle du rachis.

Quatorze autres formations sont réalisées par 16,8% à 22,7% des MK.

La thérapie manuelle a une place importante puisque 7 des 20 formations les plus réalisées font partie de la catégorie « thérapie manuelle, réflexologie et ostéopathie ».

La « prise en charge de l'épaule » est la formation la plus réalisée par les hommes (35,1%).

Dix des 20 formations les plus suivies par les hommes ne font pas partie des 20 formations les plus réalisées par les femmes : « ostéopathie », « strapping », « ondes de choc », « fasciathérapie », « Sohier », « anatomie et examen clinique », « tendinopathies », « étirements et stretching », « rééducation au sport » et « trigger points ».

Les hommes se forment significativement plus ($p < 0,05$) que les femmes en « ostéopathie », « thérapie manuelle fonctionnelle », « strapping », « ondes de choc », « fasciathérapie », « anatomie et examen clinique », « étirements et stretching » et « rééducation au sport » (Fig. 10).

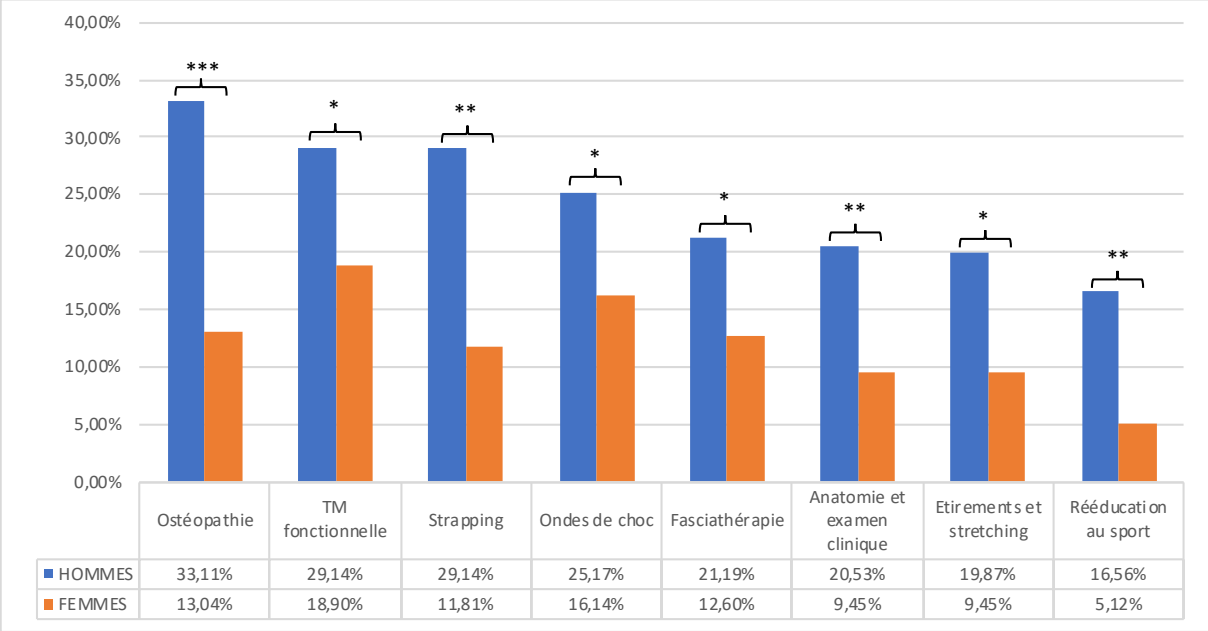


Figure 10 : graphique présentant les formations plus réalisées par les MK hommes que par les MK femmes parmi les 20 formations qu'ils ont le plus réalisées

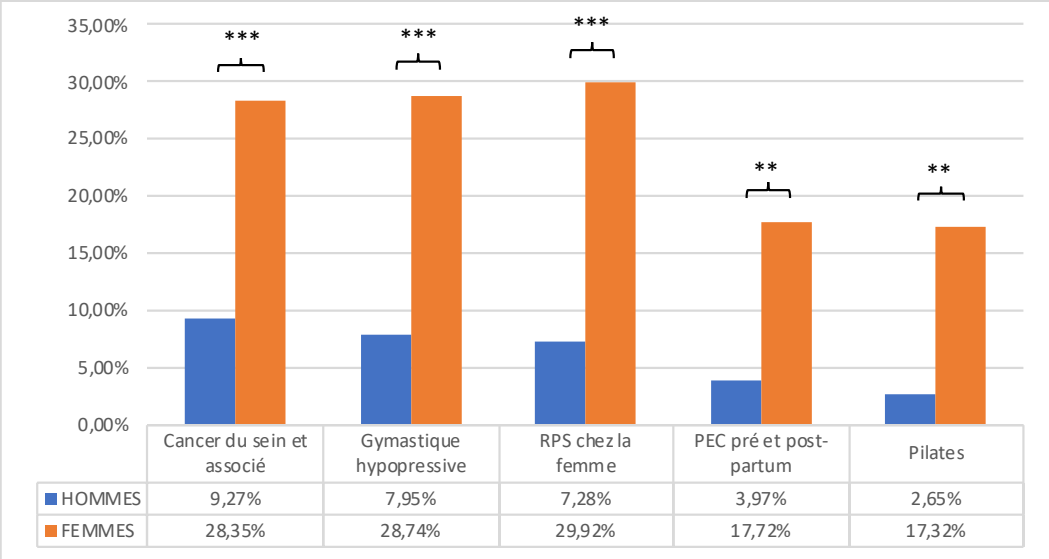


Figure 11 : graphique présentant les formations plus réalisées par les MK femmes que par les MK hommes parmi les 20 formations qu'elles ont le plus réalisées

Pour les MK femmes, les trois formations les plus réalisées sont les mêmes que pour la population totale.

Là encore, 10 des 20 formations les plus réalisées par les femmes ne font pas partie des 20 formations les plus réalisées par les hommes : « rééducation périnéo-sphinctérienne chez la femme », « gymnastique hypopressive », « prise en charge du cancer du sein », « gestes et soins d'urgence », « prise en charge du genou », « thérapie manuelle

viscérale », « prise en charge pré et post-partum », « Pilates », « bandage lymphatique », « prise en charge de la douleur ».

Les femmes se forment significativement plus ($p < 0,05$) que les hommes en « rééducation périnéo-sphinctérienne chez la femme », « gymnastique hypopressive », « prise en charge du cancer du sein », « prise en charge pré et post-partum » et « Pilates » (Fig. 11).

Dix des 20 formations les plus réalisées par les libéraux ne font pas partie des 20 formations les plus réalisées par les salariés : « thérapie manuelle fonctionnelle », « rééducation périnéo-sphinctérienne chez la femme », « cancer du sein et associé », « ostéopathie », « ondes de choc », « thérapie manuelle viscérale », « strapping », « trigger points », « tendinopathies » et « ventouses ».

Les libéraux se forment significativement plus ($p < 0,05$) que les salariés en « respiratoire pédiatrique », « thérapie manuelle fonctionnelle », « thérapie manuelle viscérale », « rééducation périnéo-sphinctérienne chez la femme », « prise en charge du cancer du sein », « ostéopathie » et « ondes de choc » (Fig. 12).

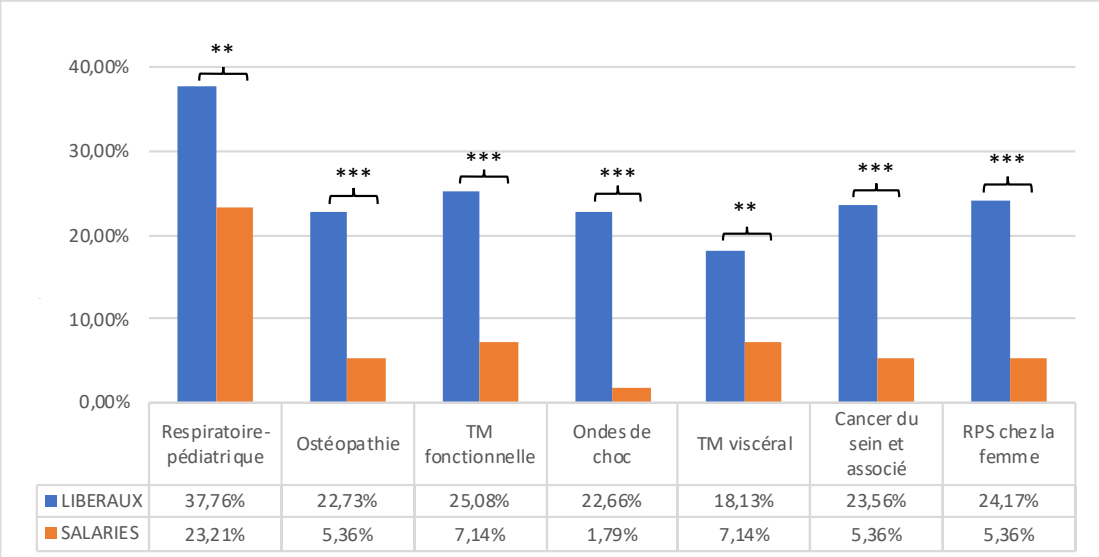


Figure 12 : graphique présentant les formations plus réalisées par les MK libéraux que par les MK salariés parmi les 20 formations que les MK libéraux ont le plus réalisées

Les deux formations les plus réalisées par les MK salariés ont un score égal (41,1%) :

- la formation en gestes et soins d'urgence,
- la formation concernant l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC).

Dix des 20 formations les plus réalisées par les salariés ne font pas partie des 20 formations les plus réalisées par les libéraux : « gestes et soins d'urgence », « AVC », « prise en charge de la douleur », « Sohier », « neurologie centrale », « fasciathérapie », « respiratoire adulte », « électrothérapie », « Parkinson » et le « Bilan Diagnostic Kinésithérapique (BDK) ».

Les salariés se forment significativement plus ($p < 0,05$) que les libéraux en « gestes et soins d'urgence », « AVC », « prise en charge de la douleur », « neurologie centrale » et « Parkinson » (Fig. 13).

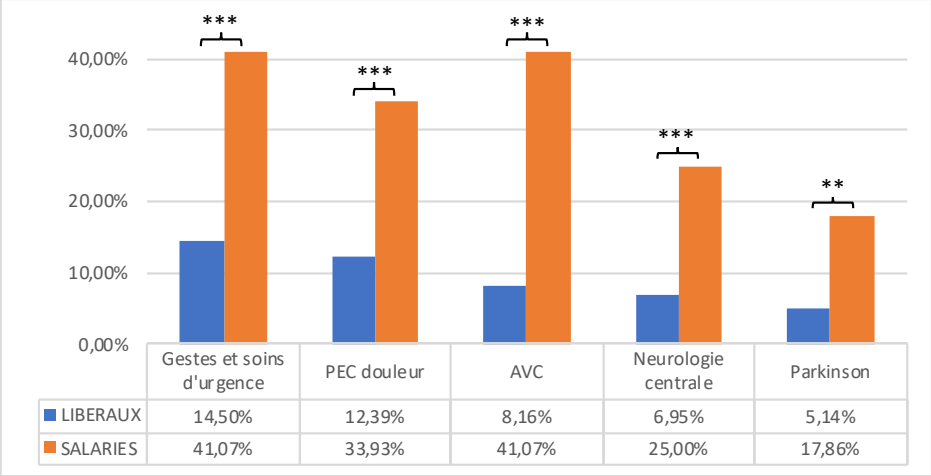


Figure 13 : graphique présentant les formations plus réalisées par les MK salariés que par les MK libéraux parmi les 20 formations que les MK salariés ont le plus réalisées

3.4. Nombre de formations réalisées

Il existe une corrélation significative entre l'année d'obtention du DE et le nombre de formations réalisées ces 5 dernières années (entre 2013 et 2018) (ANNEXE VI). Les valeurs ne suivent pas une loi normale (valeur du *test de Bontemps Meddahi* = 11,67 ; limite à ne pas dépasser = 9,21), mais les coefficients de corrélation de *Pearson* et *Spearman* sont respectivement à $\rho = 0,4214$ et $r_s = 0,5422$, tous les deux avec un $p < 0,01$. Cela signifie que, concernant ceux ayant plus de 5 ans de carrière, plus les MK ont obtenu leur D.E. récemment, plus ils se sont formés durant les 5 dernières années.

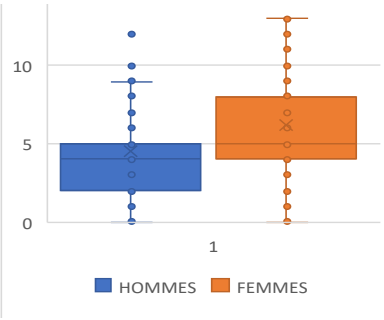


Figure 14 : graphique présentant le nombre de formations réalisées entre 2013 et 2018 par les MK selon leur genre

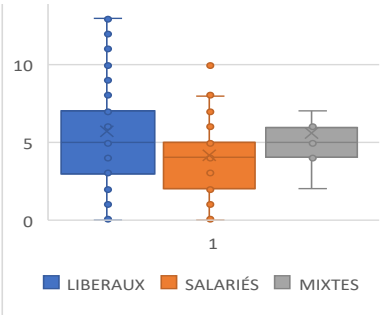


Figure 15 : graphique présentant le nombre de formations réalisées entre 2013 et 2018 par les MK selon leur type d'activité

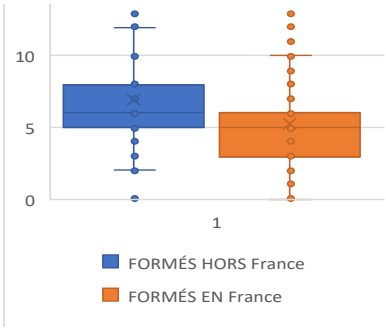


Figure 16 : graphique présentant le nombre de formations réalisées entre 2013 et 2018 par les MK selon leur pays d'obtention de D.E.

Avec une moyenne de 4,51 formations réalisées ces 5 dernières années pour les MK hommes, et de 6,15 pour les MK femmes, les MK femmes se sont formées significativement plus que les MK hommes ($p < 0,01$) (Fig. 14).

Avec une moyenne de 5,76 formations réalisées ces 5 dernières années pour les libéraux, et de 4,16 pour les salariés, les libéraux se sont formés significativement plus que les salariés ($p < 0,01$) (Fig. 15). La comparaison avec les MK « mixte » n'est pas pertinente et significative due à la faible taille de l'échantillon.

Avec une moyenne de 6,88 formations réalisées ces 5 dernières années pour les MK formés initialement en dehors de la France, et de 5,23 pour les MK formés initialement en France, les MK « étrangers » se sont formés significativement plus ($p < 0,05$) (Fig. 16).

Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les MK selon leur département d'exercice, la taille de leur ville d'exercice ou leur lieu d'exercice (Fig. 17, 18 et 19).

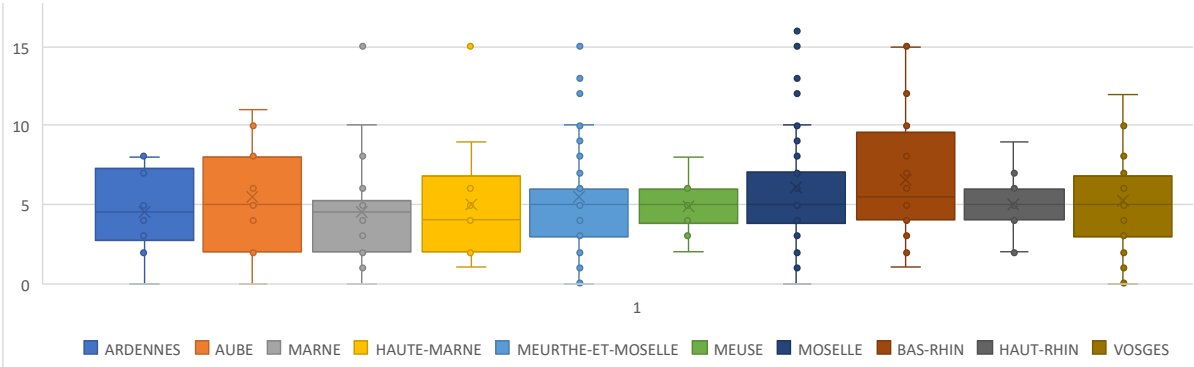


Figure 17 : graphique présentant le nombre de formations réalisées entre 2013 et 2018 par les MK selon leur département d'exercice

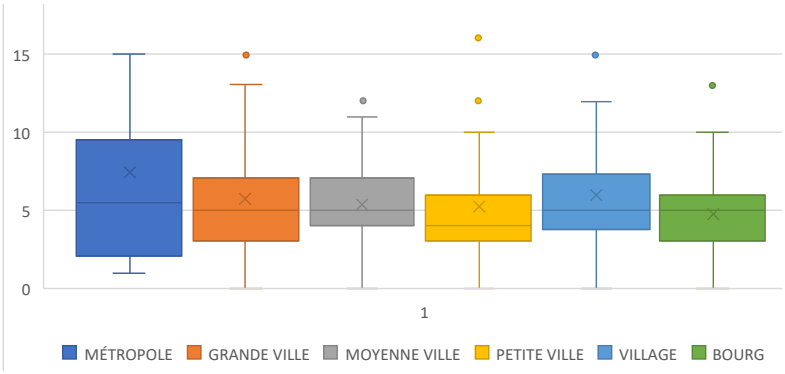


Figure 18 : graphique présentant le nombre de formations réalisées entre 2013 et 2018 par les MK selon la taille de leur ville d'exercice

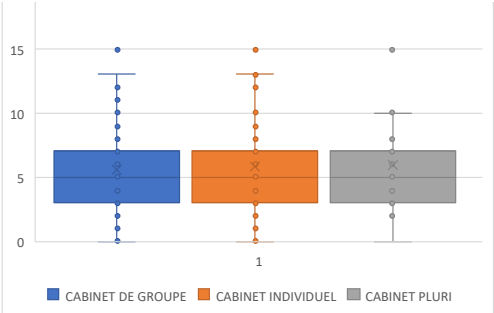


Figure 19 : graphique présentant le nombre de formations réalisées entre 2013 et 2018 par les MK libéraux selon leur lieu d'exercice

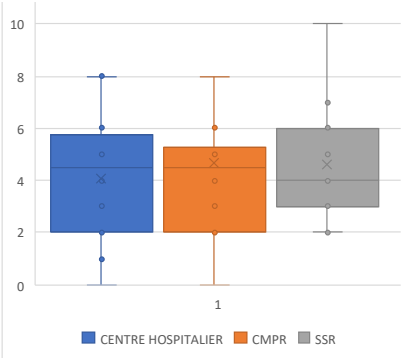


Figure 20: graphique présentant le nombre de formations réalisées entre 2013 et 2018 par les MK salariés selon leur lieu d'exercice

3.5. Les formations universitaires

3.5.1. Diplômes Universitaires (D.U) ou Inter-Universitaires (D.I.U)

Cinquante-quatre MK ont réalisé un ou plusieurs D.U. (13,33% des MK). Soixante-neuf D.U. ont été réalisés, dont 26 D.U. différents (Fig. 21).

La « kinésithérapie du sport » est le D.U. le plus réalisé par les MK du Grand Est (n = 12). Entre 6 et 4 MK ont réalisé les D.U. en « pelvipérinéologie », « rééducation vestibulaire », « cardiologie-respiratoire », « posturologie », « préparation physique », « nutrition / micronutrition » et « ostéopathie ».

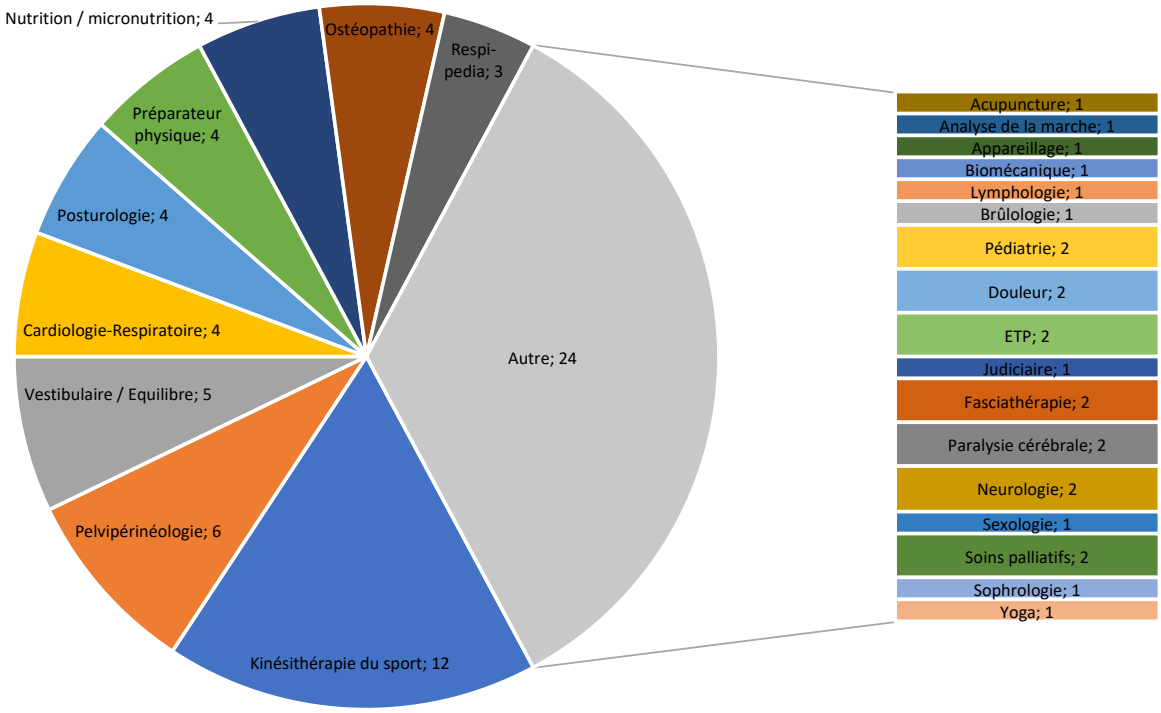


Figure 21 : graphique présentant les D.U. réalisés par les MK répondants

3.5.2. Les formations Licence-Master-Doctorat

Aucun MK n'a réalisé de licence suite à l'obtention de leur D.E. 17 MK (4,1%) ont réalisé un master suite à l'obtention de leur D.E. 13 masters différents ont été réalisés (Tab. II). Un seul MK a réalisé un doctorat, en ostéopathie à Bruxelles, suite à l'obtention de son D.E.

Tableau II : Nombre de MK ayant réalisé chaque master.

Thème du Master réalisé	Nb de MK l'ayant réalisé
Ostéopathie	2
Droit	1
Psychologie de la santé	1
Ergonomie	1
Vieillissement Handicap	1
Organisation des Secteurs Sanitaires et Sociaux	2
Physiologie du sport	1
Évaluation de la Performance et des Adaptations Motrices et Physiologiques	1
Sciences de l'éducation	2
Préparation mentale	1
Ingénierie de la Rééducation, du Handicap et de la Performance Motrice	1
Recherche en biomécanique	2
Recherche en Activité Physique Adaptée	1

3.6. Volonté, choix et contraintes de formation

3.6.1. Facteurs concernant l'envie de se former

Trois envies principales (note supérieure à 4/5) motivent les MK à se former : « L'envie de se perfectionner », « l'envie personnelle de se former » et « l'envie de combler des lacunes » (ANNEXE VII).

L'idée d'une « meilleure reconnaissance » et la possibilité de « rencontrer des professionnels » sont des motivations moyennes (note comprise entre 2 et 3).

« Répondre à l'obligation de formation continue » n'est pas une priorité pour les MK.

Il n'existe pas de différence statistiquement significative selon le genre, le type d'activité, la taille de la ville d'activité, le fait d'être plus ou moins formé que la moyenne (plus ou moins de 5 formations en 5 ans) et le fait d'avoir réalisé une formation continue universitaire.

3.6.2. Facteurs influençant le choix de formation

Deux critères ont une certaine importance (plus de 4/5) pour les MK dans le choix de leur formation : « le plaisir personnel » qu'ils trouvent à réaliser cette formation ainsi que « l'applicabilité » de cette formation dans leur pratique quotidienne.

Six autres critères ont une importance moyenne : la « validation scientifique » de la formation, sa « localisation », sa « prise en charge financière » par les dispositifs DPC et FIF-PL, le fait que cette formation soit « demandée par les patients », le « bouche à oreille » et son « coût ».

La « rentabilité financière » possible d'une formation est le critère le moins important aux yeux des MK interrogés.

La « prise en charge DPC / FIF-PL » ainsi que la « localisation » de la formation sont des critères significativement plus importants pour les MK libéraux que pour les MK salariés.

La « validation scientifique » d'une formation est un critère de choix significativement plus important pour les MK ayant suivi une formation universitaire que pour les MK n'ayant pas suivi de formation universitaire.

Pour les autres critères, il n'existe pas de différence statistiquement significative.

3.6.3. Facteurs contraignant les masseurs-kinésithérapeutes dans la volonté de se former

La contrainte la plus importante pour les MK est le « manque de temps », mais la valeur reste moyenne (3,37/5). Les autres contraintes présentées montrent une importance moyenne elles aussi, avec des valeurs comprises entre 2 et 3.

Le « manque d'envie » est la contrainte la moins importante, avec une note moyenne de 1,12/5.

Les MK salariés décrivent significativement moins de « manque de temps » et de « difficulté pour assurer la continuité de soins » que les MK libéraux, mais un plus grand « manque de moyens financiers ».

Pour les autres critères, il n'existe pas de différence statistiquement significative.

4. DISCUSSION

4.1. Biais

Plusieurs biais méthodologiques, cognitifs, affectifs et sociaux limitent la fiabilité de notre enquête (47).

4.1.1. Biais méthodologiques

Le premier est le biais de sélection et de communication. Concernant le recueil des données à partir d'une population de MK exerçant en secteur libéral, nous avons confié la diffusion de notre questionnaire à l'URPS-MK Grand-Est et la FFMKR. Ainsi, nous n'avons sollicité que les MK inscrits à ces organismes. Ces derniers ont pour habitude de contacter les MK en leur transmettant plusieurs bulletins d'informations et messages de communication par courriel, à condition que la liste de diffusion soit à jour. De cette façon, nous nous sommes rendus tributaires de ce possible défaut de propagande. Ainsi, obtenir les réponses des MK du Grand-Est de manière exhaustive fut impossible.

En ce qui concerne les MK salariés, un envoi global était impossible. Nous avons dû procéder au cas par cas en sollicitant diverses structures de la grande région. De part des limites matérielles et temporelles importantes, il ne fut pas possible de contacter toutes celles recensées (n = 212) au préalable. Seuls 75 établissements reçurent le questionnaire et 17 acceptèrent de le diffuser au sein de l'équipe de kinésithérapie.

S'agissant du questionnaire, la longueur, le temps nécessaire pour y répondre ainsi que la densité des questions ont pu provoquer des biais cognitifs tels qu'un sentiment de lassitude et des comportements d'évitement (47).

Les dernières questions concernant l'envie, le choix et les contraintes de formation ont pu être victimes de ces derniers biais, alors qu'elles demandaient le plus d'introspection et de patience. Cependant, l'effet de récence (fait de donner de l'importance à ce qui se situe en fin de questionnaire (47)), a pu contrebalancer cette lassitude. Nous ne notons qu'une perte de 7 répondants entre le début et la fin du questionnaire. Afin d'éviter cela, il aurait fallu rendre obligatoire la réponse à ces questions.

Deux cent trente-deux personnes sur 405 répondirent à la question ouverte « Quelles formations comptez-vous réaliser par la suite ? » située en fin de questionnaire. Les différences orthographiques et l'hétérogénéité des réponses rendirent son exploitation impossible.

La formulation des questions ci-dessous a pu entraîner des biais de compréhension, mis en évidence lors de l'analyse des réponses.

La question « Quelle(s) est (sont) la(es) spécialité(s) de votre service ? » voulait interroger les MK salariés sur les spécialités du service où ils exercent. Il aurait donc fallu préciser « Quelle(s) est (sont) la(es) spécialité(s) du service dans lequel vous exercez », pour éviter que les répondants ne nous indiquent toutes les spécialités de l'établissement.

La question « Sur vos 5 dernières années d'exercice (ou depuis l'obtention de votre D.E si cela remonte à moins de 5 ans), combien de formations différentes avez-vous suivies ? » n'aurait dû être ouverte qu'aux MK ayant plus de 5 années d'expérience, les résultats des plus jeunes étant moins pertinents et difficilement comparables aux autres. Ce biais fut malgré tout contourné au moment de l'analyse statistique, mais cela allongea inutilement le temps de réponse, augmentant ainsi la possibilité de voir apparaître les biais cognitifs précédemment cités.

Concernant les formations non universitaires, dans la catégorie « cardiologie, respiratoire et gestes et soins d'urgence », nous avons omis la proposition « bronchiolite », une proposition souvent revenue dans la case « autre » mais créant ainsi un biais d'omission important.

Dans la partie « formations universitaires », demander la ville d'obtention du DU/Master/Doctorat fut peu pertinent et chronophage pour les répondants.

À la question « Donnez une note de 0 à 5 à l'importance qu'ont, ou ont eu, les paramètres ci-dessous dans votre volonté de vous former », la différence entre les propositions « la volonté de vous perfectionner » et « la volonté de combler des lacunes » a pu être mal saisie. L'idée était de savoir si les MK voulaient consolider leurs connaissances déjà acquises, ou bien découvrir de nouvelles notions. Il aurait donc été plus judicieux d'utiliser ces termes-ci.

4.1.2. Biais sociétaux et affectifs

Il existe, parmi la liste des formations non-universitaires proposée, des concepts et méthodes que le CNOMK qualifie de « dérive thérapeutique », et qui sont donc non conformes à la déontologie (48) : la « fasciathérapie » méthode Danis Bois, la « microkinésithérapie », la « kinésiologie », la « biokinergie » et l'ostéopathie crânienne. L'ostéopathie viscérale est elle aussi pointée du doigt dans un rapport commandé par le CNOMK (49).

Le questionnaire ayant été envoyé par des instances officielles (URPS et syndicat) et dans le cadre d'une formation initiale, il est possible que certains formés à ces pratiques ne veuillent pas le faire savoir. Le taux de réponse à ces propositions est donc possiblement plus faible que dans la réalité.

Malgré cela, la « thérapie manuelle viscérale », la « fasciathérapie », la « thérapie manuelle crânienne » et la « microkinésithérapie » obtiennent des scores relativement élevés, de respectivement 17%, 16%, 7% et 7%.

Plusieurs biais de désirabilité sociale (comportement consistant à se montrer sous une facette positive lorsque l'on est interrogé ou observé (47)) sont possiblement présents quant à la question concernant les critères de choix d'une formation.

Mettre une note importante à la proposition « validation scientifique de la formation » est vu comme bénéfique et donnant une bonne image de soi, l'EBP étant au cœur des bonnes pratiques en kinésithérapie.

Mettre une note importante à la proposition « rentabilité financière » peut être mal vu. En France, le rapport à l'argent semble être délicat (50) ; il semble plus socialement acceptable de vouloir se former non pas pour des raisons financières mais plutôt pour des raisons de développement personnel et d'amélioration des pratiques.

4.2. Représentativité de la population

L'échantillon obtenu (n = 405) représente 9,35% de la population totale de MK de la région Grand-Est. La comparaison entre les deux populations par la méthode des quotas faite *a posteriori* nous indique (ANNEXE VIII) :

- une surreprésentation des femmes avec 62,7% dans notre échantillon et 49,8% dans la population totale,

- une surreprésentation des MK de moins de 25 ans et des MK âgés de 40 à 54 ans et une sous-représentation des MK âgés de 25 à 39 ans,
- une surreprésentation des MK travaillant dans les départements de la Meurthe-et-Moselle et des Vosges et une sous-représentation des MK travaillant dans les départements de la Marne, du Bas-Rhin et du Haut-Rhin.

Cette représentativité plus importante de la région Lorraine pourrait s'expliquer par le fait que les MK travaillant et formés en Lorraine pourraient avoir un sentiment confraternel plus important envers un étudiant issu du même Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie (IFMK).

4.3. Comparaison avec la littérature

Les données recueillies par notre enquête sont comparables à celles de D. Mizera en 2012 concernant les « thérapies manuelles », la « rééducation périnéo-sphinctérienne » et le « massage », obtenant des scores importants dans les deux études (3).

Malgré des dénominations de thèmes de formation différentes, il faut noter un faible score de la « kinésithérapie respiratoire », de « l'ortho-traumato-rhumatologie » et des « thérapies par bandes » contrairement à notre enquête où ces thématiques de formation étaient fortement suivies, par respectivement 55%, 49,8% et 48,9% des MK libéraux.

Nos données sont en revanche plus comparables à celles obtenues par G. Kech en 2014 (34). Les formations en « kinésithérapie respiratoire », « thérapie manuelle », « massage » et « traitement du rachis » étaient les plus réalisées par les MK de son échantillon, tout comme pour le nôtre. La formation en « K-taping », pourtant 2ème formation la plus réalisée (34,8%) par les MK de notre échantillon, est, en revanche, absente de la sienne. Il se pourrait que le regain d'intérêt et le développement de formation pour ce type de technique soit ultérieur à l'étude de G. Kech.

4.4. Évaluation des Pratiques Professionnelles

L'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) est obligatoire pour valider une action de DPC (30). La Loi n°2004-806 du 9 août 2004, Art. L.4321-17 (51), relative à la politique de santé publique, prévoit que : « *dans chaque région, un conseil régional de l'ordre*

des masseurs-kinésithérapeutes organise et participe à des actions d'évaluation des pratiques de ces professionnels, en liaison avec le conseil national de l'ordre et avec la Haute Autorité de santé ».

Afin de répondre au législateur, le CNOMK et son homologue régional ont commandé une enquête d'évaluation des pratiques professionnelles auprès de l'équipe de recherche de Franck Gatto de l'Université de Montpellier en 2009 (52). Les résultats de l'enquête étaient très satisfaisants, puisque 78,8% des réponses des MK étaient conformes aux bonnes pratiques et aux données de la Science en médico-kinésithérapie et que 75% des MK l'étaient aussi en matière d'éducation.

L'enquête révélait aussi une différence entre les MK ayant suivi une formation complémentaire universitaire (DU ou parcours Licence/Master/Doctorat) et ceux ne l'ayant pas fait. De meilleurs scores de conformité aux données de la science, la légitimation du travail d'autonomisation du patient et des exercices, ainsi que le sentiment de nécessité de travailler en équipe et en réseau furent plus importants pour ces premiers.

4.5. Les formations les plus réalisées

Une étude de Panchout *et al.* en 2017 étudiant la prévalence des pathologies rencontrées en kinésithérapie libérale nous a permis de comparer les chiffres de la formation continue à ceux de la pratique (53).

4.5.1. Les 3 formations les plus réalisées

4.5.1.1. Respiratoire-pédiatrique ou bronchiolite

La formation en « respiratoire-pédiatrique » est la plus suivie par les MK de notre échantillon (36,5%). Dans le thème « cardio-respiratoire et urgences » la proposition « bronchiolite » faisait figure absente. Huit MK l'ont alors indiquée dans la case « autre », proposition la plus spontanément retrouvée, toutes catégories confondues. Nous pouvons donc supposer que les MK ayant sélectionné « respiratoire-pédiatrique » l'ont fait pour indiquer avoir suivi une formation concernant la prise en charge de la bronchiolite du nourrisson, réel enjeu de santé publique chaque année.

En effet, cette affection respiratoire des voies basses, touchant près de 30% des enfants de moins de 2 ans, connaît une épidémie annuelle. Lors de la saison 2017-2018, elle a duré de novembre 2017 à février 2018 (54).

La prise en charge de ces nourrissons est primordiale pour améliorer leur résistance face à l'infection virale, diminuer les symptômes et permettre une alimentation et une hydratation suffisantes de l'enfant (55). La kinésithérapie respiratoire est cependant décriée par certains. En 2012, la revue *Prescrire* publiait un article expliquant que l'on « *dispose de données solides montrant que, chez les nourrissons atteints de bronchiolite, la kinésithérapie respiratoire n'est pas efficace et a une balance bénéfices-risques défavorable, y compris avec la technique habituellement utilisée en France* » et qu'il valait mieux *« épargner cette épreuve aux bébés »* (56). Cette publication se basait sur un article de la *Cochrane Library*, publié en 2012 puis revu en 2016, indiquant un faible niveau de preuve de l'efficacité de la kinésithérapie respiratoire chez les nourrissons atteints de bronchiolite ainsi que des effets indésirables importants, tels que la douleur ou le risque de fracture de côte (57).

Plusieurs MK et instances répondirent que « *Sur les 9 articles repris dans cette synthèse, tous concernent la prise en charge en hôpital, et 3 concernent la kinésithérapie respiratoire telle qu'elle est pratiquée en France. (…) Des études concernant la prise en charge ambulatoire de la bronchiolite permettraient de confirmer le rapport bénéfice-risque favorable de cette pratique*. » (58), des propos soutenus par le CNOMK (55), puis corrigés par la revue *Prescrire* (59,60).

C'est donc dans un contexte sous tension que les MK doivent prendre en charge ces nourrissons. 52,3% des MK affirmaient réaliser fréquemment ce type de prise en charge (53). Néanmoins, une étude réalisée par le réseau bronchiolite d'Ile de France montre que « *le travail en réseau modifie les pratiques professionnelles et améliore la qualité des soins* » (61), réaffirmant la pertinence en terme de Santé Publique de la prise en charge ambulatoire de ces patients. Il serait donc intéressant d'interroger les MK sur leur prise en charge des bronchiolites et leur relation avec les réseaux de soins.

De plus, l'enquête précédemment citée de F. Gatto a montré que 83% des réponses concernant la bronchiolite respectaient les bonnes pratiques (52).

De même, il serait pertinent d'explorer la perception qu'ont les MK non formés en prise en charge de la bronchiolite du nourrisson de cette pathologie. L'état clinique plus ou moins urgent de ces patients ainsi que l'angoisse des parents pourraient créer un sentiment

d'incertitude chez les MK non formés. Ils pourraient alors se sentir non aptes à les prendre en charge. La demande de soin étant importante chaque hiver pour faire face à cette épidémie, les MK se formeraient alors pour pouvoir prendre en charge efficacement et sans danger les nourrissons atteints.

4.5.1.2. Le K-taping

Le Kinesiology Tape ou K-taping est une technique de thérapie par bandes, créée en 1973 par le Dr Kase, utilisant des bande adhésives et élastiques de couleur. De la même famille que le taping ou le strapping, la bande présenterait « *sensiblement les mêmes propriétés que la peau et régulerait l'équilibre des systèmes circulatoire, nerveux et musculaire* » et « *favoriserait la microcirculation et restituerait une mobilité indolore en améliorant la proprioception* » (62). Utilisée à l'origine par les thérapeutes du sport, elle s'est aujourd'hui présentée comme utilisable dans de nombreux domaines tels que l'orthopédie, la pédiatrie, la neurologie et la gynécologie, entre autres (63).

Il s'agirait de la deuxième formation la plus réalisée par les MK interrogés (34,8%), et sans différence significative entre les hommes et les femmes ou les libéraux et les salariés. Ce résultat important fait figure de nouveauté en comparaison avec les précédents états des lieux de D. Mizera et G. Kech, où cette formation était faiblement réalisée, voire absente (3,34).

Technique grandement utilisée et surtout étudiée, la littérature scientifique ne semble malgré tout pas aller dans le sens escompté par les fabricants de K-taping. En effet une revue de la littérature étudiant ses effets sur la douleur chez les patients ayant des troubles musculo-squelettiques évoquait un « potentiel limité » et un effet « non significatif » de l'apposition de ce dispositif chez les sujets étudiés (64). La conclusion d'une méta-analyse plus récente était la même concernant son effet sur les performances sportives chez les athlètes (65). Aussi, le traitement par le K-taping de la douleur antérieure du genou chez un patient atteint de syndrome fémoro-patellaire (66) ne montre aucun résultat significatif en comparaison avec des traitements kinésithérapiques classiques.

Paradoxalement, les MK formés à cette technique ne semblent pourtant pas accorder moins d'importance à la littérature scientifique que les MK non formés. En effet, à la question concernant l'importance de la « littérature scientifique » quant à leur choix de formation, leur

score moyen est de 3,19 / 5 (n = 114), très légèrement supérieur à la moyenne totale de 3,14 / 5.

Il est aussi intéressant de noter que les MK ayant obtenu leur D.E avant 2002 (moyenne globale d'obtention du D.E) ont moins suivi la formation en K-taping (29,5%) que ceux l'ayant obtenu après 2002 (38,5%). Un regain d'intérêt pour cette technique, existant pourtant depuis les années 70, pourrait alors être expliqué par l'essor des outils de communication et de publicité véhiculés par certains sportifs de haut niveau médiatisés à outrance.

4.5.1.3. La prise en charge de l'épaule

La 3ème formation la plus réalisée est celle concernant la prise en charge de l'épaule (33,8%). Les pathologies de la ceinture scapulaire sont nombreuses et variées, les diagnostiquer est donc une tâche difficile. Pour autant, elles font partie des pathologies les plus fréquemment rencontrées en cabinet libéral (96,7% (53)).

Les tests physiques de l'épaule n'ont cessé d'évoluer. Leur pertinence, significativité et fiabilité sont remis en question par la littérature scientifique (67,68). Dans ce contexte d'évolution des pratiques, se former de manière régulière à ce sujet particulièrement mouvant est un moyen de respecter les obligations d'entretien et de perfectionnement de ses connaissances, décrites par le Code de Déontologie des Masseurs-Kinésithérapeutes.

Face à une telle évolution des pratiques, les MK se formeraient pour mettre à jour leurs connaissances et trouver des réponses aux situations rencontrées avec leurs patients. Ainsi, quand nous analysons les réponses des formés en prise en charge de l'épaule, nous notons qu'ils se forment significativement plus que la moyenne en « bilan et diagnostic » (40% contre 28% pour la moyenne des MK). Ceci supporte les arguments développés ci-dessus concernant la difficulté du diagnostic de l'épaule. De même, ils suivent, entre autres, davantage la formation concernant la méthode « Complexe Global de l'Épaule » (CGE), marque privée de Thierry Marc, MK, et méthode entièrement dédiée au diagnostic et traitement des dysfonctions de l'épaule. Une revue de la littérature a attribué un niveau de preuve de 4 / 5 (niveau de preuve faible) à cette méthode dans le traitement des conflits sous-acromiaux, et un niveau de preuve 1 / 5 (niveau de preuve fort) à la « *kinésithérapie de « 1er cycle » (étirements, exercices musculaires et neuromusculaires)* » (69). Ceci pose donc la question de la nécessité de se former à la prise en charge de l'épaule lorsque la boîte à outils des MK obtenue par la formation initiale montre déjà ses preuves. La prise en charge

en charge de l'épaule nécessite-t-elle des techniques spécifiques ou un raisonnement clinique pertinent ?

4.5.2. La pelvipérinéologie, une question de genre

Parmi les MK ayant été formés en pelvipérinéologie, 51,2% sont des femmes contre 17,8% d'hommes. Cette thématique semble davantage féminisée. En effet, trois des cinq formations significativement plus réalisées par les femmes s'inscrivent dans le thème de la pelvipérinéologie (la « rééducation périnéo-sphinctérienne chez la femme », la « gymnastique hypopressive » et la « prise en charge autour de l'accouchement »).

Nous pouvons supposer que ces chiffres sont extrapolables à ceux de la pratique et donc que les MK femmes exerceraient plus dans ce domaine que les MK hommes. Les raisons à cela peuvent être multiples.

Tout d'abord, l'incontinence urinaire (IU) est l'une des principales raisons de consultation chez les MK formés en pelvipérinéologie, et 31% des MK libéraux français prennent en charge plus ou moins régulièrement ces troubles (53). Les femmes présentent plus de facteurs de risque de développer ces troubles (faiblesse anatomique du plancher pelvien, grossesse et accouchement, vieillissement physiologique et activité sportive hyperpressive (70,71)) que les hommes (vieillissement et prostatectomie (72)). De ce fait les femmes représenteraient la majorité de la patientèle consultant dans ce cadre.

D'autre part, concernant le sentiment de légitimité de prise en charge en pelvipérinéologie, il pourrait être plus faible chez les MK hommes, moins concernés par ces troubles. Les MK femmes, elles, sont statistiquement plus à risque.

Enfin, les patientes pourraient être, elles aussi, un facteur de cette disparité de genre en préférant être prises en charge par une MK femme : connaissance du corps et pudeur, religion et idéologie, les raisons pourraient être diverses.

C'est pourquoi, devant la forte demande en MK femmes et la faible demande en MK hommes, le nombre de MK hommes formés en pelvipérinéologie n'aurait pas de raison d'augmenter. En conséquence, les hommes atteints d'IU pourraient avoir plus de difficultés à être pris en charge, s'ils le souhaitent, par un MK homme.

4.5.3. Les thérapies manuelles

Les thérapies manuelles sont un domaine de la masso-kinésithérapie très suivi puisque 76,8% des MK sont formés dans une ou plusieurs formations de cet ensemble très varié et surtout hétérogène. On y retrouve la thérapie manuelle structurelle ou fonctionnelle, les techniques de réflexothérapie (réflexologie plantaire, auriculothérapie, massage réflexe, dry needling et trigger points), l'ostéopathie, la fasciathérapie et d'autres.

La masso-kinésithérapie est historiquement un métier manuel puisque, comme l'indiquait l'ancienne définition du Code de la Santé Publique : elle « *consiste à pratiquer habituellement le massage et la gymnastique médicale* ». Maintenant absent de la définition en vigueur de l'Art. 4321-1 de ce même code, le versant manuel reste incontournable, jusque dans la dénomination même de la profession (14).

La limite entre la thérapie manuelle structurelle et la thérapie manuelle fonctionnelle est floue et non définie dans la littérature scientifique.

Selon les programmations des formations respectives, la différence a lieu dans les procédés correctifs. La première semble s'intéresser à la « *libération de segments hypo-mobiles* » par des techniques « *directes* » de normalisation (73). La deuxième traite les troubles des mouvements articulaires mineurs par techniques correctives « *fonctionnelles* », en opposition aux techniques « *directes* », « *d'équilibration tensionnelles et myofaciales* » (74). Les MK interrogés ont suivi en plus grand nombre la « thérapie manuelle structurelle » (29,1%) que la « thérapie manuelle fonctionnelle » (22,7%).

Ces techniques ont vocation à participer au traitement des affections musculo-squelettiques comme les arthropathies et les rachialgies, entre autres, causes principales d'invalidité dans le monde (75), et par conséquent, pathologies les plus rencontrées en cabinet libéral (près de 98% des prises en charges (53)). En effet, les lombalgies sont un enjeu de santé publique majeur puisqu'il est estimé que 40 à 70 % de la population mondiale est ou sera touchée par cette pathologie (76). Nos résultats sembleraient montrer que les MK souhaitent se former en conséquence, puisque que la zone anatomique la plus étudiée en formation continue en thérapie manuelle est le rachis (28,8%). S'ensuivent les membres (21,5%), les viscères (16,8%) et le segment cranio-facial (6,6%).

Nos résultats montrent que 21% des MK de notre échantillon (n = 83) se sont formés en ostéopathie, un chiffre supérieur à la moyenne nationale du nombre de masseurs-kinésithérapeutes-ostéopathes, qui est de 10,2% (n = 9 037 (77)). De fait, les formations en ostéopathie sont variées, et seules celles diplômantes réalisées en école d'ostéopathie en accordent le titre. Les formations plus courtes enseignant les techniques d'ostéopathie n'offrent pas ce double titre.

Un élément important manquait à la liste de choix proposée en thérapie manuelle : la Thérapie Manuelle Orthopédique (TMO). C'est « *une spécialisation de la kinésithérapie pour la prise en charge des troubles neuro-musculo-squelettiques basée sur un raisonnement clinique et utilisant des approches thérapeutiques hautement spécifiques incluant des techniques manuelles et des exercices thérapeutiques. La TMO englobe également et est guidée par l'évidence scientifique et clinique disponible et la spécificité biopsychosociale de chaque patient* » (78). La TMO propose donc non seulement des techniques de thérapie manuelle (massage, mobilisation, manipulations), mais aussi des exercices spécifiques, une vision répondant plus aux données actuelles de la science en accord avec les critères EBP.

En effet, la thérapie manuelle est « *limitée* » et ses résultats sont possiblement « *conséquences des effets contextuels* » (79). Elle doit être un adjuvant à l'exercice physique, l'activité physique adaptée et le contrôle moteur, éléments centraux et de haut niveau de preuve du traitement de nombreuses pathologies orthopédiques (80,81).

Les autres formations de la catégorie « thérapies manuelles » sont elles aussi fortement suivies, mobilisant entre 7 et 20% des MK, malgré leurs différences. C'est un signe de la diversité importante des techniques de traitement en masso-kinésithérapie.

Tout comme pour la « prise en charge de l'épaule », les recommandations de bonne pratique en musculo-squelettique nous invitent à utiliser des techniques déjà présentes dans la boîte à outils fournie par les IFMK en formation initiale. Ainsi, faire le choix de suivre de multiples formations concernant des techniques dites passives et non en accord avec les données actuelles de la science paraît contestable. Réaliser des formations concernant l'éducation du patient, le raisonnement clinique et le diagnostic différentiel semble être un choix plus judicieux afin de savoir adapter ses techniques à la singularité de chaque patient. La TMO, qui tente de regrouper tous ces aspects de la prise en charge en musculo-squelettique, paraît une formation pertinente à réaliser.

4.5.4. Les masseurs-kinésithérapeutes salariés

La formation « gestes et soins d'urgence » est la formation la plus suivie par les MK salariés (47%), et ce significativement plus que par les MK libéraux (14,5%). L'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence, créée le 3 mars 2006, est obligatoire à l'obtention du D.E. depuis 2010 et doit être renouvelée tous les 4 ans si le formé souhaite conserver cette compétence (82,83). Elle n'est pour autant pas obligatoire pour le personnel déjà en exercice. Cette différence de taux observée à l'issu de notre questionnaire ne serait tout simplement due qu'à l'année d'obtention du D.E. de nos répondants.

En effet, 24% des MK ayant obtenu leur D.E. avant 2010 ont suivi cette formation, contre 7% pour les plus jeunes. Cela pourrait s'expliquer par l'intégration de cette formation à la formation initiale. Car même si elle ne revêt pas de caractère obligatoire, elle permet, comme son nom l'indique, la gestion et la promulgation des soins d'urgence, une compétence intéressante à acquérir face aux patients fragiles que les MK peuvent rencontrer.

La différence entre les salariés et les libéraux pourrait s'expliquer ainsi, puisque les MK travaillant en secteur institutionnel, notamment en service de respiratoire, cardiologie, réanimation ou encore en gériatrie, sont confrontés à des patients susceptibles de devoir recevoir des gestes et soins d'urgence, ce qui est moins le cas pour les MK libéraux.

La neurologie est elle aussi un domaine privilégié des MK salariés (53,57% contre 16,91% pour les MK libéraux) et spécialement ceux travaillant dans une institution spécialisée en neurologie (64,8%). Ceci peut s'expliquer par l'existence de plusieurs CMPR et de SSR accueillant exclusivement un public atteint de troubles neurologiques. Dans une volonté de se spécialiser en neurologie, les MK salariés travaillant dans ces structures se formeraient donc préférentiellement en cela.

Pour autant, ces patients nécessitent la plupart du temps un suivi au moyen ou long cours en cabinet libéral après leur passage en institution. Le nombre de MK libéraux formés en neurologie pourrait alors sembler faible face à la demande des patients. En effet, l'étude de Panchout *et al.* précédemment citée, a montré que 47,6% et 46,6% des MK libéraux rencontraient fréquemment des patients dans le cadre, respectivement, d'un Accident Vasculaire Cérébral et de la maladie de Parkinson (53). Ces chiffres, en décalage avec ceux de la formation continue en neurologie des MK libéraux, pourraient indiquer une formation initiale suffisante dans ce domaine et donc une non nécessité de la part des MK

d'approfondir leurs connaissances. A l'inverse, cela pourrait montrer que les patients en neurologie sont pris en charge par des MK insuffisamment formés dans ce domaine. Une évaluation des pratiques professionnelles des MK en neurologie répondrait à cette question.

Il faudrait cependant qu'ils actualisent leurs acquis afin de faire évoluer leurs pratiques selon les nouvelles recommandations, afin de respecter le Code de Déontologie de la Masso-Kinésithérapie.

4.6. Nombre de formations réalisées

Tout d'abord, la corrélation entre l'âge des MK et le nombre de formations réalisées au cours des 5 dernières années indiquerait une volonté plus forte de se former chez les jeunes MK que chez les MK plus âgés.

Si les MK plus âgés se forment dans le but de découvrir d'autres techniques de traitement, ils verront l'offre de formations qui leur sont inconnues diminuer au fil du temps. En revanche, s'ils le font dans le but d'actualiser et de perfectionner leurs connaissances, ils devront continuer à se former tout autant, les données de la science évoluant continuellement.

Ensuite, les femmes se forment plus que les hommes (+ 1,14 formation durant ces 5 dernières années), mais cela s'explique difficilement. Il parait peu probable que les pratiques des MK femmes nécessitent plus de formations que celles des hommes. Seulement, les femmes seraient peut-être plus concernées par la formation continue et par le fait d'étoffer leurs connaissances. Les résultats démographiques de l'enquête sembleraient aller dans ce sens, puisque 62,72% des répondants sont des femmes, un chiffre bien supérieur à la moyenne nationale, ce qui pourrait traduire un intérêt plus grand pour la formation continue.

D'autres hypothèses sont possibles pour expliquer cette différence de quantité de formations réalisées. Elles pourraient simplement ressentir un besoin de formation plus important, motivé par une envie de s'améliorer ou par humilité concernant leurs connaissances, ou bien encore par une curiosité plus importante les entrainant vers des thèmes de formation plus variés. Des études supplémentaires pourraient étudier ces différences.

Enfin, les MK libéraux se forment plus que les MK salariés (+ 1,20 formation durant ces 5 dernières années). Ces derniers travaillant généralement face à une patientèle moins

variée et dans un service plus spécialisé, le besoin de se former en de multiples domaines paraît moins important que pour les MK libéraux.

De plus et comme vu auparavant, les thérapies manuelles sont un thème important de formation des MK libéraux, contrairement aux MK salariés. En effet, elles sont peu applicables aux domaines majoritairement retrouvés en secteur institutionnel (respiratoire, neurologie, cardiologie et gériatrie). En revanche, l'ortho-traumato-rhumatologie permet, elle, d'user des techniques de thérapies manuelles, et les MK salariés exerçant dans ce secteur sont ceux se formant le plus (4,54 contre 4,11 formations durant ces 5 dernières années). Cela semble donc souligner l'influence des thérapies manuelles sur la quantité de formations continues réalisées.

Ces différences sont aussi dépendantes des contraintes que rencontre chaque MK dans sa volonté de se former, ce dont nous allons discuter par la suite.

La durée de la formation réalisée est un élément manquant à notre questionnaire rendant l'étude de la quantité de formations réalisées moins significative. Il aurait fallu pouvoir comparer le nombre d'heures de formations auxquelles les différents MK ont assisté, et ainsi définir si une population se forme plus qu'une autre, et non si une population assiste à plus de formations qu'une autre.

Enfin, il est aussi important de se questionner concernant la relation entre la quantité et la qualité des formations suivies. Réaliser une formation d'une durée de quelques jours et en réaliser une autre de plusieurs mois ou années ne semble pas être comparable. Les objectifs de formations sont différents, tout comme les moyens pédagogiques mis en œuvre.

4.7. Discussion des motivations et des contraintes

4.7.1. Motivations pour se former

Les principaux critères motivant les MK à se former sont la « volonté de se perfectionner » et celle de « combler des lacunes ». Gagner en compétences est donc primordial selon eux, avec une note moyenne de 4,48 / 5, un bilan partagé avec la littérature scientifique, et correspondant à la définition et au but premier de la formation continue (1,84). Les MK recherchent donc dans celle-ci une amélioration de leur pratique, des résultats que la littérature a tendance à valider (21,38,39).

Les critères de moyenne importance ont une dimension moins clinique et plus sociétale. Pouvoir « rencontrer des professionnels » de différents horizons et métiers ainsi que « gagner en reconnaissance », deux critères choisis par les MK, pourraient avoir une relation conjointe. Avoir l'opportunité d'échanger avec différents praticiens autour d'un thème commun est un moyen enrichissant de faire évoluer sa pratique et de faire connaître ses compétences. La masso-kinésithérapie étant soumise à la prescription médicale, démontrer la plus-value de la prise en charge masso-kinésithérapique aux prescripteurs est un pas vers une plus grande reconnaissance. Participer à des formations pluri professionnelles ou encore à des congrès est un moyen de satisfaire ces deux envies. L'OGDPC l'a bien compris, en proposant de nombreuses formations pluridisciplinaires.

Enfin, le respect de l'obligation légale de formation continue ne semble que peu important pour les répondants (1,61 / 5). Le mémoire de G. Kech a mis en lumière cet élément puisque 29,4% des MK affirmaient que la formation continue n'était pas une obligation légale, et 86% ignoraient les sanctions en cas de manquement à ce principe (34).

4.7.2. Critères de choix de formation

Les MK voulant se former apportent une grande importance au « plaisir personnel » que la formation va leur apporter, ainsi que « l'applicabilité » de celle-ci dans leur pratique quotidienne. Ce deuxième point est mis en évidence par notre questionnaire chez les MK salariés, puisqu'ils se forment significativement plus dans le domaine de spécialité de leur service d'activité. N'ayant pas demandé leur domaine d'expertise aux MK libéraux, s'ils en ont, nous ne pouvons confirmer cette corrélation chez cette population.

Malgré l'importance de l'EBP à la bonne pratique de la masso-kinésithérapie, les MK interrogés accordent une importance moyenne à la « validation scientifique » d'une formation, mais il semble exister des disparités en fonction de l'âge des MK. En effet, ceux plus jeunes que la moyenne paraissent y accorder plus d'importance (3,25 / 5) que les plus âgés (2,98 / 5). Ce résultat semble correspondre à ceux retrouvés dans la littérature scientifique, indiquant que les jeunes physiothérapeutes auraient une attitude plus positive envers l'EBP (11). Ce constat pourrait mettre en lumière des différences de pratique selon l'âge. Les MK plus âgés tendraient vers une pratique basée, non sur les preuves, mais sur leur expérience clinique. Les conclusions hâtives, que ces MK tireraient, risqueraient de les entraîner vers un empirisme illusoire. Être profondément accroché à des croyances et les

confronter à des preuves allant à l'inverse de celles-ci peut créer une dissonance cognitive (tension interne au système de pensées, croyances, émotions et attitudes (85)). Dans un but de protection de leurs croyances, ils nieraient l'existence de tout élément contradictoire. Pratiquer la masso-kinésithérapie doit toujours être la combinaison de l'expérience clinique, de la singularité du patient et de l'évidence scientifique.

Répondre à la « demande des patients » est un critère de moyenne importance pour les MK interrogés. Il est intéressant de noter que ceux y accordant une grande importance (note supérieure à 4 / 5) se forment moins que la moyenne dans la quasi-totalité des thèmes de formations, sauf une : « la médecine des plantes et l'homéopathie » (+10% par rapport à la moyenne). Ce constat est étonnant au regard du contexte social et scientifique actuel autour de l'homéopathie. En effet, les méta-analyses rigoureuses n'ont pas permis de démontrer son efficacité (86,87) et son utilisation, enseignement et remboursement sont décriés en France par les académiciens de la santé (88). Enfin, il semblerait tout aussi intéressant d'interroger les patients concernant leurs attentes en kinésithérapie.

Concernant l'importance de la « prise en charge financière par le DPC ou le FIF-PL » de leur formation, ceci est moyennement important (2,89 / 5). Les MK salariés y accordent significativement moins d'importance puisque le financement de leurs formations est géré par leur employeur et les Organismes Paritaires Collecteurs Agréés (OPCA), chargés de collecter les fonds de la formation professionnelle et de financer celle-ci, auxquels cotisent l'employeur (30). Malheureusement, notre enquête n'interroge pas les MK sur leur utilisation de ces dispositifs de financement (DPC et FIF-PL) contrairement à celle de D. Mizera qui nous apprenait que 15 à 22% des MK les utilisaient chaque année. Le rapport du DPC de 2017 montrait que 27% des MK éligibles étaient inscrits auprès de l'ANDPC (17).

Enfin, les critères techniques tels que « le coût » et « la localisation » de la formation n'importent, eux aussi, que moyennement les MK. Cela semblerait faire penser que la mobilité des MK n'est pas un problème majeur et que les organismes DPC et FIF-PL répondent à leurs besoins financiers.

Finalement, la « rentabilité financière » est, quant à elle, un critère peu important pour les MK. De fait, en France, les tarifs de l'exercice conventionné doivent suivre la Nomenclature Générale des Actes Professionnels. Cela ne permet donc pas de faire valoir financièrement des compétences particulières obtenues au cours de la formation continue. Cependant, comme soulevé précédemment dans les biais cognitifs, ce chiffre pourrait être plus faible qu'en réalité. Il serait pertinent de comparer les MK conventionnés à ceux qui ne

le sont pas, en supposant un intérêt plus important accordé à la rentabilité financière chez ces derniers.

4.7.3. Contraintes à la formation

Concernant les contraintes rencontrées, des inégalités existent entre les MK libéraux et salariés.

Concernant le « manque de temps », c'est une contrainte importante pour tous les MK, mais, de par leur temps de travail hebdomadaire plus élevé, les libéraux semblent plus affectés (3,53 contre 2,59 / 5).

Comme l'indique le Code de Déontologie des Masseurs-Kinésithérapeutes, selon l'article R. 4321-92, « *La continuité des soins aux patients doit être assurée* ». Cette obligation légale est une contrainte de moyenne importance à la formation continue des MK, mais plus significative chez les libéraux.

Les MK salariés, eux, semblent plus souffrir du « manque de moyens financiers ». Ceci pourrait s'expliquer par le manque de moyens que subissent actuellement les institutions et plus particulièrement les hôpitaux (89).

Le « manque d'information », la « difficulté pour se rendre aux formations » ainsi que la « contrainte familiale » sont eux aussi des contraintes moyennes pour les MK, sans différence selon différents critères. Les documents recensant les formations continues existantes, à l'image du « guide des formations kiné » du magazine *Profession kiné*, permettent de limiter ce manque d'information. Ces résultats sont soutenus par une étude, qui rajouterait même le « manque de programmes pertinents » comme contrainte (84).

Ces contraintes sont principalement d'ordre organisationnel, à l'exception du manque de moyens financiers, et semblent corrélées entre elles. En effet, lorsque l'on étudie les réponses des MK ayant mis une note de 5/5 à la contrainte « manque de temps », nous observons une augmentation des scores de toutes les autres contraintes. Ce constat est identique lors de l'analyse des autres contraintes. Un MK percevant fortement l'une d'elle perçoit les autres plus intensément, le « manque de temps » semblant être l'élément central et la cause des autres contraintes. Un sentiment d'accumulation se dégage des résultats.

Enfin, comme vu lors des résultats concernant leur volonté de se former, le « manque d'envie » est la contrainte la plus faible à laquelle les MK doivent faire face. Notre enquête a ainsi pu montrer leur désir de gagner en compétences, malgré des barrières temporelles, organisationnelles et financières importantes.

4.8. Lien avec la formation initiale

La formation continue étant conséquente à la formation initiale, nous ne pouvons l'étudier sans nous intéresser au contenu de cette dernière et nous demander si celui-ci correspond non seulement à la pratique, mais aussi aux besoins et demandes des MK, rendus visibles par leurs choix de formation continue.

L'étude de Panchout *et al.* a soulevé les enseignements à revoir lors de la formation initiale afin de correspondre à la pratique de la kinésithérapie en milieu libéral (53). La réforme des études de 2015 a déjà répondu à une partie de ces besoins, tels que l'apprentissage de la neurologie par syndromes ou encore l'instauration de cas cliniques.

Aux vues des disparités de ville et des années d'obtention des D.E, une analyse rétrospective précise des formations dispensées par les différents IFMK et leur retentissement sur les formations continues réalisées est inenvisageable.

Il serait maintenant intéressant de faire le lien entre la formation initiale et les formations continues suivies par la majorité des MK, possiblement symptomatiques d'un manque d'enseignement lors de la première. La bronchiolite étant la formation la plus réalisée, la formation initiale pourrait réorganiser son enseignement en la matière. Une étude future pourrait en évaluer les effets, à la fois sur la modification ou non des choix de formation post graduation ainsi que sur l'amélioration de la prise en charge des patients.

5. CONCLUSION

La formation continue est un sujet incontournable chez les MK. C'est un moyen efficace de faire évoluer sa pratique, de gagner en compétences et de suivre l'actualité scientifique en kinésithérapie.

Grâce aux dispositifs de financement que sont le DPC et le FIF-PL, les MK ont la possibilité de se former à moindre coût, et de choisir parmi une quantité importante de formations. Certains font malgré tout le choix ne pas les utiliser, et peuvent se former à des techniques ou philosophies autres, créant ainsi une grande diversité de parcours de formation continue.

Nous avons aujourd'hui une photographie des formations réalisées par les MK du Grand-Est. Nombreux sont ceux formés en thérapies manuelles, techniques profondément attachées à l'identité du MK, mais les besoins en santé publique façonnent eux aussi le paysage de la formation continue. Ainsi, pour faire face aux épidémies annuelles de bronchiolite, les MK se sont engagés massivement en formation continue, pour prendre en charge les nourrissons en toute sécurité.

Des différences importantes existent selon les populations, les femmes s'investissant plus en pelvipérinéologie, les MK salariés plus en neurologie.

Les MK du Grand-Est sont volontaires et souhaitent améliorer leur pratique professionnelle. C'est aussi un temps d'échange avec d'autres professionnels, de santé ou non, qui motive les MK à faire valoir leurs compétences. Le manque de temps et les soucis organisationnels qui en découlent sont les contraintes principales auxquelles les MK doivent faire face.

Réaliser une nouvelle fois cette enquête dans plusieurs années sera un bon moyen de mettre en évidence et évaluer les mouvances et les évolutions dans les choix de formation des MK.

Certaines formations, comme celles concernant l'activité physique adaptée et le diagnostic différentiel, encore peu réalisées aujourd'hui, pourraient se développer dans un avenir proche, tant elles répondent à des besoins en santé publique ou à des envies de la profession.

À propos de l'Activité Physique Adaptée (APA), c'est une « *activité physique qui prend en compte la sévérité de la pathologie, les capacités fonctionnelles et le risque*

médical du patient », prescriptible par le médecin traitant dans le cadre des affections de longue durée depuis la loi de Modernisation du système de Santé n°2016-41 du 26 janvier 2016 (14). Pour faire face au 4ème facteur de risque dans le monde qu'est la sédentarité (90), plusieurs dispositifs de prescription d'APA ont vu le jour dans toute la France, l'État souhaitant investir de manière pérenne dans ce domaine, à l'image de la « Stratégie Nationale Sports-Santé 2019-2024 » (91). Le 22 octobre 2015, l'Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité a également vu le jour, sa mission étant de rassembler et d'améliorer les connaissances sur les niveaux d'activité physique et de sédentarité dans la population française (92). Même si les MK ont aujourd'hui, grâce à la formation initiale, les compétences requises à l'encadrement de l'APA, se former de manière continue dans ce domaine serait un moyen d'en devenir expert et de répondre aux enjeux de santé publique.

Concernant les formations en diagnostic différentiel, elles permettent de répondre au besoin de triage initial des patients et de détection des contre-indications (drapeaux rouges), éléments primordiaux dans une perspective d'accès en première intention sans ordonnance en masso-kinésithérapie, aussi appelé « accès direct ». Proposition des MK plusieurs fois retrouvée dans la synthèse du Grand Débat National du Conseil National de l'Ordre des MK, il permettrait, entre autres, de créer un parcours de soin plus fluide pour le patient, de mieux répartir les MK sur le territoire et de réaliser des économies de santé (93). Cependant, les formations initiales et continues devraient s'adapter à cet enjeu que représente l'accès direct pour les MK.

Cela nous permet donc d'envisager de grandes évolutions à venir concernant la formation continue des MK, dont le défi sera de s'adapter aux nouveaux enjeux de santé publique, aux transformations de la profession, ainsi qu'aux attentes des patients.

BIBLIOGRAPHIE

1. Formation continue - Définitions [**en ligne**]. INSEE. 2016. [consulté le 12 décembre 2018] Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1101

2. Cantillon P, Jones R. Does continuing medical education in general practice make a difference? BMJ [**en ligne**]. 8 mai 1999 [cité le 23 mars 2019] ; 318(7193):1276-1279. Disponible sur : http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.318.7193.1276

3. Mizera D. Formation continue en Kinésithérapie Libérale : état des lieux [**en ligne**]. 2012. [consulté le 12 décembre 2018] https://docplayer.fr/8792455-Formation-continue-en-kinasitharapie-libarale.html

4. Landers MR, McWhorter JW, Krum LL, Glovinsky D. Mandatory continuing education in physical therapy: survey of physical therapists in states with and states without a mandate. Phys Ther. Sept 2005 ; 85(9):861-871.

5. MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. *Décret n° 2008-1135 du 3 novembre 2008 portant code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes* [**en ligne**]. Journal Officiel, JORF n°0258 du 5 novembre 2008 page 16883 [consulté le 12 décembre 2018] Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2008/11/3/2008-1135/jo/texte

6. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ [**en ligne**]. 13 janv 1996 [cité 24 mars 2019] ; 312(7023):71-2. Disponible sur : http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.312.7023.71

7. Louis J. Qu'est-ce que l'Evidence Based Practice ? [**en ligne**] Blog du kiné. 2016 [cité 24 mars 2019]. Disponible sur : http://blogdukine.fr/quest-ce-que-levidence-based-practice/

8. Masquelet A. Evidence based medecine (EBM) : quelle preuve a-t-on que la médecine basée sur la preuve apporte un réel bénéfice ? e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirugie [**en ligne**]. 2010 [cité 22 mars 2019] ; 9(3) :27-31. Disponible sur : https://www.academie-chirurgie.fr/ememoires/005_2010_9_3_027x031.pdf

9. Amrhein V, Greenland S, McShane B. Scientists rise up against statistical significance. Nature [**en ligne**]. mars 2019 [cité 25 mars 2019] ; 567(7748):305-307. Disponible sur: http://www.nature.com/articles/d41586-019-00857-9

10. L'envers du décor de l'EBP [**en ligne**]. Synetic Formation Rhônes-Alpes. [cité 25 mars 2019]. Disponible sur : https://synetic-formation.com/lenvers-du-decor-de-lebp/?fbclid=IwAR3vo3AEj0XAn6pcWlMCWD3quVzGFd9hxjCNJNNXDJ5Z87wZx_eKaci7bqs

11. Gudjonsdottir B, Arnadottir HA, Gudmundsson HS, Juliusdottir S, Arnadottir SA. Attitudes Toward Adoption of Evidence-Based Practice Among Physical Therapists and Social Workers: A Lesson for Interprofessional Continuing Education. J Contin Educ Health Prof [**en ligne**]. 2017 [cité 13 mars 2019] ; 37(1):37-45. Disponible sur : http://Insights.ovid.com/crossref?an=00005141-201703710-00006

12. Mota da Silva T, da Cunha Menezes Costa L, Garcia AN, Costa LOP. What do physical therapists think about evidence-based practice? A systematic review. Man Ther [**en ligne**]. Juin 2015 [cité 26 avr 2019] ; 20(3):388-401. Disponible sur : https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1356689X1400191X

13. RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. *Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*. Code le Santé Publique [**en ligne**]. Journal officiel n°0167 du 22 juillet 2009. [consulté le 26 janvier 2019] Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/2009-879/jo/texte

14. RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. *Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 114*. Code de la Santé Publique ; [**en ligne**] Journal officiel n°0022 du 27 janvier 2016. [consulté le 26 janvier 2019] Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/2016-41/jo/texte

15. Formations DPC [**en ligne**]. Agence nationale du dpc. [consulté le 26 janvier 2019] Disponible sur : https://www.agencedpc.fr/formations-dpc

16. HAS. Développement professionnel continue (DPC) [**en ligne**]. 2019. [consulté le 26 janvier 2019] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2808961/fr/developpement-professionnel-continu-dpc

17. Rapport d'activité [**en ligne**]. Agence nationale du dpc. 2017. [consulté le 26 janvier 2019] Disponible sur : https://fr.calameo.com/read/0036568875f5321c1762d

18. Grimshaw J, Eccles M, Tetroe J. Implementing clinical guidelines: current evidence and future implications. J Contin Educ Health Prof. 2004 ; 24 Suppl 1:S31-37.

19. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. Health Technol Assess Winch Engl. févr 2004 ; 8(6):iii-iv, 1-72.

20. Sanson-Fisher RW, Grimshaw JM, Eccles MP. The science of changing providers' behaviour: the missing link in evidence-based practice. Med J Aust. 1 mars 2004 ; 180(5):205-6.

21. Brennan GP, Fritz JM, Hunter SJ. Impact of Continuing Education Interventions on Clinical Outcomes of Patients With Neck Pain Who Received Physical Therapy. Phys Ther [**en ligne**]. 1 sept 2006 [cité 27 mars 2019] ; 86(9):1251-62. Disponible sur : https://academic.oup.com/ptj/article-lookup/doi/10.2522/ptj.20050382

22. Lillehagen I, Heggen K, Engebretsen E. Unpacking knowledge translation in participatory research: a micro-level study. J Health Serv Res Policy [**en ligne**]. oct 2016 [cité 23 mars 2019] ; 21(4):217-22. Disponible sur : http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1355819616635683

23. Diplômes d'université (LMD), diplômes universitaires (DU) et diplômes inter universitaires (DIU) examinés et reconnus par le conseil national [**en ligne**]. CNOMK. 2019. [consulté le 2 février 2019] Disponible sur : http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2019/04/diplomes-valides-cno-maj-2019-04-09.pdf

24. La formation continue [**en ligne**]. Syndicat National des Masseurs-Kinésithérapeutes-Rééducateurs. [consulté le 26 janvier 2019] Disponible sur : http://snmkr.fr/la-profession/formation-continue/la-formation-continue/

25. Hulo L. Quelles sont les cources de financement de l'Agence Nationale du DPC ? [**en ligne**]. Agence nationale du dpc. 2016. [consulté le 26 janvier 2019] Disponible sur : https://www.agencedpc.fr/quelles-sont-les-sources-de-financement-de-lagence-nationale-du-dpc

26. Conrard S. DPC : Bilan mitigé. Kiné Actual [**en ligne**]. 15 mai 2014 ; (1363). [consulté le 7 février 2019] Disponible sur : https://www.maisondeskines.com/article/377-dpc-bilan-mitige

27. Charte éthique du DPC. Agence nationale du dpc [**en ligne**]. [consulté le 7 février 2019] Disponible sur : https://fr.calameo.com/read/003656887837a804a21ef?page=1

28. MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ. *Article R. 4021-24 du décret 2011-2113 du 30 décembre 2011 relatif à l'organisme gestionnaire du DPC*. [**en ligne**] Journal officiel n° 0001 du 1 janvier 2012. [consulté le 15 février 2019] Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2011/12/30/2011-2113/jo/texte

29. MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ. *Arrêté du 14 septembre 2016 relatif aux critères d'enregistrement des organismes ou structures qui souhaitent présenter des actions de développement professionnel continu auprès de l'Agence nationale du développement professionnel continu et à la composition du dossier de présentation des actions* [**en ligne**]. Journal officiel n° 0220 du 21 septembre 2016. [consulté le 15 février 2019]Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2016/9/14/AFSH1626038A/jo/texte

30. Prise en charge DPC [**en ligne**]. INK formation. [consulté le 7 février 2019] Disponible sur : https://www.ink-formation.com/infos-pratiques/prise-en-charge-dpc

31. MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE. *Arrêté du 17 mars 1993 portant habilitation de fonds d'assurance formation de non-salariés, pris en application du décret n° 93-281 du 3 mars 1993* [**en ligne**]. Journal officiel n°71 du 25 mars 1993. [consulté le 7 février 2019] Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000528120

32. RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. *Loi n°91-1405 du 31 décembre 1991 relative à la formation professionnelle et à l'emploi*. Code du travail [**en ligne**]. Journal officiel n°3 du 4 janvier 1992. [consulté le 7 février 2019] Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/1991/12/31/91-1405/jo/texte

33. MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL. *Décret n° 2015-790 du 30 juin 2015 relatif à la qualité des actions de la formation professionnelle continue* [**en ligne**]. Journal officiel n°0150 du 1 juillet 2015. [consulté le 7 février 2019] Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2015/6/30/2015-790/jo/texte

34. Kech G. Point sur la formation continue des massuers-kinésithérapeutes libéraux lorrains à l'heure du développement professionnel continue ou D.P.C. 2014. 30 p. Mémoire en masso-kinésithérapie : Nancy, Institut Lorrain de Formation en Masso-Kinésithérapie.

35. Deumie B, Georges P, Natali J-P. Contrôle de l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu et évaluation du développement professionnel continu des professionnels de santé - Rapport définitif [**en ligne**]. IGAS. Avril 2014. Report No : 2013-126R. [consulté le 7 février 2019] Disponible sur : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2013-126R_controle_OGDPC.pdf

36. Barlet M, Marbot C. Portrait des professionnels de santé [**en ligne**]. DRESS. 2016. [consulté le 22 février 2019] Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/portrait-des-professionnels-de-sante-edition-2016

37. Rapport d'activité [**en ligne**]. FIFPL. 2016. [consulté le 22 février 2019] Disponible sur : http://www.conventionfifpl.fr/img/rapport-activite-2016.pdf

38. Mazmanian PE, Davis DA, Galbraith R. Continuing Medical Education Effect on Clinical Outcomes. Chest [**en ligne**]. Mars 2009 [cité 27 mars 2019] ; 135(3):49S-55S. Disponible sur : https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0012369209601744

39. Davis D, Galbraith R. Continuing Medical Education Effect on Practice Performance. Chest [**en ligne**]. Mars 2009 [cité 27 mars 2019] ; 135(3):42S-48S. Disponible sur : https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0012369209601732

40. Forsetlund L, Bjørndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf FM, et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [**en ligne**]. 15 avril 2009 [cité 26 avr 2019] ; Disponible sur : http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003030.pub2

41. Karvonen E, Paatelma M, Kesonen J-P, Heinonen AO. Knowledge translation from continuing education to physiotherapy practice in classifying patients with low back pain. J Man Manip Ther [Internet]. Mai 2015 [cité 13 mars 2019] ; 23(2):68-74. Disponible sur : http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1179/2042618614Y.0000000091

42. Le guide des formations kinés 2017 [**en ligne**]. Profession Kiné. 28 févr 2017 [consulté le 25 février 2019] ; Disponible sur: https://issuu.com/professionkine/docs/guide2017_bd

43. Institut de géographie et d'aménagement régional de l'Université de Nantes (IGARUN). Travaux de la Commission de géographie rurale du Comité national français de géographie, « Terroirs et territoires ». Cah Nantais. (43):115.

44. Assurance Maladie. Données statistiques sur la démographie des professionnels de santé (PS) libéraux [**en ligne**]. ameli.fr. 2017. [consulté le 12 janvier 2019] Disponible sur : https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-de-sante-liberaux/demographie/effectifs-et-densite.php

45. Demeuse M. Introduction aux théories et aux méthodes de la mesure en sciences psychologiques et en sciences de l'éducation - Partie V - Chapitre 3 - Échelle de Likert ou méthode des classements additionnés [**en ligne**]. Institut de Recherche sur l'Education - Univeristé de Bourgogne. 2008. [consulté le 12 aout 2018] ; Disponible sur : http://iredu.u-bourgogne.fr/images/stories/Documents/Cours_disponibles/Demeuse/Cours/racine.pdf

46. Maydeu-Olivares A, Fairchild AJ, Hall AG. Goodness of Fit in Item Factor Analysis: Effect of the Number of Response Alternatives. Struct Equ Model Multidiscip J. 2017 ; 24(4):495-505.

47. Les fiches en lignes de La lettre du CEDIP - Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information [**en ligne**]. Centre Ministériel de Valorisation des Ressources Humaines. 2014. [consulté le 3 mars 2019] ; Disponible sur: http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf

48. Mathieu P, Dumas J-F, Srour F. Guide d'information et de prévention contre les dérives thérapeutiques [**en ligne**]. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. 2016. [consulté le 3 mars 2019] ; Disponible sur : https://fr.calameo.com/read/00077164674d27d514fe5?authid=Y6XFhOo0pTbB&page=1

49. Guillaud A, Darbois N, Pinsault N, Monvoisin R. L'ostéopathie viscérale - Rapport CORTECS [**en ligne**]. Collectif de recherche transdisciplinaire esprit critique et sciences. Oct 2016. [consulté le 3 mars 2019] Disponible sur : http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2018/03/osteopathie-viscerale-rapport-cortecs-2016.pdf

50. Halberstam J. Quand les Français n'aiment pas la réussite ! [**en ligne**] Les Echos. 4 Nov 2012. Disponible sur : http://archives.lesechos.fr/archives/cercle/2012/11/04/cercle_57934.htm

51. RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. *Loi n°2004-806 du 9 août 2004, Art. L. 4321-17, relative à la politique de santé publique*. Code de la Santé Publique [**en ligne**]. Journal officiel n°185 du 11 août 2004. [consulté le 3 mars 2019] ; Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2004/8/9/2004-806/jo/texte

52. Gatto F, Ravestein J, Ladage C, Pastor R, Couratier R. L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) des masseurs-kinésithérapeutes - Enquête [**en ligne**]. CNOMK. 2009. Disponible sur : http://paca-corse.ordremk.fr/files/2011/06/Etude-OMK-2009-Rapport-definitif_page1-591.pdf

53. Panchout E, Doury-Panchout F, Launay F, Coulliandre A. Prévalence des pathologies rencontrées en kinésithérapie libérale : un outil pour repenser l'enseignement en kinésithérapie ? Kinésithérapie Rev [**en ligne**]. Déc 2017 [cité 23 nov 2018] ; 17(192):3-10. Disponible sur : https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S177901231730503X

54. Bousquet V, Coignard B, Lévy-Bruhl D, Savitch Y. Bronchiolite - Bilan de la surveillance 2017-18 [**en ligne**]. Santé Publique France. 2018. [consulté le 15 mars 2019] ; Disponible sur : http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-respiratoires/Bronchiolite/Situation-epidemiologique-de-la-bronchiolite-en-France-metropolitaine/Archives/Bulletin-epidemiologique-bronchiolite.-Bilan-de-la-surveillance-2017-2018

55. Communiqué de presse - Bronchiolite : L'Ordre réaffirme avec force le rôle essentiel du kinéisthérapeute dans la prise en charge du nourisson [**en ligne**]. CNOMK. 2012. [consulté le 15 mars 2019] ; Disponible sur: http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2012/12/20121205-CP-bronchiolite-CNOMK.pdf

56. Bronchiolites des nourissons : pas de kinésithérapie respiratoire [**en ligne**]. Rev Prescrire. 1 déc 2012 [consulté le 15 mars 2019] ; 32(350):927. Disponible sur : https://www.prescrire.org/fr/3/31/48281/0/NewsDetails.aspx

57. Roqué i Figuls M, Giné-Garriga M, Granados Rugeles C, Perrotta C, Vilaró J. Chest physiotherapy for acute bronchiolitis in paediatric patients between 0 and 24 months old. Cochrane Acute Respiratory Infections Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [**en ligne**]. 1 Févr 2016 [cité 19 avr 2019] ; Disponible sur : http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004873.pub5

58. Fetouh M. Kinésithérapie respiratoire de la bronchiolite : utile ou dangereuse. Kinésithérapie Rev. 2014 ; 14(147):1-4.

59. Bronchiolites des nourrissons : pas de kinésithérapie respiratoire - Précisions et corrections [**en ligne**]. Prescrire. 2012. [consulté le 15 mars 2019] ; Disponible sur : https://www.prescrire.org/fr/3/31/48281/0/NewsDetails.aspx

60. Kinésithérapie respiratoire et bronchiolites : précisions [Internet]. Prescrire. 2013. [consulté le 15 mars 2019] ; Disponible sur : https://www.prescrire.org/Fr/3/31/48435/0/NewsDetails.aspx

61. Evenou D, Pelca D, Picard H. Évaluation d'un réseau de santé sur l'évolution des pratiques professionnelles - Une expérience, le Réseau bronchiolite Ile-de-France. Rech En Kinésithérapie. 2004 ; (2):69-76.

62. Delaire M. Les bandages adhésifs de couleur : un nouveau concept. Kinésithérapie Rev [**en ligne**]. Mars 2014 [cité 25 avr 2019] ; 14(147):17-21. Disponible sur : https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1779012314000059

63. Applications du K-taping [**en ligne**]. K-taping International Academy. Disponible sur : http://www.k-taping.fr/Accueil/applications/

64. Montalvo AM, Cara EL, Myer GD. Effect of Kinesiology Taping on Pain in Individuals With Musculoskeletal Injuries: Systematic Review and Meta-Analysis. Phys Sportsmed [**en ligne**]. Mai 2014 [cité 19 avr 2019] ; 42(2):48-57. Disponible sur : http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3810/psm.2014.05.2057

65. Reneker JC, Latham L, McGlawn R, Reneker MR. Effectiveness of kinesiology tape on sports performance abilities in athletes: A systematic review. Phys Ther Sport [**en ligne**]. Mai 2018 [cité 19 avr 2019] ; 31:83-98. Disponible sur : https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1466853X16301857

66. Logan CA, Bhashyam AR, Tisosky AJ, Haber DB, Jorgensen A, Roy A, et al. Systematic Review of the Effect of Taping Techniques on Patellofemoral Pain Syndrome. Sports Health Multidiscip Approach [**en ligne**]. Sept 2017 [cité 25 avr 2019] ; 9(5):456-61. Disponible sur : http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1941738117710938

67. Gismervik SØ, Drogset JO, Granviken F, Rø M, Leivseth G. Physical examination tests of the shoulder: a systematic review and meta-analysis of diagnostic test performance. BMC Musculoskelet Disord [**en ligne**]. Déc 2017 [cité 19 avr 2019] ; 18(1). Disponible sur : http://bmcmusculoskeletdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12891-017-1400-0

68. Lange T, Matthijs O, Jain NB, Schmitt J, Lützner J, Kopkow C. Reliability of specific physical examination tests for the diagnosis of shoulder pathologies: a systematic review and meta-analysis. Br J Sports Med [**en ligne**]. Mars 2017 [cité 19 avr 2019] ; 51(6):511-8. Disponible sur : http://bjsm.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bjsports-2016-096558

69. Pallot A. Conflit sous-acromial : quelles sont les preuves de nos moyens ? Kinésithérapie Rev [**en ligne**]. Avril 2017 [cité 25 avr 2019] ; 17(184):44. Disponible sur : https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S177901231730102X

70. Padmanabhan P, Dmochowski R. Urinary incontinence in women: a comprehensive review of the pathophysiology, diagnosis and treatment. Minerva Ginecol. Oct 2014 ; 66(5):469-78.

71. Body G, Deffieux X, Deruelle P, Graesslin O, Huissoud C, Riethmuller D, et al. Gynécologie, obstétrique. 4ème édition. Elsevier Masso ; 2018. 732 p. (Les référentiels des collèges).

72. Anderson CA, Omar MI, Campbell SE, Hunter KF, Cody JD, Glazener CM. Conservative management for postprostatectomy urinary incontinence. Cochrane Incontinence Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [**en ligne**]. 20 janv 2015 [cité 19 avr 2019]. Disponible sur : http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001843.pub5

73. Programme kinésithérapie manuelle structurelle [**en ligne**]. Kinesport. [consulté le 10 avril 2019] Disponible sur : https://www.kinesport.info/Formation-Therapie-Manuelle-Structurelle_a4388.html

74. Programme Thérapie manuelle fonctionnelle [**en ligne**]. Centre d'Enseignement en Thérapie Manuelle. [consulté le 10 avril 2019] ; Disponible sur : http://www.formation-therapie-manuelle.com/therapie-manuelle-fonctionnelle

75. Demoulin C, Depas Y, Vanderthommen M, Henrotin Y, Wolfs S, Cagnie B, et al. La Thérapie Manuelle Orthopédique : définition, caractéristiques et mise au point sur la situation en Belgique. Rev Med Liege. Mars 2017 ; 72(3):126-31.

76. Koes BW, van Tulder MW, Thomas S. Diagnosis and treatment of low back pain. BMJ [Internet]. 17 juin 2006 [cité 21 avr 2019] ; 332(7555):1430-4. Disponible sur : http://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.332.7555.1430

77. La démographie des ostéopathes en France [**en ligne**]. Syndicat Français des Ostéopathes. 2016. [consulté le 10 avril 2019] ; Disponible sur : https://www.osteopathe-syndicat.fr/osteopathie-france

78. Educational Standards In Orthopaedic Manipulative Therapy - Part A : Educational Standarts [**en ligne**]. IFOMPT. 2016. [consulté le 10 avril 2019] ; Disponible sur : http://www.ifompt.org/site/ifompt/IFOMPT%20Standards%20Document%20definitive%202016.pdf

79. Pinsault N, Monvoisin R. Tout ce que vous n'avez jamais voulu savoir sur les thérapies manuelles. Presses universitaires de Grenoble. 2014. 380 p. (Points de vue et débats scientifiques).

80. Babatunde OO, Jordan JL, Van der Windt DA, Hill JC, Foster NE, Protheroe J. Effective treatment options for musculoskeletal pain in primary care: A systematic overview of current evidence. Fleckenstein J, éditeur. PLOS ONE [**en ligne**]. 22 juin 2017 [cité 21 avr 2019] ; 12(6):e0178621. Disponible sur : https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0178621

81. Byström MG, Rasmussen-Barr E, Grooten WJA. Motor Control Exercises Reduces Pain and Disability in Chronic and Recurrent Low Back Pain: A Meta-Analysis. Spine [**en ligne**]. Mars 2013 [cité 21 avr 2019] ; 38(6):E350-8. Disponible sur : https://insights.ovid.com/crossref?an=00007632-201303150-00018

82. MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA FONCTION PUBLIQUE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. *Circulaire DGOS/DGS/RH1/MC n°2010-173 du 27 mai 2010 relative à l'obligation d'obtenir l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence pour l'exercice de certaines professions de santé* [**en ligne**]. [consulté le 10 avril 2019] ; Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_173_270510.pdf

83. MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES. *Arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence* [**en ligne**]. Journal officiel n°0010 du 13 janvier 2015. [consulté le 10 avril 2019] ; Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2014/12/30/AFSP1424355A/jo/texte

84. Austin TM, Graber KC. Variables Influencing Physical Therapists' Perceptions of Continuing Education. Phys Ther [**en ligne**]. 1 août 2007 [cité 13 mars 2019] ; 87(8):1023-36. Disponible sur : https://academic.oup.com/ptj/article-lookup/doi/10.2522/ptj.20060053

85. Festinger L. A theory of cognitive dissonance. Reissued by Stanford Univ. Press in 1962, renewed 1985 by author, [Nachdr.]. Stanford: Stanford Univ. Press; 2001. 291 p.

86. Baggoley C. Review of the Australian Government Rebate on Natural Therapies for Private Health Insurance. Australian Government Department of Health; 2015. 188 p.

87. Mathie RT, Ramparsad N, Legg LA, Clausen J, Moss S, Davidson JRT, et al. Randomised, double-blind, placebo-controlled trials of non-individualised homeopathic treatment: systematic review and meta-analysis. Syst Rev [**en ligne**]. Déc 2017 [cité 25 avr 2019] ; 6(1). Disponible sur : http://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-017-0445-3

88. Bontoux D, Grangeot-Keros L, Hache C. L'homéopathie en France : position de l'Académie nationale de médecine et de l'Académie nationale de pharmacie - Communiqué de presse [**en ligne**]. Académie nationale de Pharmacie, Académie Nationale de Médecine. 2019. [consulté le 20 avril 2019] ; Disponible sur : http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2019/03/CP-homéopathie-ANM-ANP.pdf

89. Errard M, Collombat B. Enquête France Info - Manque de moyens, personnel débordé... Les hôpitaux au bord de la crise de nerfs [**en ligne**]. FranceInfo. 28 avr 2018 [consulté le 10 avril 2019] ; Disponible sur : https://www.francetvinfo.fr/sante/hopital/enquete-franceinfo-manque-de-moyens-personnel-deborde-les-hopitaux-au-bord-de-la-crise-de-nerfs_2726507.html

90. World Health Organization, éditeur. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2009. 62 p.

91. Ministère des solidarités et de la santé, Ministère des sports. Stratégie nationale Sport-Santé 2019-2024 [**en ligne**]. 2019. [consulté le 26 avril 2019] Disponible sur : http://www.developpement-durable.sports.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sport_sante___4_pages.pdf

92. ONAPS. Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité [**en ligne**]. UFR de Médecine et des Professions Paramédicales. 2016. [consulté le 26 avril 2019] ; Disponible sur : http://www.onaps.fr/data/documents/brochure-presentation-Onaps.pdf

93. Le grand débat national - Contributions des masseurs-kinésithérapeutes [**en ligne**]. CNOMK. 2019. [consulté le 26 avril 2019] ; Disponible sur : http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2019/03/synthese-contribution-des-kinesitherapeutes-grand-debat-national.pdf

ANNEXES

ANNEXE I : Questionnaire de l'enquête envoyé aux MK

La formation continue des MKDE en France - Mémoire de fin d'étude

Bonjour, ce questionnaire s'intéresse à la formation continue des masseurs-kinésithérapeutes diplômés d'état exerçant dans le région Grand-Est dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude. L'objectif est d'effectuer un état des lieux via une étude statistique et de discuter des enjeux de la formation continue en 2018, en perspective de ce qui existe en formation initiale.

Ce questionnaire sera anonyme.
Le temps de réponse moyen est de 7 minutes.

Merci de votre participation.

*Obligatoire

Qui êtes-vous ?

1. **Êtes-vous un homme ou une femme ?** *
   Une seule réponse possible.
   - Homme
   - Femme

2. **En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état en masso-kinésithérapie ?** *
   _____

3. **Dans quel pays avez-vous obtenu votre diplôme d'état ?** *
   Une seule réponse possible.
   - France
   - Belgique
   - Luxembourg
   - Allemagne
   - Suisse
   - Italie
   - Espagne
   - Autre : _____

4. **Dans quel Ville ou IFMK avez-vous obtenu votre diplôme ?** *
   _____

5. **Dans quel département exercez-vous actuellement ?** *
Une seule réponse possible.

- 08 - Ardennes
- 10 - Aube
- 51 - Marne
- 52 - Haute-Marne
- 54 - Meurthe-et-Moselle
- 57 - Moselle
- 55 - Meuse
- 67 - Bas-Rhin
- 68 - Haut-Rhin
- 88 - Vosges

6. **Votre lieu de travail se situe dans** *
Une seule réponse possible.

- Une métropole (plus de 200.000 habitants)
- Une grande ville (entre 50.000 et 200.000 habitants)
- Une ville moyenne (entre 20.000 et 50.000 habitants)
- Une petite ville (entre 5.000 et 20.000)
- Un bourg (entre 2.000 et 5.000 habitants)
- Un village (moins de 2.000 habitants)

7. **Quel est votre type d'activité ?** *
Une seule réponse possible.

- Libérale *Passez à la question 10.*
- Salariale *Passez à la question 8.*
- Libérale + Salariale *Passez à la question 11.*

Passez à "Liste des formations non universitaires".

Activité salariale

8. **Dans quelle structure travaillez-vous actuellement ?**
Une seule réponse possible.

- Centre Hospitalier
- Clinique
- Soins de Suite et de Réadaptation
- Centre de Médecine Physique et de Réadaptation
- Autre : _____

9. **Quelle(s) est (sont) la(es) spécialité(s) de votre service ?**
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Brulologie
- [ ] Cardiologie
- [ ] Gériatrie
- [ ] Neurologie
- [ ] Ortho-rhumato-traumatologie
- [ ] Pédiatrie
- [ ] Respiratoire
- [ ] Soins palliatifs
- [ ] Autre : _____

Passez à "Liste des formations non universitaires".

Activité libérale

10. **Dans quelle structure travaillez-vous actuellement ?**
Une seule réponse possible.

- ( ) Cabinet individuel
- ( ) Cabinet de groupe
- ( ) Maison de Santé Pluriprofessionnelle
- ( ) Autre : _____

Passez à "Liste des formations non universitaires".

Activité libérale et salariale

11. **Comment est réparti votre temps d'activité entre le libéral et le salarial ?**
Une seule réponse possible.

- ( ) À dominante libérale
- ( ) À dominante salariale
- ( ) Équitablement répartie

Passez à "Liste des formations non universitaires".

Liste des formations non universitaires

Vous arrivez maintenant sur la liste de toutes les formations répertoriées dans le "Guide des Formations Kinés 2017" de la revue Profession Kiné publiée le 28 novembre 2017.
Pour chaque section thématique, vous pourrez sélectionner, ou non, la où les formations effectuées tout au long de votre carrière, sans limite de nombre.

Si vous n'avez réalisé aucune des formation indiquées dans une catégorie, ne cochez rien.

Liste des formations non universitaires

Si vous n'avez réalisé aucune des formation indiquées dans une catégorie, ne cochez rien.

12. **Quelles formations concernant le bilan, le diagnostic et l'imagerie avez-vous suivies ?**
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Anatomie palpatoire et examen clinique
- [ ] Le BDK
- [ ] Le diagnostic spécifique et/ou différentiel
- [ ] Echographie
- [ ] Echoscopie
- [ ] Interprétation de l'imagerie
- [ ] Le raisonnement clinique
- [ ] Autre : _____

13. **Quelles formations concernant la médecine des plantes, l'homéopathie et les thérapies énergétiques avez-vous suivies ?**
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Aromathérapie
- [ ] Biokinergie
- [ ] Homéopathie
- [ ] Huiles essentielles
- [ ] Kinésithérapie énergétique
- [ ] Naturopathie
- [ ] Physio-canning / thérapie quantique
- [ ] Phytothérapie
- [ ] Autre : _____

14. **Quelles formations concernant les thérapies manuelles, l'ostéopathie et la réflexologie avez-vous suivies ?**
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Chaines musculaires
- [ ] Crochetage
- [ ] Fasciathérapie
- [ ] Levées de tension
- [ ] Myo-tensif
- [ ] Neuro-méningée / neurodynamique
- [ ] Ostéopathie
- [ ] Thérapie manuelle fonctionnelle (hors ostéopathie)
- [ ] Thérapie manuelle structurelle, articulaire et vertébrale (hors ostéopathie)
- [ ] Thérapie manuelle cranio-faciale (hors ostéopathie)
- [ ] Thérapie manuelle des membres (hors ostéopathie)
- [ ] Thérapie manuelle du rachis (hors ostéopathie)
- [ ] Thérapie manuelle viscérale (hors ostéopathie)
- [ ] Réflexologie plantaire
- [ ] Auriculothérapie
- [ ] Massage réflexe
- [ ] Dry needling
- [ ] Trigger points
- [ ] Reboutement
- [ ] Myothérapie
- [ ] Micro-Kinésithérapie
- [ ] Autre : _____

15. **Quelles formations concernant le massage avez-vous suivies ?**
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Techniques de base du massage en kinésithérapie et perfectionnement
- [ ] Drainage lymphatique manuel et massage circulatoire
- [ ] Massage abdominal
- [ ] Massage aromatique
- [ ] Massage assis en entreprise ou évènement
- [ ] Massage aux pierres
- [ ] Massage ayurvédique
- [ ] Massage bien-être et relaxant
- [ ] Massage bébé
- [ ] Massage californien
- [ ] Massage chinois
- [ ] Massage thaï
- [ ] Massage QChi® Line
- [ ] Autre : _____

16. **Quelles formations concernant des thérapies orientales avez-vous suivies ?**
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Ventouses / cupping / hijama
- [ ] Acupuncture
- [ ] QChi® M
- [ ] Qi Gong
- [ ] Shiatsu
- [ ] Autres thérapies chinoise
- [ ] Autre : _____

17. **Quelles formations concernant des méthodes avez-vous suivies ?**
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Méthode Busquet
- [ ] Méthode C.G.E
- [ ] Méthode du Dr Ehrenfried
- [ ] Méthode Feldenkrais
- [ ] Méthode François Soulier
- [ ] Méthode G.D.S
- [ ] Méthode McKenzie
- [ ] Méthode Mezières
- [ ] Méthode Moneyron
- [ ] Méthode Pilates
- [ ] Méthode RPG Souchard
- [ ] Méthode Sohier
- [ ] Autre : _____

18. **Quelles formations concernant la cardiologie, le respiratoire et les gestes et soins d'urgence avez-vous suivies ?**
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Cardiologie et prise en charge kinésithérapique
- [ ] Formation générale en respiratoire en pédiatrie
- [ ] Formation générale en respiratoire adulte
- [ ] Formation spécifique en réhabilitation respiratoire
- [ ] Formation spécifique en assistance respiratoire
- [ ] Formation spécifique BPCO
- [ ] Formation spécifique sur l'examen / auscultation pulmonaire
- [ ] Formation spécifique mucovicidose
- [ ] Formation spécifique gestes et soins d'urgence
- [ ] Autre : _____

19. **Quelles formations concernant la cancérologie ou les soins palliatifs avez-vous suivies ?**
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Cancer du sein et/ou lymphœdème post cancer du sein et/ou rééducation post-opératoire
- [ ] Cancérologie hors cancer du sein
- [ ] Soins palliatifs
- [ ] Autre : _____

20. **Quelles formations concernant la brûlologie avez-vous suivies ?**
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Traitement des cicatrices
- [ ] Prise en charge des grands brûlés
- [ ] Autre : _____

21. **Quelles formations concernant la neurologie avez-vous suivies ?**
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Formation générale en neurologie pédiatrique
- [ ] Formation générale en neurologie centrale
- [ ] Formation spécifique en neurologie périphérique
- [ ] Formation spécifique AVC / hémiplégie
- [ ] Formation spécifique Parkinson
- [ ] Formation spécifique sur l'évaluation fonctionnelle de la marche chez le paralysé cérébral
- [ ] Formation spécifique sur l'appareillage chez le paralysé cérébral
- [ ] Autre : _____

22. **Quelles formations concernant la la rééducation abdomino-diaphragmatique et périnéo-sphinctérienne (RPS) avez-vous suivies ?**
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Méthode Guillarme et abdo-MG
- [ ] Méthode de Gasquet
- [ ] Gymastique hypopressive
- [ ] RPS chez la femme
- [ ] RPS chez l'homme
- [ ] RPS pédiatrique
- [ ] RPS et thérapie manuelle
- [ ] Douleurs pelviennes
- [ ] Sexologie
- [ ] Prise en charge pré et post-partum
- [ ] Autre : _____

23. **Quelles formations concernant la diététique, la forme, le bien-être, l'affectivité, l'hypnose et la psychologie avez-vous suivies ?**
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Nutrition
- [ ] Micro-nutrition
- [ ] Cours de gym santé
- [ ] Haptonomie / étude de l'affectivité
- [ ] Hypnose
- [ ] Psychologie
- [ ] Relaxation, sophrologie et gestion stress
- [ ] Yoga
- [ ] La relation soignant-soigné
- [ ] Autre : _____

24. **Quelles formations concernant la kinésithérapie du sport avez-vous suivies ?**
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Etirements et stretching
- [ ] Sportif blessé / rééducation / renforcement musculaire / ré-athlétisation
- [ ] Préparation physique / perfectionnement sportif
- [ ] Prévention dans le sport
- [ ] Le sportif coureur à pied
- [ ] Sport et spécificités féminines
- [ ] Coaching et préparation mentale
- [ ] Thérapie manuelle du sport
- [ ] Formation spécifique d'un segment corporel précis
- [ ] Functional training
- [ ] Suspension training
- [ ] Autre : _____

25. **Quelles formations concernant la thérapie par bandes avez-vous suivies ?**
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Strapping
- [ ] Dynamic tape
- [ ] K-taping
- [ ] Contention / compression / bandage dans un contexte lymphatique
- [ ] Autre : _____

26. **Quelles formations concernant la prévention et l'éducation avez-vous suivies ?**
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Ecole du dos
- [ ] Education à la santé
- [ ] Ergonomie
- [ ] TMS et manutention
- [ ] Tabacologie
- [ ] Dispositif PRAP
- [ ] Autre : _____

27. **Quelles formations concernant le handicap social et mental avez-vous suivies ?**
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] La participation sociale de la personne handicapée
- [ ] Le handicap mental: autisme et troubles du développement
- [ ] Autre : _____

28. **Quelles formations concernant la pédiatrie avez-vous suivies ?**
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Développement psychomoteur et retards d'acquisitions
- [ ] Ortho-pédiatrie et malformations / malpositions du pied
- [ ] Torticolis et plagiocéphalie
- [ ] Portage
- [ ] Autre : _____

29. **Quelles formations concernant la douleur avez-vous suivies ?**
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Prise en charge de la douleur (sans pathologie précise)
- [ ] La douleur neuropathique
- [ ] Autre : _____

30. **Quelles formations concernant l'oro-maxilo-faciale et l'appareil vestibulaire avez-vous suivies ?**
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Rééducation de l'appareil manducateur
- [ ] Acouphènes
- [ ] Apnées, ronflements et troubles du sommeil
- [ ] L'articulation-temporo-mandibulaire
- [ ] Troubles de la déglutition
- [ ] Rééducation des dysphagies linguales
- [ ] Kinésithérapie post-chirurgie maxillo-faciale
- [ ] La rééducation vestibulaire
- [ ] Autre : _____

31. **Quelles formations concernant l'ortho-rhumato-traumatologie avez-vous suivies ?**
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Syndromes canalaires et compressifs
- [ ] Lésions musculaires
- [ ] Tendinopathies
- [ ] La scoliose
- [ ] Cervicalgies (hors concepts ou méthodes précédemment cités)
- [ ] Lombalgies (hors concepts ou méthodes précédemment cités)
- [ ] Prise en charge de l'épaule
- [ ] Prise en charge du coude
- [ ] Prise en charge de la main et du poignet
- [ ] Prise en charge de la hanche
- [ ] Prise en charge du genou
- [ ] Prise en charge de la cheville et du pied

32. **Quelles formations concernant la recherche avez-vous suivies ?**
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Données médicales, recherche clinique et littérature
- [ ] Formation, enseignement et sciences de l'éducation
- [ ] Autre : _____

33. **Parmi ces diverses formations, lesquelles avez-vous suivies ?**
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Balnéothérapie
- [ ] Electrothérapie
- [ ] Ondes de choc
- [ ] Posturologie
- [ ] Gestion de cabinet
- [ ] Autre : _____

34. **Quelle(s) formation(s) comptez-vous réaliser dans l'avenir ?**

_____
_____
_____
_____
_____

Les formations universitaires

35. **Si vous en avez-un, indiquez quel(s) Diplôme(s) Universitaire(s) (DU) ou Inter-Universitaire(s) (DIU) vous avez suivi(s), ainsi que la ville.**

_____
_____
_____
_____
_____

36. **Si vous en avez-un, indiquez quel(s) master(s) vous avez suivi(s), ainsi que la ville.**

_____
_____
_____
_____
_____

37. **Si vous en avez-un, indiquez quel(s) doctorat(s) vous avez suivi(s), ainsi que la ville.**

38. **Quel(s) DU/DIU/Master/Doctorat comptez-vous réaliser dans l'avenir ?**

Allons plus loin

Nous allons maintenant nous intéresser à vos motivations de formation.

39. **Sur vos 5 dernières années d'exercice (ou depuis l'obtention de votre D.E si cela remonte à moins de 5 ans), combien de formations différentes avez-vous suivies ?** *

40. **Donnez une note de 0 à 5 à l'importance qu'ont, ou ont eu, les paramètres ci-dessous dans votre volonté de vous former.** *

0 = Aucune importance ; 5 = Énormément d'importance
Une seule réponse possible par ligne.

	0	1	2	3	4	5
La volonté personnelle de vous former						
La volonté de vous perfectionner						
La volonté de combler des lacunes						
La volonté d'être plus/mieux reconnu.e						
L'obligation de formation continue						
Pouvoir rencontrer des professionnels						

41. **Donnez une note de 0 à 5 à l'importance que vous accordez aux paramètres ci-dessous dans le choix de vos formations.** *

0 = Aucune importance ; 5 = Énormément d'importance
Une seule réponse possible par ligne.

	0	1	2	3	4	5
Cette formation vous plait personnellement						
L'applicabilité dans votre pratique quotidienne						
La validation scientifique de la formation						
La demande des patients						
Le bouche à oreille						
La rentabilité financière						
Le coût de la formation						
La localisation de la formation						
La prise en charge DPC / FIF-PL						

42. **Donnez une note de 0 à 5 à l'importance des contraintes que vous rencontrez dans votre démarche de formation continue.** *

0 = Aucune contrainte ; 5 = Contrainte très importante
Une seule réponse possible par ligne.

	0	1	2	3	4	5
Manque de temps						
Manque de moyens financiers						
Difficultés à assurer la continuité des soins de vos patients						
Manque d'information concernant l'offre de formation						
Difficulté de se rendre à la formation						
Manque d'envie						
Contrainte familiale						

Fourni par
Google Forms

ANNEXE II : Profils de la phase de pré-test

Profil 1 :

Homme, diplômé en 1975 à l'IFMK de Nancy
Exerce à Brest (29) dans un cabinet avec 2 autres kinésithérapeutes (libéral)
A reçu le questionnaire par le biais de son URPS

Formations non universitaires réalisées :
- Thérapie manuelle du sport
- Posturologie
- Méthode McKenzie
- Méthode Busquet
- Echoscopie
- Sophrologie
- Cupping
- Prise en charge de l'épaule
- Le respiratoire en pédiatrie

Formations universitaires réalisées :
- DU d'hypnose médicale

Les raisons l'ayant poussé à se former :
- Envie personnelle : toujours
- Combler des lacunes : souvent
- Demande des patients : rarement
- Littérature scientifique : rarement
- Bouche à oreille : souvent
- Raisons pécuniaires : jamais
- Être mieux reconnu : parfois
- Demande de l'employeur : jamais

Profil 2 :

Femme, diplômée en 2005 à l'IFMK de Vichy
Exerce à Nancy (54) au CHRU brabois enfant
A reçu le questionnaire par le biais du Conseil de l'Ordre

Formations non universitaires réalisées :
- Sophrologie
- Portage
- Respiratoire pédiatrique
- Neurologie pédiatrique
- Mucovicidose
- Torticolis et plagiocéphalie
- Parkison
- K-taping
- La douleur neuropathique

Formations universitaires réalisées :
- DU en pédiatrie

Les raisons l'ayant poussé à se former :
- Envie personnelle : souvent
- Combler des lacunes : souvent
- Demande des patients : rarement
- Littérature scientifique : parfois
- Bouche à oreille : parfois
- Raisons pécuniaires : jamais
- Être mieux reconnu : parfois
- Demande de l'employeur : parfois

Profil 3 :

Femme, diplômée en 2003 à l'IFMK de Bruxelles
Exerce à Lille (59) en cabinet de groupe (libéral)
A reçu le questionnaire sur les réseaux sociaux

Formations non universitaires réalisées :
- Gestion de cabinet
- Méthode McKenzie
- D.O ostéopathie (formation complète)
- Méthode Pilates
- Prise en charge rééducative en kinésithérapie du sport
- Dispositif PRAP (prévention)
- La scoliose
- Rééducation des dysphagies linguales
- Rééducation de l'appareil manducateur
- Électrothérapie

Formations universitaires réalisées : aucune

Les raisons l'ayant poussé à se former :
- Envie personnelle : toujours
- Combler des lacunes : souvent
- Demande des patients : rarement
- Littérature scientifique : parfois
- Bouche à oreille : souvent
- Raisons pécuniaires : parfois
- Être mieux reconnu : parfois
- Demande de l'employeur : jamais

Profil 4 :

Homme, diplômé en 1993 à l'IFMK de Toulouse
Exerce à La Rochelle (17) à 30% en libéral et 70% en salarié
A reçu le questionnaire sur les réseaux sociaux

Formations non universitaires réalisées :
- Dispositif PRAP
- Méthode Guillarme et abdo-MG
- Shiatsu
- Méthode Pilates
- Cancer du sein et/ou lymphœdème post cancer du sein et/ou rééducation post-opératoire
- Phytothérapie
- Homéopathie
- Micro-nutrition

Formations universitaires réalisées :
- DIU de lymphologie
- DIU de sexologie

Les raisons l'ayant poussé à se former :
- Envie personnelle : toujours
- Combler des lacunes : souvent
- Demande des patients : parfois
- Littérature scientifique : rarement
- Bouche à oreille : parfois
- Raisons pécuniaires : jamais
- Être mieux reconnu : parfois
- Demande de l'employeur : jamais

ANNEXE III : Mails de diffusion aux libéraux et aux MK salariés

« Je suis Antoine Perros, étudiant en 4ème année à l'ILMFK de Nancy. Je réalise mon mémoire de fin d'étude concernant la formation continue en masso-kinésithérapie des kinésithérapeutes du Grand-Est, libéraux et salariés.
L'objectif est de réaliser un état des lieux, de savoir quelles formations vous réalisez, et surtout, de connaitre vos motivations et les contraintes que vous rencontrez dans vos démarches.
Une étude statistique permettra de mettre en relief d'éventuelles différences et de mieux connaitre et comprendre les MKDE du Grand-Est.
J'aurais donc besoin que vous répondiez à ce questionnaire https://goo.gl/forms/jFZG5eJsafkPNonX2, dont le temps de réponse a été estimé à 7min.
Je vous remercie grandement d'avance pour toute l'aide que m'apportez en y répondant."

Cordialement,

Antoine PERROS

« Bonjour,

Je suis étudiant en kinésithérapie à l'ILFMK de Nancy. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, j'ai décidé de m'intéresser à la formation continue des MKDE du Grand-Est, libéraux ou salariés. Je souhaite réaliser un état des lieux, les études manquant sur le sujet.

Sous la forme d'un questionnaire informatique, il leur sera demandé de renseigner les formations qu'ils ont réalisées tout au long de leur carrière, l'objectif étant de faire une étude quantitative et qualitative de la formation continue: *combien de formations sont réalisées en moyenne par les kinésithérapeutes dans leur carrière, quels sont les domaines les plus choisis, existe-t-il des disparités liées au sexe, ou à la région ou au type d'exercice ?*
De plus la partie finale du questionnaire s'intéresse aux motivations des MKDE concernant les formations, leur raisons les qui les amènent à se former; qu'elles soient personnelles, liées à la littérature scientifique, pécuniaires ou bien liées à l'obligation de formation continue, entre autres; ainsi que ce qu'ils perçoivent comme des contraintes.

Interroger les MKDE sur leur formation continue a comme premier objectif de construire une base de données pouvant être le point de départ de nombreuses réflexions. Deuxièmement, cela permettra de mieux comprendre qui sont les kinésithérapeutes en France, comprendre leurs envies et leurs motivations.
De plus, cela sera la base d'une réflexion approfondie sur la transition entre la formation initiale et continue. Les kinésithérapeutes recherchent-ils un approfondissement des domaines présentés en IFMK ? Veulent-ils plutôt se diriger vers des pratiques absentes de la maquette de formation initiale ?

Plusieurs questionnements vont ressortir des résultats de l'enquête. Mais pour pouvoir l'exploiter convenablement, je dois avoir l'échantillon le plus important et représentatif possible. C'est pourquoi j'ai besoin de votre aide pour la diffusion de ce questionnaire.

Je vous demande, si vous l'acceptez, de diffuser ce questionnaire au sein de l'équipe de kinésithérapie de vos établissements pour qu'ils puissent y répondre. Le temps de réponse n'est que de quelques minutes (7 en moyenne).
SI votre réponse est positive, pourriez-vous me le faire savoir en m'indiquant par mail à combien de kinésithérapeutes il a été transmis ?

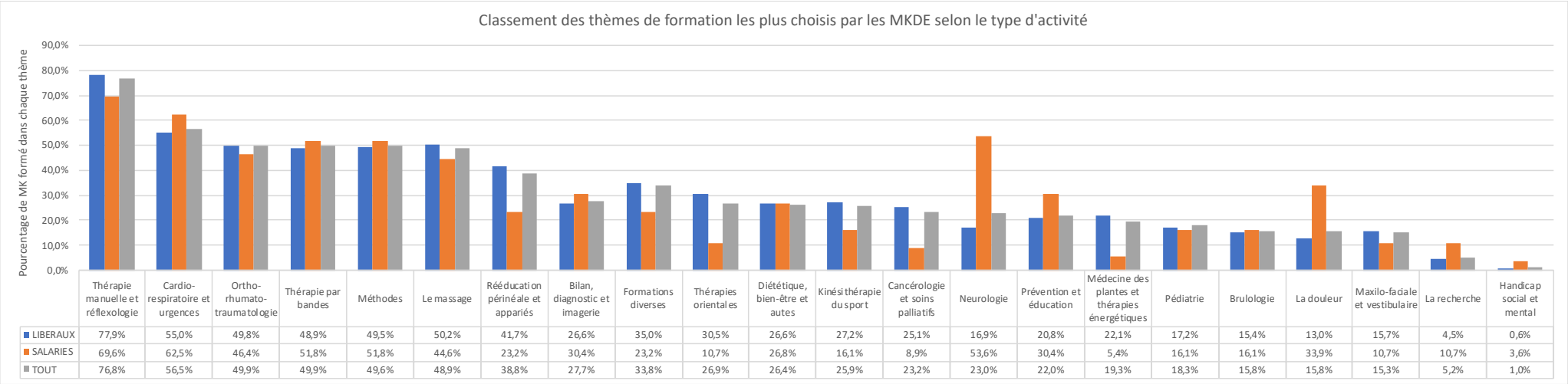
Voilà le lien du questionnaire à envoyer aux MKDE : https://goo.gl/forms/gcjJsVNUVt7couYk1

Merci beaucoup pour votre aide,

Cordialement,

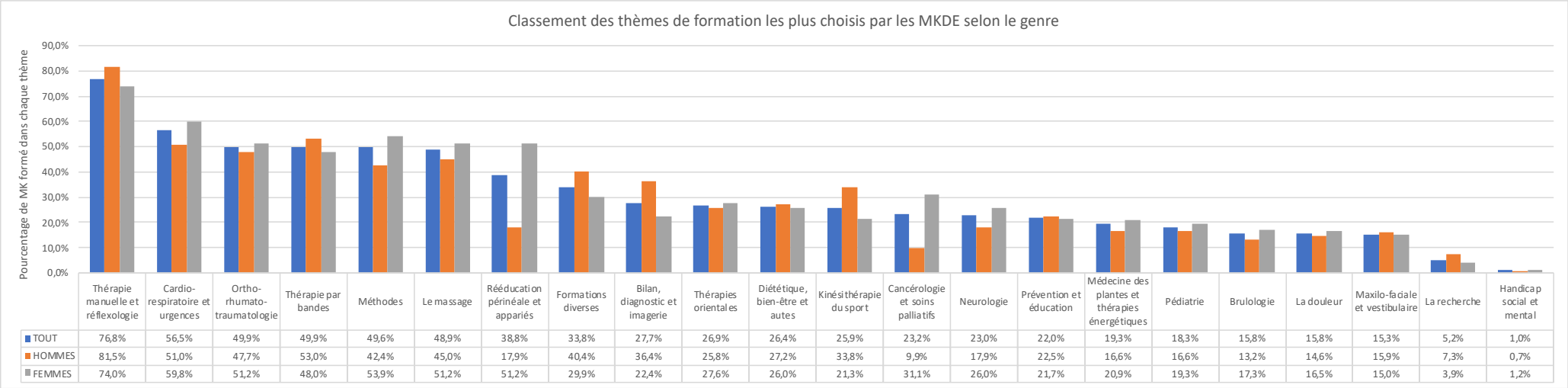
Antoine PERROS »

ANNEXE IV : graphiques présentant les thèmes de formation les plus réalisées



	Thérapie manuelle et réflexologie	Cardio-respiratoire et urgences	Ortho-rhumato-traumatologie	Thérapie par bandes	Méthodes	Le massage	Rééducation périnéale et appariés	Bilan, diagnostic et imagerie	Formations diverses	Thérapies orientales	Diététique, bien-être et autes	Kinésithérapie du sport	Cancérologie et soins palliatifs	Neurologie	Prévention et éducation	Médecine des plantes et thérapies énergétiques	Pédiatrie	Brulologie	La douleur	Maxilo-faciale et vestibulaire	La recherche	Handicap social et mental
LIBERAUX	77,9%	55,0%	49,8%	48,9%	49,5%	50,2%	41,7%	26,6%	35,0%	30,5%	26,6%	27,2%	25,1%	16,9%	20,8%	22,1%	17,2%	15,4%	13,0%	15,7%	4,5%	0,6%
SALARIES	69,6%	62,5%	46,4%	51,8%	51,8%	44,6%	23,2%	30,4%	23,2%	10,7%	26,8%	16,1%	8,9%	53,6%	30,4%	5,4%	16,1%	16,1%	33,9%	10,7%	10,7%	3,6%
TOUT	76,8%	56,5%	49,9%	49,9%	49,6%	48,9%	38,8%	27,7%	33,8%	26,9%	26,4%	25,9%	23,2%	23,0%	22,0%	19,3%	18,3%	15,8%	15,8%	15,3%	5,2%	1,0%

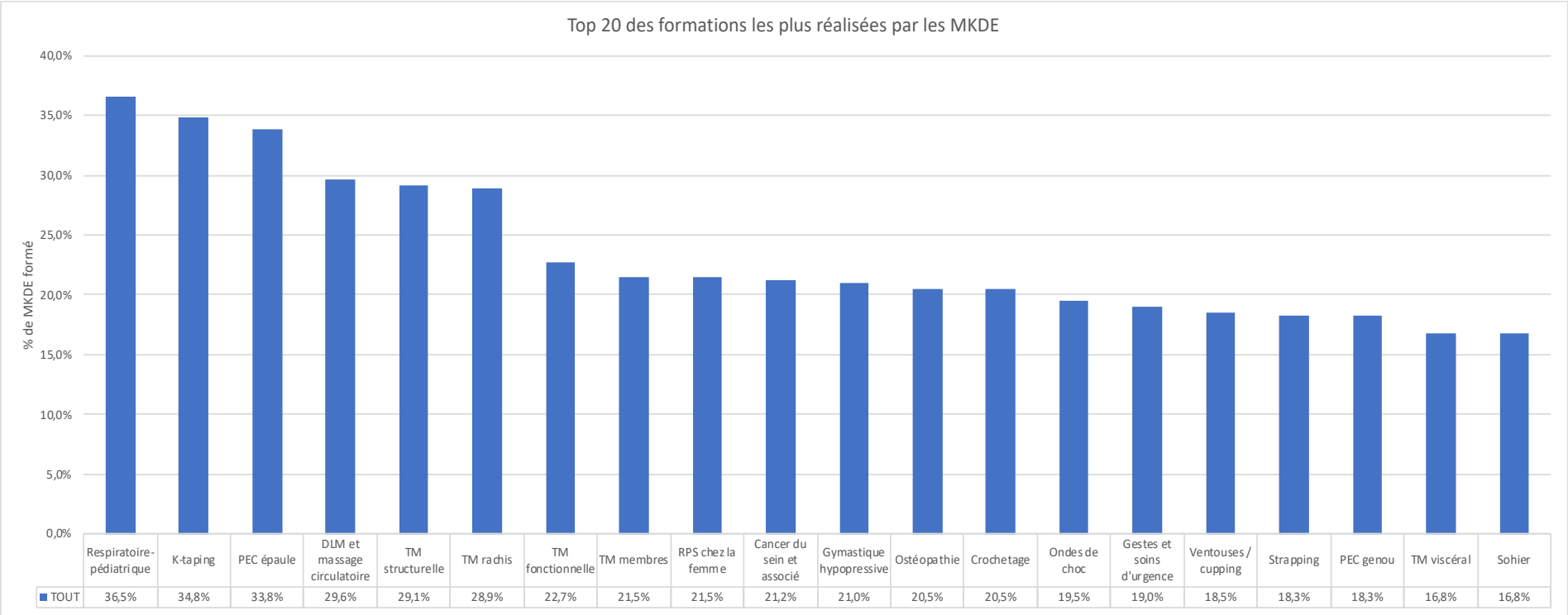
Figure 22 : graphique présentant le pourcentage de MK formés dans chaque thème de formation selon leur type d'activité



	Thérapie manuelle et réflexologie	Cardio-respiratoire et urgences	Ortho-rhumato-traumatologie	Thérapie par bandes	Méthodes	Le massage	Rééducation périnéale et appariés	Formations diverses	Bilan, diagnostic et imagerie	Thérapies orientales	Diététique, bien-être et autes	Kinésithérapie du sport	Cancérologie et soins palliatifs	Neurologie	Prévention et éducation	Médecine des plantes et thérapies énergétiques	Pédiatrie	Brulologie	La douleur	Maxilo-faciale et vestibulaire	La recherche	Handicap social et mental
TOUT	76,8%	56,5%	49,9%	49,9%	49,6%	48,9%	38,8%	33,8%	27,7%	26,9%	26,4%	25,9%	23,2%	23,0%	22,0%	19,3%	18,3%	15,8%	15,8%	15,3%	5,2%	1,0%
HOMMES	81,5%	51,0%	47,7%	53,0%	42,4%	45,0%	17,9%	40,4%	36,4%	25,8%	27,2%	33,8%	9,9%	17,9%	22,5%	16,6%	16,6%	13,2%	14,6%	15,9%	7,3%	0,7%
FEMMES	74,0%	59,8%	51,2%	48,0%	53,9%	51,2%	51,2%	29,9%	22,4%	27,6%	26,0%	21,3%	31,1%	26,0%	21,7%	20,9%	19,3%	17,3%	16,5%	15,0%	3,9%	1,2%

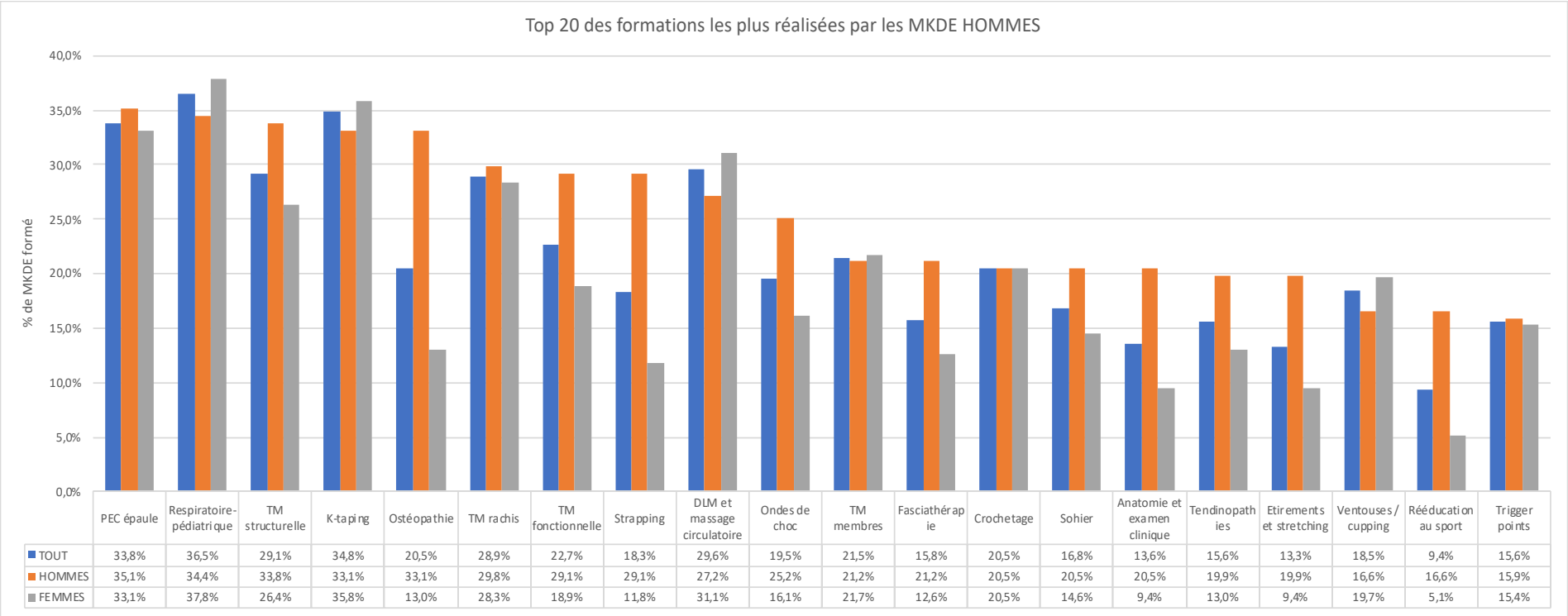
Figure 23 : graphique présentant le pourcentage de MK formés dans chaque thème de formation selon leur genre

ANNEXE V : Graphique présentant les 20 formations les plus réalisées par les MK



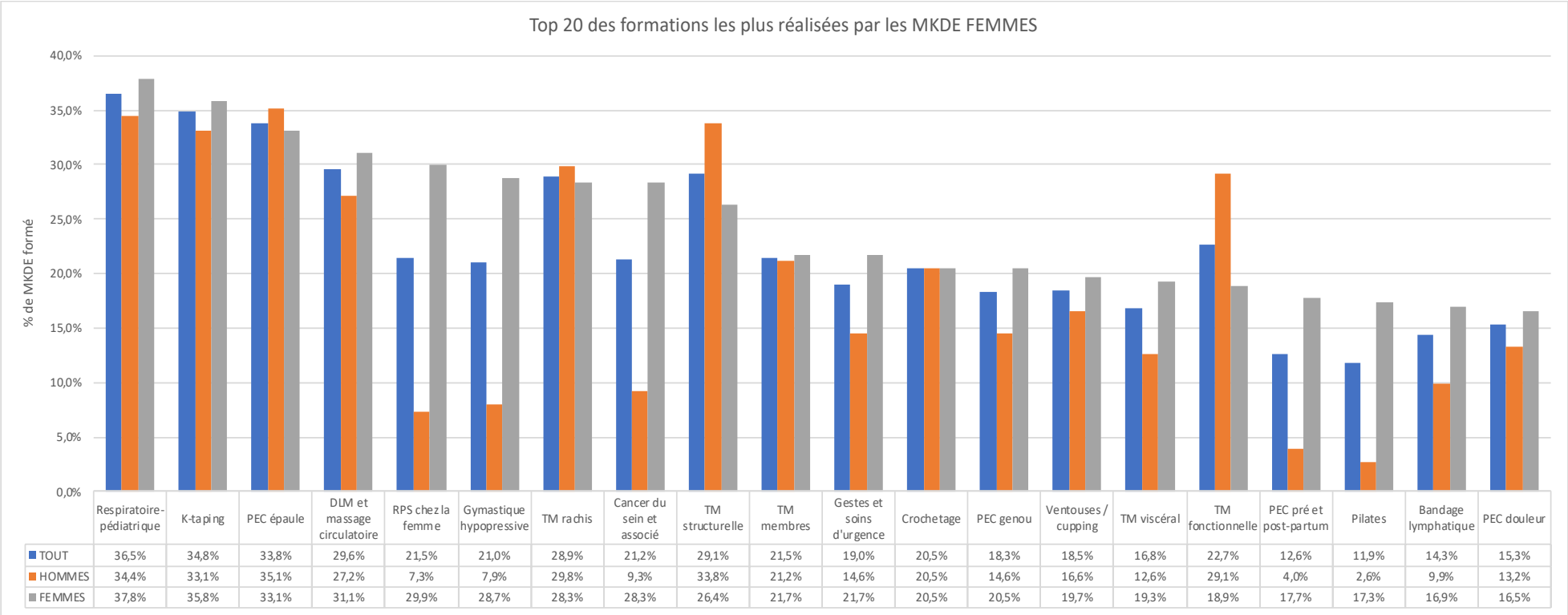
	Respiratoire-pédiatrique	K-taping	PEC épaule	DLM et massage circulatoire	TM structurelle	TM rachis	TM fonctionnelle	TM membres	RPS chez la femme	Cancer du sein et associé	Gymastique hypopressive	Ostéopathie	Crochetage	Ondes de choc	Gestes et soins d'urgence	Ventouses / cupping	Strapping	PEC genou	TM viscéral	Sohier
TOUT	36,5%	34,8%	33,8%	29,6%	29,1%	28,9%	22,7%	21,5%	21,5%	21,2%	21,0%	20,5%	20,5%	19,5%	19,0%	18,5%	18,3%	18,3%	16,8%	16,8%

Figure 24 : graphique présentant les 20 formations les plus réalisées par les MK



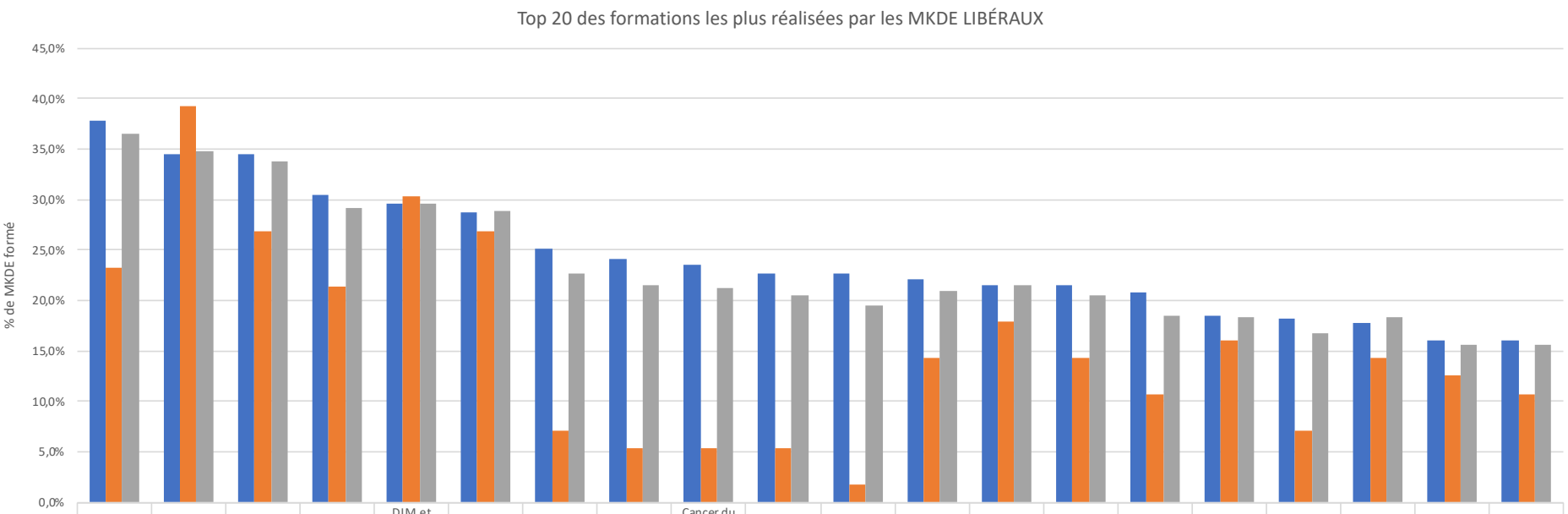
	PEC épaule	Respiratoire-pédiatrique	TM structurelle	K-taping	Ostéopathie	TM rachis	TM fonctionnelle	Strapping	DLM et massage circulatoire	Ondes de choc	TM membres	Fasciathérapie	Crochetage	Sohier	Anatomie et examen clinique	Tendinopathies	Etirements et stretching	Ventouses / cupping	Rééducation au sport	Trigger points
TOUT	33,8%	36,5%	29,1%	34,8%	20,5%	28,9%	22,7%	18,3%	29,6%	19,5%	21,5%	15,8%	20,5%	16,8%	13,6%	15,6%	13,3%	18,5%	9,4%	15,6%
HOMMES	35,1%	34,4%	33,8%	33,1%	33,1%	29,8%	29,1%	29,1%	27,2%	25,2%	21,2%	21,2%	20,5%	20,5%	20,5%	19,9%	19,9%	16,6%	16,6%	15,9%
FEMMES	33,1%	37,8%	26,4%	35,8%	13,0%	28,3%	18,9%	11,8%	31,1%	16,1%	21,7%	12,6%	20,5%	14,6%	9,4%	13,0%	9,4%	19,7%	5,1%	15,4%

Figure 25 : graphique présentant les 20 formations les plus réalisées par les MK hommes



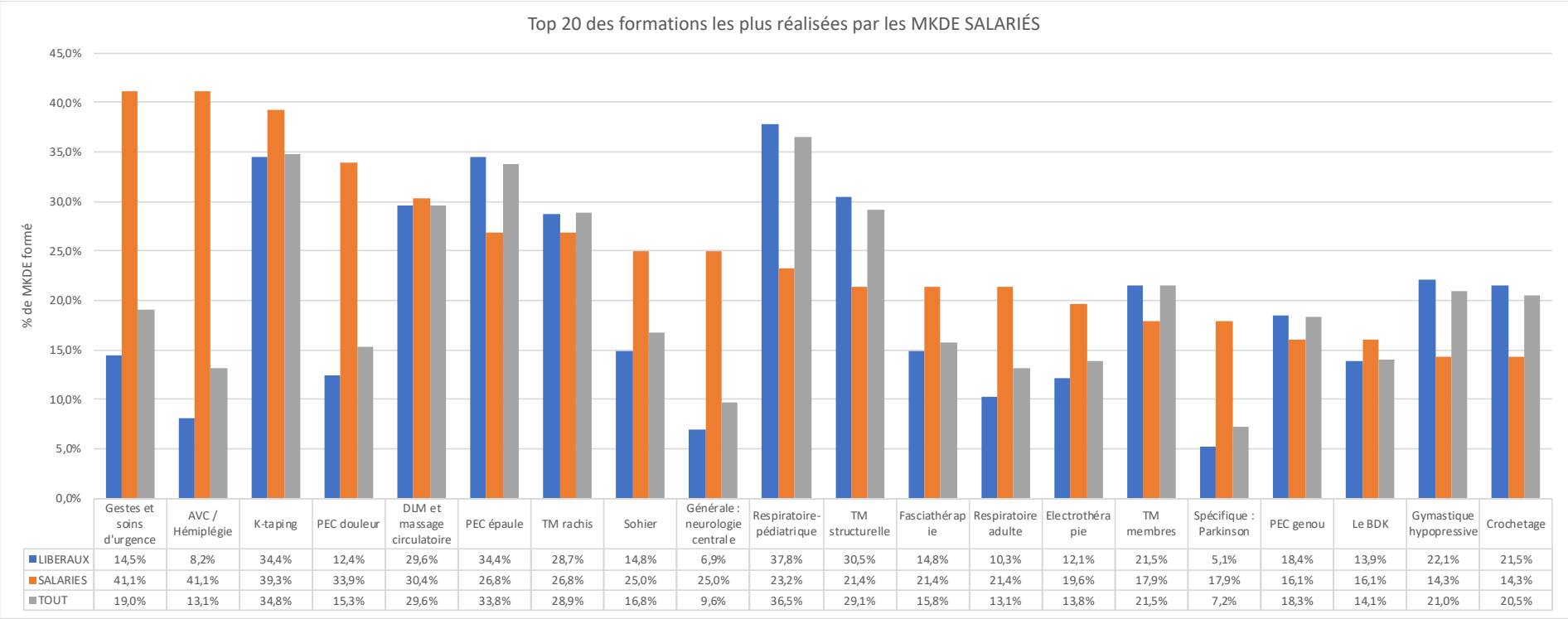
	Respiratoire-pédiatrique	K-taping	PEC épaule	DLM et massage circulatoire	RPS chez la femme	Gymastique hypopressive	TM rachis	Cancer du sein et associé	TM structurelle	TM membres	Gestes et soins d'urgence	Crochetage	PEC genou	Ventouses / cupping	TM viscéral	TM fonctionnelle	PEC pré et post-partum	Pilates	Bandage lymphatique	PEC douleur
TOUT	36,5%	34,8%	33,8%	29,6%	21,5%	21,0%	28,9%	21,2%	29,1%	21,5%	19,0%	20,5%	18,3%	18,5%	16,8%	22,7%	12,6%	11,9%	14,3%	15,3%
HOMMES	34,4%	33,1%	35,1%	27,2%	7,3%	7,9%	29,8%	9,3%	33,8%	21,2%	14,6%	20,5%	14,6%	16,6%	12,6%	29,1%	4,0%	2,6%	9,9%	13,2%
FEMMES	37,8%	35,8%	33,1%	31,1%	29,9%	28,7%	28,3%	28,3%	26,4%	21,7%	21,7%	20,5%	20,5%	19,7%	19,3%	18,9%	17,7%	17,3%	16,9%	16,5%

Figure 26 : graphique présentant les 20 formations les plus réalisées par les MK femmes



	Respiratoire-pédiatrique	K-taping	PEC épaule	TM structurelle	DLM et massage circulatoire	TM rachis	TM fonctionnelle	RPS chez la femme	Cancer du sein et associé	Ostéopathie	Ondes de choc	Gymastique hypopressive	TM membres	Crochetage	Ventouses / cupping	PEC genou	TM viscéral	Strapping	Trigger points	Tendinopathies
LIBERAUX	37,8%	34,4%	34,4%	30,5%	29,6%	28,7%	25,1%	24,2%	23,6%	22,7%	22,7%	22,1%	21,5%	21,5%	20,8%	18,4%	18,1%	17,8%	16,0%	16,0%
SALARIES	23,2%	39,3%	26,8%	21,4%	30,4%	26,8%	7,1%	5,4%	5,4%	5,4%	1,8%	14,3%	17,9%	14,3%	10,7%	16,1%	7,1%	14,3%	12,5%	10,7%
TOUT	36,5%	34,8%	33,8%	29,1%	29,6%	28,9%	22,7%	21,5%	21,2%	20,5%	19,5%	21,0%	21,5%	20,5%	18,5%	18,3%	16,8%	18,3%	15,6%	15,6%

Figure 27 : graphique présentant les 20 formations les plus réalisées par les MK libéraux



	Gestes et soins d'urgence	AVC / Hémiplégie	K-taping	PEC douleur	DLM et massage circulatoire	PEC épaule	TM rachis	Sohier	Générale : neurologie centrale	Respiratoire-pédiatrique	TM structurelle	Fasciathérapie	Respiratoire adulte	Electrothérapie	TM membres	Spécifique : Parkinson	PEC genou	Le BDK	Gymastique hypopressive	Crochetage
LIBERAUX	14,5%	8,2%	34,4%	12,4%	29,6%	34,4%	28,7%	14,8%	6,9%	37,8%	30,5%	14,8%	10,3%	12,1%	21,5%	5,1%	18,4%	13,9%	22,1%	21,5%
SALARIES	41,1%	41,1%	39,3%	33,9%	30,4%	26,8%	26,8%	25,0%	25,0%	23,2%	21,4%	21,4%	21,4%	19,6%	17,9%	17,9%	16,1%	16,1%	14,3%	14,3%
TOUT	19,0%	13,1%	34,8%	15,3%	29,6%	33,8%	28,9%	16,8%	9,6%	36,5%	29,1%	15,8%	13,1%	13,8%	21,5%	7,2%	18,3%	14,1%	21,0%	20,5%

Figure 28 : graphique présentant les 20 formations les plus réalisées par les MK salariés

ANNEXE VI : Nombre moyen de formations réalisées entre 2013 et 2018 par les MK diplômés depuis plus de 5 ans en fonction de leur année d'obtention de D.E

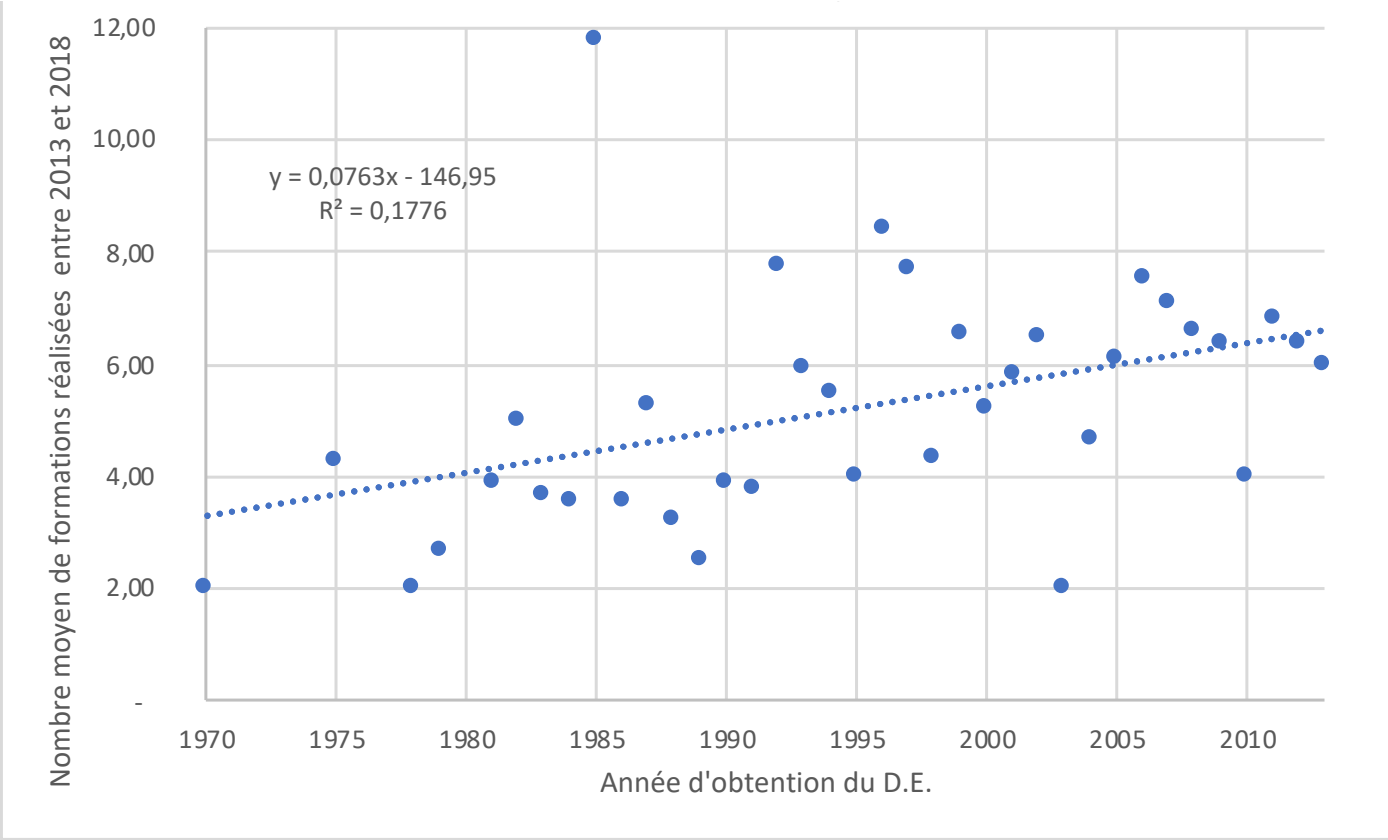
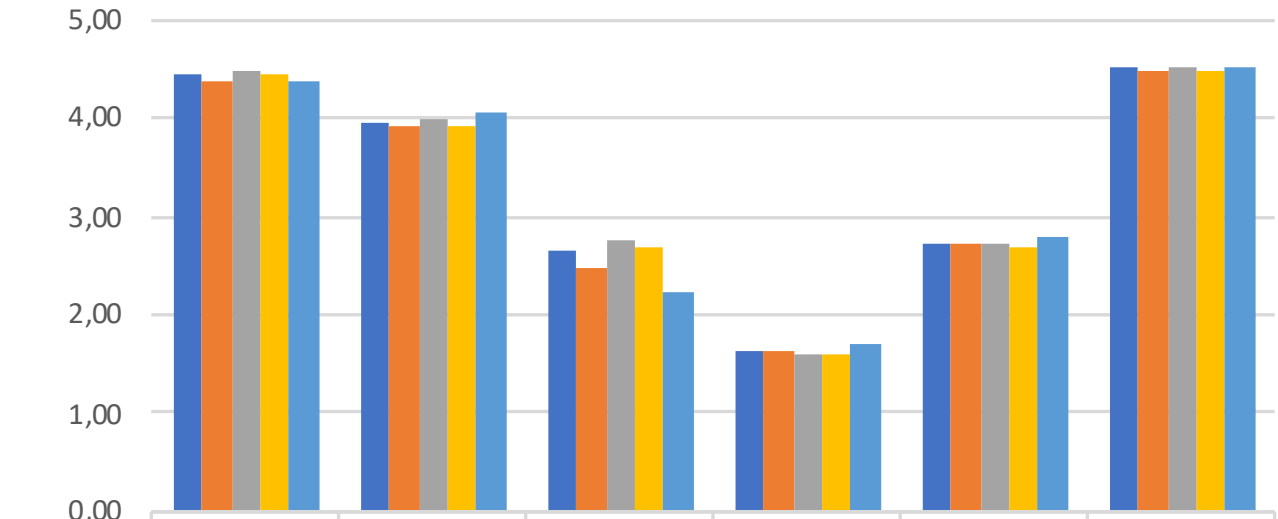


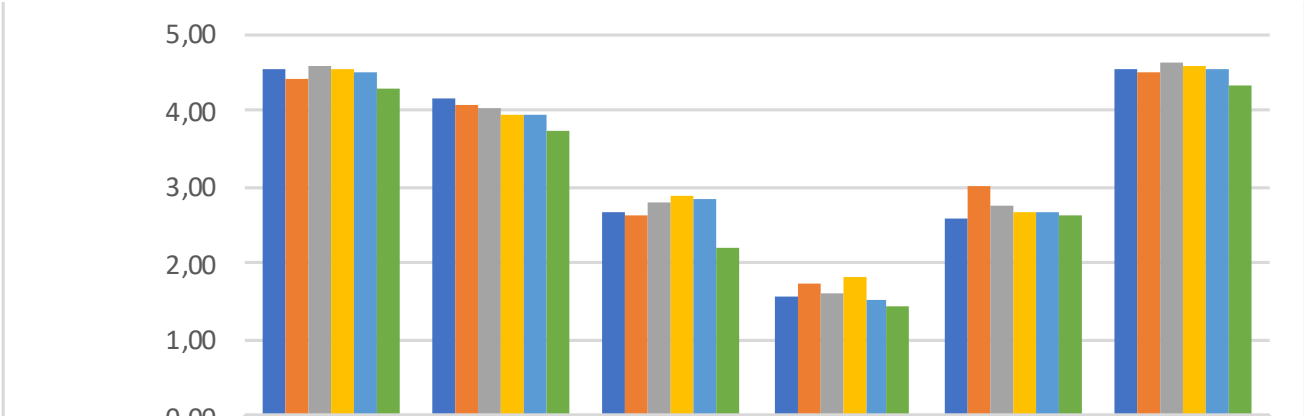
Figure 29 : nombre moyen de formations réalisées entre 2013 et 2018 par les MK diplômés depuis plus de 5 ans en fonction de leur année d'obtention de D.E.

ANNEXE VII : Graphiques présentant l'importance de différents facteurs et contraintes.



	Envie personnelle	Envie de combler des lacunes	Etre mieux reconnu	Obligation de F.C	Pouvoir recontrer des pros	Envie de se perfectionner
TOUT	4,46	3,95	2,66	1,61	2,72	4,51
HOMMES	4,39	3,91	2,47	1,64	2,72	4,50
FEMMES	4,50	3,97	2,77	1,60	2,71	4,51
LIBÉRAUX	4,45	3,93	2,69	1,60	2,69	4,49
SALARIÉS	4,39	4,05	2,23	1,71	2,80	4,50

Figure 30 : graphique présentant l'importance de différents facteurs concernant l'envie de se former des MK selon leur genre et leur type d'activité



	Envie personnelle	Envie de combler des lacunes	Etre mieux reconnu	Obligation de F.C	Pouvoir recontrer des pros	Envie de se perfectionner
	La volonté de vous former					
Métropole	4,55	4,16	2,68	1,55	2,58	4,55
Grande ville	4,41	4,09	2,64	1,72	3,01	4,52
Moyenne ville	4,57	4,05	2,79	1,61	2,75	4,64
Petite ville	4,56	3,96	2,88	1,81	2,66	4,57
Village	4,49	3,93	2,83	1,53	2,65	4,54
Bourg	4,30	3,73	2,22	1,44	2,61	4,34

Figure 31 : graphique présentant l'importance de différents facteurs concernant l'envie de se former des MK selon la taille de leur ville d'activité

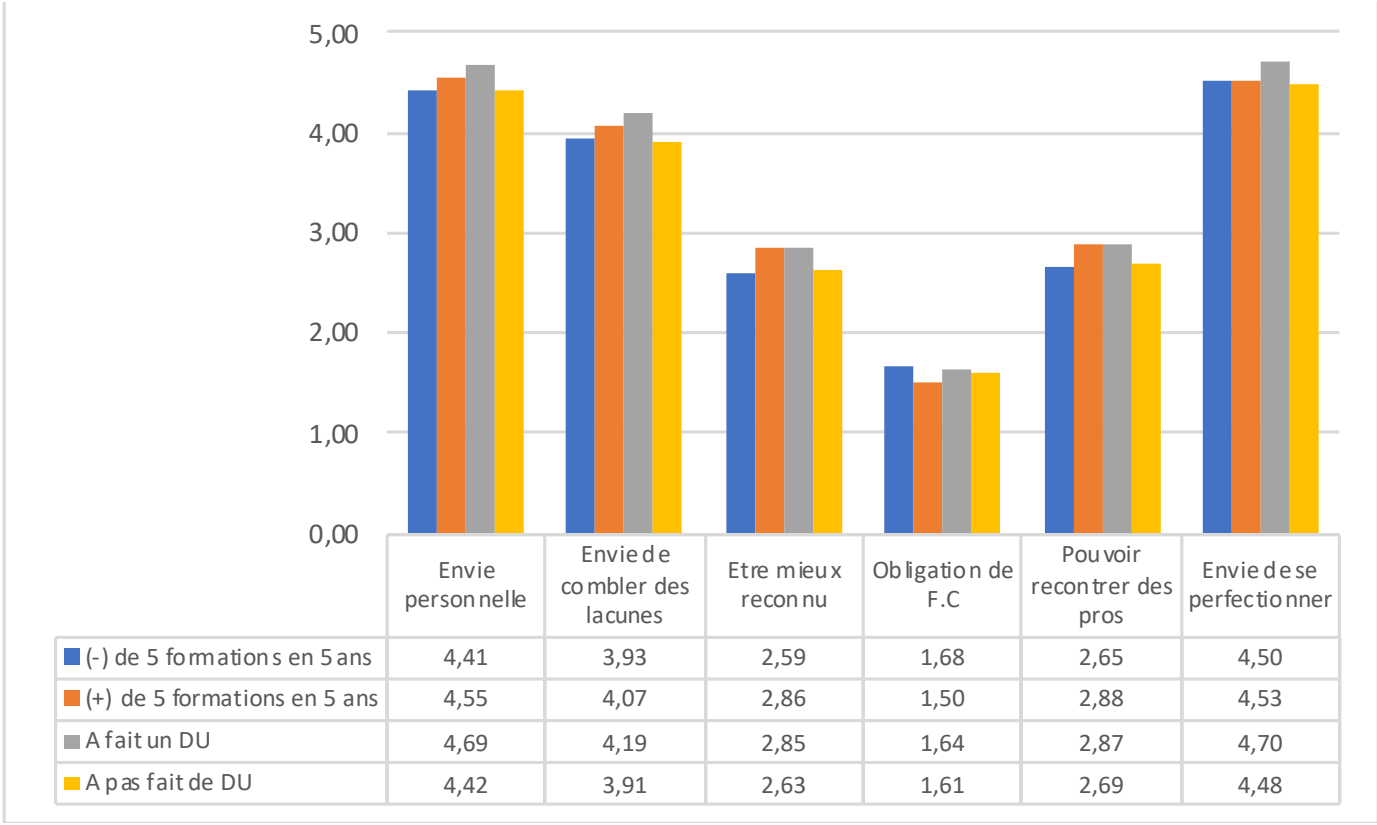


Figure 32 : graphique présentant l'importance de différents facteurs concernant l'envie de se former des MK selon la quantité et le type de formation continue réalisée

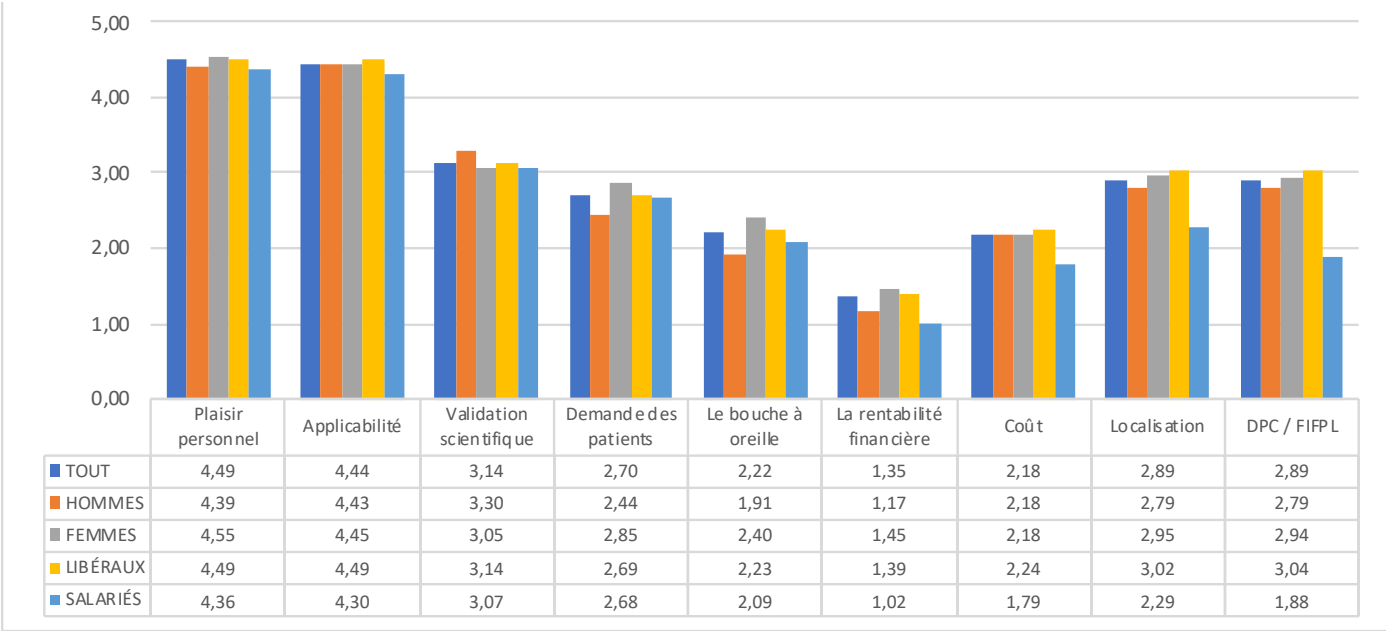
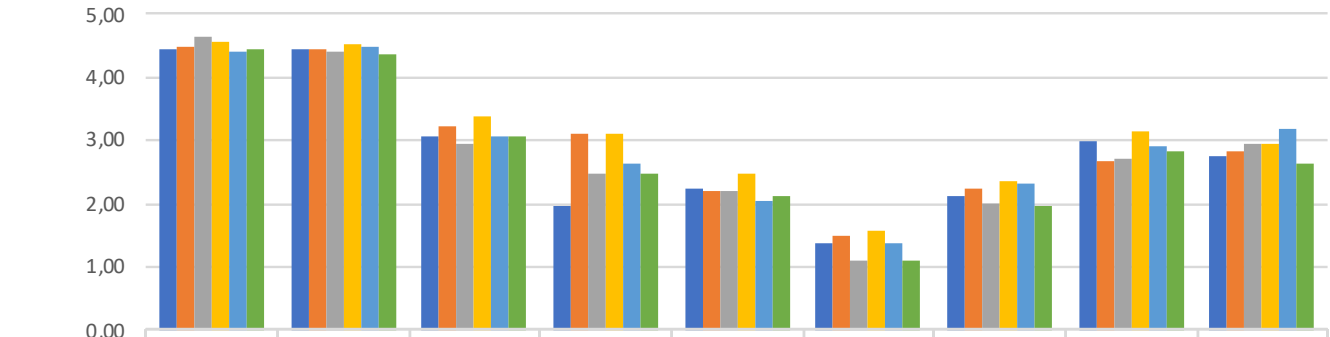
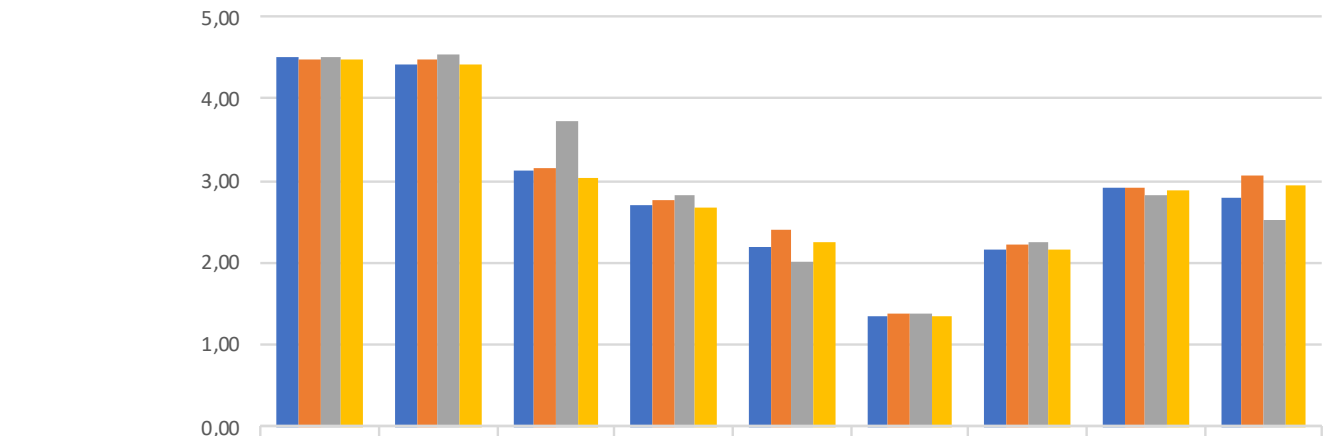


Figure 33 : graphique présentant l'importance de différents facteurs concernant le choix d'une formation des MK selon leur genre et leur type d'activité



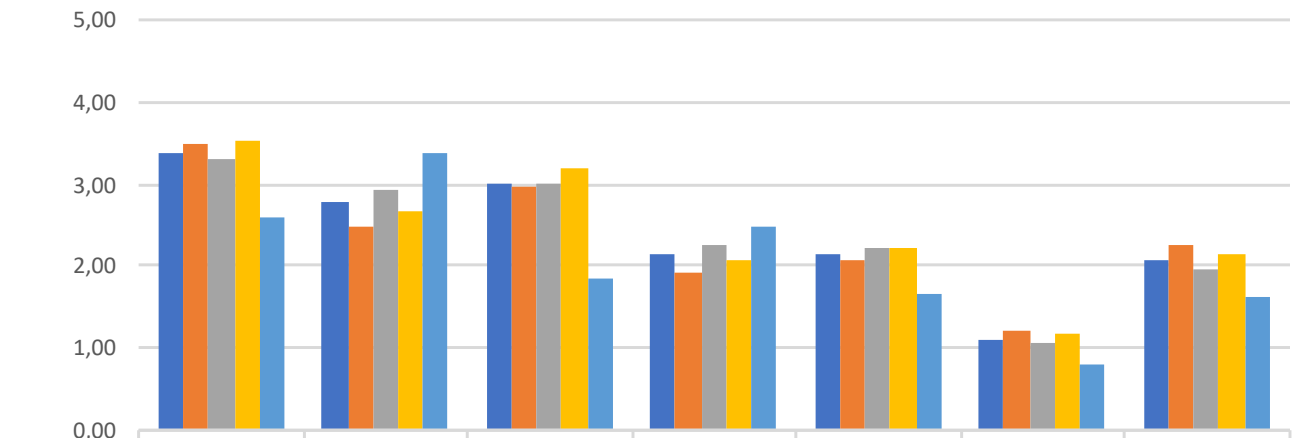
	Plaisir personnel	Applicabilité	Validation scientifique	Demande des patients	Le bouche à oreille	La rentabilité financière	Coût	Localisation	DPC / FIFPL
	Le choix de formation								
Métropole	4,45	4,45	3,06	1,97	2,23	1,35	2,13	2,97	2,74
Grande ville	4,47	4,44	3,21	3,10	2,19	1,50	2,22	2,69	2,84
Moyenne ville	4,63	4,40	2,96	2,46	2,21	1,11	2,00	2,72	2,96
Petite ville	4,56	4,53	3,39	3,09	2,46	1,56	2,36	3,15	2,95
Village	4,40	4,47	3,06	2,63	2,06	1,38	2,31	2,92	3,18
Bourg	4,42	4,36	3,07	2,47	2,14	1,11	1,95	2,83	2,62

Figure 34 : graphique présentant l'importance de différents facteurs concernant le choix d'une formation des MK selon la taille de leur ville d'activité



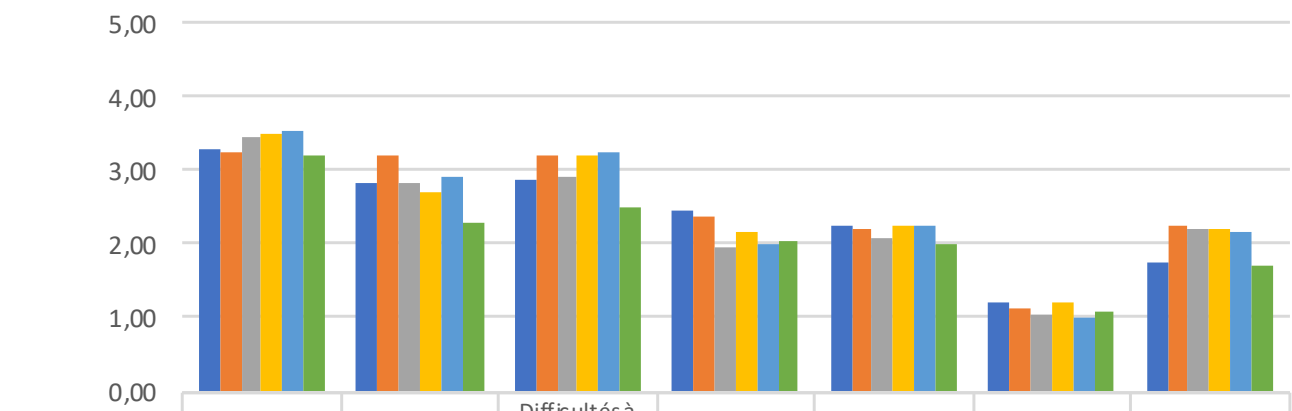
	Plaisir personnel	Applicabilité	Validation scientifique	Demande des patients	Le bouche à oreille	La rentabilité financière	Coût	Localisation	DPC / FIFPL
(-) de 5 formations en 5 ans	4,50	4,43	3,14	2,69	2,18	1,36	2,17	2,91	2,81
(+) de 5 formations en 5 ans	4,48	4,49	3,15	2,77	2,42	1,39	2,22	2,93	3,08
A fait un DU	4,52	4,54	3,72	2,83	2,02	1,37	2,24	2,81	2,51
A pas fait de DU	4,48	4,43	3,05	2,68	2,25	1,35	2,17	2,90	2,94

Figure 35 : graphique présentant l'importance de différents facteurs concernant le choix d'une formation des MK selon la quantité et le type de formation continue réalisée



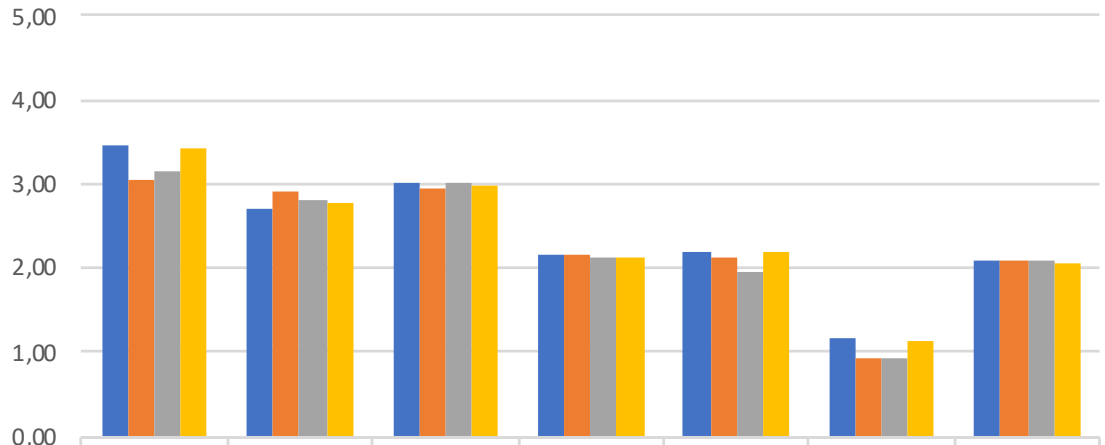
	Manque de temps	Manque de moyens financiers	Difficultés à assurer la continuité des soins	Manque d'information	Difficulté pour s'y rendre	Manque d'envie	Contrainte familiale
TOUT	3,37	2,77	3,00	2,14	2,16	1,12	2,07
HOMMES	3,51	2,50	2,96	1,93	2,07	1,22	2,25
FEMMES	3,30	2,93	3,02	2,27	2,21	1,06	1,96
LIBÉRAUX	3,53	2,67	3,20	2,07	2,24	1,17	2,16
SALARIÉS	2,59	3,39	1,86	2,50	1,66	0,82	1,63

Figure 36 : graphique présentant l'importance de certaines contraintes à leur volonté de se former des MK selon leur genre et leur type d'activité



	Manque de temps	Manque de moyens financiers	Difficultés à assurer la continuité des soins	Manque d'information	Difficulté pour s'y rendre	Manque d'envie	Contrainte familiale
Métropole	3,29	2,84	2,87	2,45	2,26	1,19	1,74
Grande ville	3,25	3,21	3,21	2,35	2,19	1,13	2,25
Moyenne ville	3,45	2,84	2,91	1,95	2,07	1,05	2,22
Petite ville	3,48	2,70	3,21	2,18	2,26	1,23	2,20
Village	3,52	2,90	3,23	2,00	2,25	1,00	2,18
Bourg	3,22	2,29	2,50	2,03	1,98	1,07	1,70

Figure 37 : graphique présentant l'importance de certaines contraintes à leur volonté de se former des MK selon la taille de leur ville d'activité



	Manque de temps	Manque de moyens financiers	Difficultés à assurer la continuité des soins	Manque d'information	Difficulté pour s'y rendre	Manque d'envie	Contrainte familiale
(-) de 5 formations en 5 ans	3,45	2,71	3,01	2,15	2,20	1,18	2,09
(+) de 5 formations en 5 ans	3,06	2,92	2,94	2,15	2,12	0,95	2,09
A fait un DU	3,15	2,79	3,00	2,13	1,94	0,94	2,08
A pas fait de DU	3,41	2,77	2,99	2,14	2,19	1,14	2,07

Figure 38 : graphique présentant l'importance de certaines contraintes à leur volonté de se former des MK selon la quantité et le type de formation continue réalisée

ANNEXE VIII : Méthode des quotas

Tableau III : représentativité de l'échantillon selon la méthode des quotas

	TOTAL	MOINS DE 25 ANS	DE 25 A 39 ANS	DE 40 A 54 ANS	Plus de 55 ANS	EFFECTIF THEORIQUE (9,35%)	MOINS DE 25 ANS	DE 25 A 39 ANS	DE 40 A 54 ANS	Plus de 55 ANS	EFFECTIFS QUESTIONNAIRE	MOINS DE 25 ANS	DE 25 A 39 ANS	DE 40 A 54 ANS	Plus de 55 ANS
TOTAL GRAND EST	4328	304	2 345	1 035	644	405	28	219	97	60	405	40	205	108	52
TOTAL FEMMES	2155					202					254				
TOTAL HOMMES	2173					203					151				
10- Aube	226					21					21				
51- Marne	431					40					28				
52- Haute-Marne	90					8					11				
54- Meurthe-et-Moselle	564					53					105				
55- Meuse	103					10					15				
57- Moselle	762					71					73				
67- Bas-Rhin	1 337					125					54				
68- Haut-Rhin	566					53					10				
88- Vosges	249					23					62				

ÉTAT DES LIEUX DE LA FORMATION CONTINUE DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES DE LA RÉGION GRAND-EST EN 2018

Introduction : La formation continue est une obligation légale en France et des aides au financement sont possibles par les organismes DPC et FIF-PL. Face au manque de données, nous avons voulu connaitre les formations les plus réalisées par les masseurs-kinésithérapeutes (MK) du Grand-Est, leurs motivations, critères de choix et contraintes rencontrées, pour mettre en lumière les disparités au sein des MK.

Matériel et méthodes : Un questionnaire électronique a été envoyé aux MK libéraux du Grand-Est par le biais de l'URPS et de la FFMKR. Les MK salariés furent contactés par courriel au service de rééducation où ils exercent. Les réponses furent réceptionnées du 30 octobre 2018 au 1er mars 2019.

Résultats : 405 MK ont répondu (9,8% de la population). 77% sont formés en thérapie manuelle. La « bronchiolite » (36,5%), « le k-taping » (34,5%) et « la prise en charge de l'épaule » (33,8%) sont les formations les plus suivies. Les femmes se forment plus que les hommes en pelvipérinéologie. Les salariés se forment plus que les libéraux en « gestes et soins d'urgence » et « neurologie ». 13,3% ont réalisé une formation universitaire. Les MK suivent en moyenne 4,51 formations tous les 5 ans, un chiffre supérieur chez les femmes et les libéraux. Leur motivation principale est de gagner en compétences, leurs critères de choix principaux sont « l'envie personnelle » et « l'applicabilité dans la pratique », la contrainte principale est « le manque de temps ».

Discussion / Conclusion : Les MK semblent effectuer des formations selon les besoins en santé publique et les difficultés rencontrées lors des prises en charge. Les spécificités de genre ainsi que les besoins des patients sont aussi déterminants dans leur parcours de formation. Ces résultats pourraient refléter un manque de formation dans les IFMK.
Les MK sont volontaires et se forment de façon conséquente et variée, malgré des barrières temporelles et organisationnelles. D'autres études pourraient analyser la relation entre la quantité et la qualité des formations réalisées, ainsi que la place et l'impact de la formation initiale quant aux choix de formation continue des MK.

Mots clés : DPC, état des lieux, formation continue, masso-kinésithérapie

---

STATE OF PLAY OF FRENCH PHYSIOTHERAPISTS' CONTINUING EDUCATION OF THE REGION GRAND-EST IN 2018

Introduction: Continuing education (CE) is a legal obligation in France and financial aids from the organisms "DPC" and "FIF-PL" are possible. Because of a lack of data, we wanted to figure out which courses were the most followed by physiotherapists (PTs) of the region Grand-Est, their motivations, criteria of choice and coercions, in order to highlight the disparities among PTs.

Methods: An online questionnaire was sent to private practitioners of Grand-Est through URPS and FFMKR 's mailing lists. Employed PTs received it through an e-mail sent to their head of department. The answers were received form October 30th 2018 to March 1st 2019.

Results: 405 PTs answered (9,8% of the population). 77% followed manual therapy's continuing courses. "bronchiolitis" (36,5%), "Kinesiology-Tape" (34,5%) and "shoulder rehabilitation" (33,8%) are the most taken courses. Women follow more uro-gynecology courses than men. Employees take more "emergency cares" and "neurology" courses than private practitioners. 13,3% followed a university diploma. PTs undertake an average of 4,51 courses every 5 years, women's and private practitioners' average being higher. They are mainly motivated by gaining skills, their main criteria to choose a course are "personal desire" and "practical use", the main coercion is the "lack of time".

Discussion / Conclusion: PTs seem to take courses according to public health needs and the difficulties encountered during rehabilitation. Gender specificities and patients' needs also determine their continuing education career. These results could be the reflection of a lack of initial training.
PTs are volunteer and take courses in a consequent and varied way, despite time-related and organisational obstacles. Further studies might analyse the relationship between the quantity and the quality of courses taken by PTs, as well as the role and the impact of the initial training towards their choice of continuing education.

Key words: DPC, state of play, continuing education, physiotherapy