

MINISTERE DE LA SANTE

REGION LORRAINE

INSTITUT LORRAIN DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE

DE NANCY



L'ORGANISATION DE LA MASSO-KINESITHERAPIE EN EUROPE

Rapport de travail écrit personnel

présenté par **Stéphanie MONTERAGIONI**

étudiante en 3^{ème} année de kinésithérapie

en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat

de Masseur-Kinésithérapeute

2007-2008.

VALIDATION DU TRAVAIL ECRIT

Ce travail a été réalisé :

Du 3 septembre 2007 au 13 mai 2008.

Référent :

NOM : M. COLNAT

Prénom : Gérard

Donne autorisation à :

NOM : Melle MONTERAGIONI

Prénom : Stéphanie

de présenter son travail écrit à la soutenance orale dans le cadre du Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute.

Date : le 13 mai 2008

Signature :

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized, cursive name that appears to be 'Stéphanie' followed by a horizontal line underneath.

RESUME

L'organisation de la Masso-kinésithérapie en Europe est un sujet vaste, et la comparaison est séduisante, elle nous permet parfois de se rassurer dès lors que nous constatons que notre condition est supérieure aux autres, ou bien de se révolter lorsque nous découvrons qu'il existe mieux ailleurs. Outre les aspects réconfortants et envieux que nous pouvons occasionnellement éprouver envers nos voisins européens, l'état des lieux et la confrontation du monde de la kinésithérapie permet avant tout de faire évoluer la conjoncture.

L'histoire de chaque pays construit les bases de la profession, de la formation ou encore de la réglementation autour de la kinésithérapie. L'étude porte sur ces 3 thèmes qui encadrent la kinésithérapie au sein de chaque état membre.

Mais la question n'est pas uniquement de débattre sur le fonctionnement de chaque pays en matière de kinésithérapie, mais plutôt de réfléchir sur l'existence d'**une** kinésithérapie ou **des** kinésithérapies ?

En ce qui concerne le niveau des études qui donnent accès aux formations proprement dites de M.K, il est très satisfaisant, en revanche l'inégalité des études initiales de M.K. démontre la nécessité d'une réflexion sur les bases de l'enseignement et de la formation. Cette démarche est réalisée principalement dans l'intérêt du processus d'universitarisation des études de M.K.. L'objectif premier reste surtout l'avenir de la M.K., qui se doit nécessairement d'aboutir vers l'indépendance de la profession vis à vis du "pouvoir médical". Avec ce système, nous deviendrions progressivement autonomes, tout comme les dentistes le sont devenus ; tout en sachant déférer aux médecins ce qui dépasserait les limites de nos compétences.

Est-ce que nos études sont suffisantes ? Certainement pas ! La meilleure preuve étant que les M.K. sont les plus gros consommateurs de formation continue parmi les professions de santé paramédicales.

MOTS CLES :

Masso-kinésithérapie – Europe – Profession – Formation – Compétence - Réglementation

SOMMAIRE

RESUME

1. INTRODUCTION	1
2. POPULATION ETUDIEE	2
2.1 L'émergence de la kinésithérapie en Europe: l'Histoire au cœur d'une profession	2
2.2 Le choix des pays étudiés	3
3. LE SYSTEME EDUCATIF	3
3.1 L'accès aux études.....	3
3.2 Examens de sélection et numérus clausus	4
3.3 Déroulement des études.....	8
3.4 Contenu de l'enseignement.....	9
3.5 Diplôme obtenu	11
3.6 Rapport nombre d'entrants/ sortants	12
3.7 La France au sein du système LMD	13

4. L’EVALUATION DE LA PROFESSION DE MASSEUR-KINESITHERAPEUTE	14
4.1 Démographie européenne des MK	14
4.2 Taux de Chômage.....	5
4.3 Type d’activité.....	16
4.4 Les compétences	17
5. LA REGLEMENTATION EN VIGUEUR	18
5.1 Mode de remboursement.....	18
5.2 Modalités d’accès aux soins	20
5.2.1 Acte sur prescription et libre accès	20
5.2.2 L’indépendance du Masseur-Kinésithérapeute : réalité ou fiction ?	21
5.2.3 Droit de prescription	22
5.3 Organisation de la représentation	23
6. DISCUSSION	24
7. CONCLUSION	24

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

RESUME

L'organisation de la Masso-kinésithérapie en Europe est un sujet vaste, et la comparaison est séduisante, elle nous permet parfois de se rassurer dès lors que nous constatons que notre condition est supérieure aux autres, ou bien de se révolter lorsque nous découvrons qu'il existe mieux ailleurs. Outre les aspects réconfortants et envieux que nous pouvons occasionnellement éprouver envers nos voisins européens, l'état des lieux et la confrontation du monde de la kinésithérapie permet avant tout de faire évoluer la conjoncture.

L'histoire de chaque pays construit les bases de la profession, de la formation ou encore de la réglementation autour de la kinésithérapie. L'étude porte sur ces 3 thèmes qui encadrent la kinésithérapie au sein de chaque état membre.

Mais la question n'est pas uniquement de débattre sur le fonctionnement de chaque pays en matière de kinésithérapie, mais plutôt de réfléchir sur l'existence d'**une** kinésithérapie ou **des** kinésithérapies ?

En ce qui concerne le niveau des études qui donnent accès aux formations proprement dites de M.K, il est très satisfaisant, en revanche l'inégalité des études initiales de M.K. démontre la nécessité d'une réflexion sur les bases de l'enseignement et de la formation. Cette démarche est réalisée principalement dans l'intérêt du processus d'universitarisation des études de M.K.. L'objectif premier reste surtout l'avenir de la M.K., qui se doit nécessairement d'aboutir vers l'indépendance de la profession vis à vis du "pouvoir médical". Avec ce système, nous deviendrions progressivement autonomes, tout comme les dentistes le sont devenus ; tout en sachant déférer aux médecins ce qui dépasserait les limites de nos compétences.

Est-ce que nos études sont suffisantes ? Certainement pas ! La meilleure preuve étant que les M.K. sont les plus gros consommateurs de formation continue parmi les professions de santé paramédicales.

MOTS CLES :

Masso-kinésithérapie – Europe – Profession – Formation – Compétence - Réglementation

1. INTRODUCTION

« *Y'a quoi chez mon voisin* », voici l'intitulé d'une rencontre organisée à Genève en novembre 2007, un véritable « melting-pot » destiné à rassembler professionnels et étudiants en Masso-Kinésithérapie venus des quatre coins d'Europe pour partager savoir-faire et connaissances.

La kinésithérapie Européenne est en marche, aussi bien sur le plan éducatif avec la mise en place du système Licence Master Doctorat (L.M.D.) que sur le versant professionnel avec la reconnaissance mutuelle des diplômes bac +3 autorisée par la 1^{ère} directive 98/48/CEE effective depuis 1991.

Néanmoins, force est de constater les limites de l'Union Européenne (U.E.) qui progresse tant bien que mal vers l'Harmonisation, freinée par le fonctionnement interne de chaque état-membre.

L'exploration du concept de Masso-Kinésithérapie tel qu'il est défini par les différents états-membres est une démarche obligatoire pour comprendre les obstacles d'une prompt harmonisation.

C'est pourquoi nous tenterons de comprendre comment s'organise la Masso-Kinésithérapie au sein des pays de l'U.E., en explorant d'une part les modalités de formation, d'autre part l'activité professionnelle et finalement leur place au sein des systèmes de santé nationaux.

2. POPULATION ETUDIEE

2.1 L'émergence de la kinésithérapie en Europe : l'Histoire au cœur d'une profession.

Selon A. Comte « on ne connaît bien une profession que lorsqu'on en sait l'histoire », je rajouterais que c'est l'histoire de chaque pays qui construit les bases de chaque profession.

L'exemple français le démontre largement, le terme de kinésithérapie est apparu en 1847 regroupant les techniques de massage et de gymnastique médicale. C'est en 1861 que les 1^{ères} écoles d'infirmières apparaissent, avec des programmes de massage et de gymnastique médicale, les premiers kinésithérapeutes étaient en réalité des infirmières ! A cette même date, la profession de masseur voit le jour, le domaine du massage était jusque là réservé aux non-voyants. A l'époque, de nouveaux besoins se manifestent dans le domaine de la santé : combattre des maladies et développer la santé sont à l'origine de l'émergence des professions auxiliaires de la médecine, dont celle d'infirmière. Hélas, il faudra les deux guerres mondiales pour que la Kinésithérapie fasse définitivement la preuve de son efficacité en permettant une récupération plus rapide des combattants, sans séquelles ou avec des séquelles moindres. La guerre de 1914-1918 aura une autre conséquence fondamentale sur le statut des praticiens : en 1924, sous l'action conjuguée des aveugles et des responsables d'écoles, le diplôme d'État d'infirmier masseur aveugle et d'infirmier masseur est instauré. La deuxième guerre apportera la pierre manquante à l'édifice en accordant en 1946 le monopole de l'exercice du massage et de l'activité gymnastique, en créant le diplôme d'état de Masseur-Kinésithérapeute. Un terme auquel les professionnels tiennent tout particulièrement, il véhicule un message : celui de l'union entre les masseurs et les gymnastes. Longtemps considéré comme une spécialité médicale, le monopole du massage est le fruit d'un long combat (contre les médecins qui voulaient en faire une spécialité médicale, mais aussi contre les rebouteux, les magnétiseurs...) une bataille toujours d'actualité. Ainsi en France, il ne s'agit pas de "physiotherapist", de "fisioterapeuta" ou autre, mais de masseur-kinésithérapeute. L'Histoire construit l'identité d'une profession, c'est pourquoi certains particularismes nationaux ont leur origine avant même la création de la profession proprement dite. Le cas de la France n'est pas unique, aussi nous aborderons tout au long de cette recherche les particularités de chaque pays étudié lors des différents thèmes abordés.

2.2 Choix des pays étudiés

Il semble judicieux de s'intéresser aux « piliers européens » tel que L'Allemagne, la Belgique, la France, l'Italie, le Luxembourg (Lux.), les Pays-Bas, le Danemark, l'Irlande, le Royaume-Uni (R.U.), la Grèce, l'Espagne et le Portugal qui ont chacun intégré l'UE depuis au moins 22 ans .

Aussi, l'étude de la Pologne permettra d'observer la situation de ce « novice européen » adopté depuis quatre ans. Un pays hors U.E. a été ajouté à la liste afin d'avoir un élément de comparaison « externe » : la Suisse. Un choix qui n'est pas anodin, la Suisse est au centre de l'Europe sans faire partie intégrante de l'U.E. et pourtant elle y trouve largement sa place, qu'en est-il à propos de la Kinésithérapie ?

3. Systèmes Educatifs

3.1 L'accès aux études

Les exigences préalables avant l'entrée en formation reflètent une certaine unité entre les différents pays, globalement, le nombre d'années pour accéder aux études de kinésithérapeute varie entre 10 et 13 ans (voir tableau Annexe 1). Nombreux sont les pays exigeant l'obtention du baccalauréat ou d'un équivalent afin d'accéder au niveau d'étude supérieur. On note qu'aucune formation n'existe au Luxembourg, c'est pour cette raison qu'il ne sera pas étudié dans ce chapitre. Pour quelques pays, il est possible d'accéder à la formation par divers accès, c'est le cas de la France où 2 systèmes cohabitent depuis 1989 :

- 13 ans de scolarité pour les étudiants « obligés » de passer par une année préparatoire en faculté de médecine (PCEM1). Pour ceux-ci le baccalauréat est obligatoire.
- 12 ans de scolarité pour les candidats des autres concours de niveau terminale, avec ou sans réussite au baccalauréat.

Il est intéressant de constater qu'au sein de l'U.E., les deux seuls pays où la formation de M.K. n'est pas universitaire sont la France et l'Allemagne. C'est ce dernier qui dénote en matière de formation en kinésithérapie. Effectivement, même si l'« abitur » (équivalent du baccalauréat) permet d'entrer en école supérieure, l'entrée en école de kinésithérapie est envisageable uniquement avec le « Realschulabschluss », à savoir l'équivalent du brevet des collèges. Le niveau exigé est réellement

inférieur puisque 10 ans d'études sont obligatoires, l'Allemagne se présente donc avec un solde négatif de 2 ans par rapport à ses voisins européens, c'est le seul pays non concerné par la reconnaissance des diplômes de niveau bac + 3 puisque ses ressortissants accèdent à la formation sans diplôme de l'enseignement supérieur.

Alors que de l'autre côté de l'hexagone, pour entrer à l'Université, les espagnols sont dans l'obligation de passer un examen : « la selectividad » portant sur les matières étudiées de la dernière année du « bachillerato » qui clôture le cycle secondaire. Ensuite, l'entrée dans les facultés est « libre » mais pour les plus plébiscitées, elle est conditionnée par la note moyenne du dossier des deux dernières années du cycle secondaire et de la selectividad. C'est ainsi que d'une année à l'autre, les futurs étudiants connaissent « la nota de corte », c'est-à-dire la note minimum avec laquelle est entré le dernier admis l'année précédente.

En Suisse, la maturité gymnasiale est un certificat de fin d'étude, il est obtenu dans une Ecole de Culture Générale ou une école de maturité. Pour entrer dans une haute école spécialisée (HES) où sont formés les futurs « physiothérapeute » il existe deux possibilités :

- Soit l'étudiant a suivi sa scolarité dans une maturité spécialisée en santé ou une maturité professionnelle dans le domaine santé/social, dans ce cas, il peut directement accéder aux HES en physiothérapie.

- Soit l'étudiant a suivi un cursus général et il lui faut une année préparatoire pour y parvenir.

Quel que soit le pays et la formation, tous requièrent un état de santé compatible avec la formation et des qualités psychologiques, de plus il existe des passerelles dans la plupart des pays comme l'expérience professionnelle ou l'équivalent du diplôme de fin d'études secondaires...etc.

3.2 Examen de sélection et numéris clausus :

La kinésithérapie est un domaine qui attire de plus en plus les étudiants, aussi certains pays optent pour la régulation par un examen de sélection, avec ou sans numéris clausus.

Tableau I : Régulation des études de kinésithérapie en Europe.

<u>Pays</u>	<u>Examen de sélection</u>	<u>Numérus Clausus</u>
Allemagne	non	non
Grèce	non	non
Danemark	oui	non
Espagne	non	oui/non
Pologne	oui	non
Belgique	oui/non	oui
Suisse	oui	oui
France	oui	oui*
R-U	non	non
Italie	oui	oui
Portugal	oui	oui

C'est le cas de la France, qui dispose d'un numérus Clausus fixé à 1889 (2006) qui concerne les facultés de médecine qui sélectionnent les étudiants par un concours commun après une année universitaire ainsi que les écoles qui recrutent sur concours à la sortie de l'enseignement secondaire. Ce double mode de recrutement repose sur deux principes différents.

*à l'exception des écoles pour malvoyants ou aveugles (au nombre de 4).

Effectivement, la première année de médecine (PCEM1) aboutit à un concours équitable puisque tous les étudiants ont une formation équivalente, ce qui n'est pas le cas des écoles qui recrutent sur concours « post-bac ». Malgré un programme similaire dans le secondaire, les étudiants ont souvent un enseignement distinct au sortir du baccalauréat. Généralement, les étudiants souhaitent mettre toutes les chances de leur côté et effectuent une année préparatoire souvent coûteuse, sans parler des frais d'inscription aux différents concours, ainsi la sélection se fait par les résultats mais aussi par l'argent avec les systèmes de « prépa » qui existent aussi bien pour le PCEM1 que pour l'entrée « post bac ».

En Belgique, l'accès à la kinésithérapie est réglementé par deux vagues : premièrement l'accès à la formation qui depuis 2006, filtre les non-résidents (les français entre autres se tournent vers la Belgique pour éviter les classes préparatoires françaises ou le PCEM1). Le nombre de candidats étrangers étant deux fois plus important que le nombre de places disponibles, il a fallu organiser un tirage au sort : 30% des places de chaque école étaient « réservées » aux postulants non-résidents qui ont été « choisis » par tirage au sort. 1628 places pour ce pays qui compte 6 fois moins d'habitants que la France et qui présente quasiment le même numérus ! Deuxièmement si les étudiants étrangers qui aspirent à faire leurs études en Belgique sont épurés au départ, pour ceux qui désirent exercer sur le territoire Belge un numerus clausus a été instauré limitant l'accès à la

profession (450 places en 2005). En réalité, les étudiants réalisent 4 années d'études puis participent à un concours afin d'obtenir ce numéro INAMI qui permet au M.K. d'exercer et aux patients de se faire rembourser. L'INAMI est l'équivalent de la sécurité sociale française, ne pas avoir de numéro INAMI correspondrait en France à ne pas être conventionné avec la sécurité sociale (ce qui n'interdit pas d'exercer la partie des actes non remboursés). Notez que l'examen n'est pas considéré comme un test final au cours duquel l'étudiant démontre les aptitudes qu'il a pu acquérir lors de sa formation, ce numéro INAMI est mal perçu par la plupart des kinésithérapeutes qui estiment qu'« Il est difficilement tolérable de voir des étudiants, des professionnels qui se sont construits autour de la kiné se voir refuser le droit d'exercer le métier qu'ils ont choisi ou être obligés après des années d'exercice de leur art de tout arrêter » (Arnaud Tinlot : Président de l'Association des licenciés en éducation physique et des licenciés en kinésithérapie De Belgique).

En Espagne, le numéris clausus correspond à « la nota de corte » que l'on a évoquée précédemment, cette note régit l'entrée à l'université. Il faut savoir que les études de « fisioterapia » sont très prisées en Espagne ; la sélection s'organise ainsi : les étudiants se préinscrivent en physiothérapie, la demande étant très importante ce sont les meilleurs élèves qui sont acceptés en fonction des places disponibles dans chaque établissement (3200 places environ réparties entre les différentes autonomes espagnoles). La « nota de corte » est la note du dernier admis, elle est relativement élevée puisqu'elle vacille autour de 8/10, elle permet aux étudiants des années suivantes d'avoir un bref aperçu des universités auxquelles ils pourront accéder. Cependant, il existe des universités privées qui acceptent les étudiants sans examen préalable (donc des universités payantes), encore une fois, la sélection tombe à l'eau puisque celles-ci ne sont pas soumises à la « nota de corte » ! Nous le verrons plus tard, un paradoxe entre la demande des candidats et la proposition de travail que l'Espagne offre à ses futurs diplômés.

Au Portugal, un examen de sélection prend en compte la note du « bacharelato » pour 65% et la note à l'examen de sélection pour 35%, portant sur trois matières de l'enseignement secondaire (les étudiants sont également soumis au numéris).

Pour l'Italie, un numéris est fixé par le ministère de la santé (arrêté à 2560 en 2006). Une seule épreuve de sélection est élaborée au niveau national, sous forme de questionnaires à choix multiples de 80 questions, elle se déroule le même jour, à la même heure dans toutes les universités d'Italie concernées. Cette même épreuve sert de sélection pour tous les cursus paramédicaux, l'étudiant fait 3 choix de cursus par ordre de préférence lors de sa préinscription et son affectation tient compte de son classement et de ses choix. A la différence de l'accès aux études médicales géré nationalement, l'accès aux études paramédicales est géré par les universités, ce qui signifie que l'université n'admet dans ses cursus que les candidats qui se sont inscrits à l'épreuve de sélection auprès d'elle.

En Allemagne, la simple acquisition du « realschul » (équivalent du brevet des collèges) est nécessaire, de plus il n'existe pas de numéris clausus.

En Suisse le nombre important de candidats par rapport aux places de formations disponibles dans chacun des sites (Genève, Lausanne, Loèche-les-Bains) oblige à une procédure de régulation dans la filière. Cette procédure a pour objectif de disposer d'éléments pouvant servir de paramètres de différenciation dans le cas où le nombre de candidatures déposées à la date d'échéance du dépôt des dossiers de candidatures dépasse 176 (mais seulement 88 places offertes par la filière). Tout candidat est soumis à cette procédure de régulation quels que soient son titre et ses formations antérieures. La régulation est organisée avant l'entrée en année préparatoire et comprend deux parties :

- La présélection : tests d'aptitudes personnelles et tests spécifiques.
- La sélection qui concerne les étudiants étant retenus à la présélection, comprend l'évaluation de l'autobiographie déposée avec le dossier de candidature, ainsi qu'un entretien semi structuré et des tests d'aptitudes personnelles sous forme de tests d'aptitudes corporelles et relationnelles.

Lorsque l'étudiant est admis, il effectue une année préparatoire qui n'aboutit pas à un concours mais à l'entrée dans les Hautes Ecoles Spécialisée.

Au Royaume-Uni, l'entrée se fait grâce à des notes minimales obtenues lors du « A-level ».

En Grèce, c'est la note obtenue à l' « Apolytirio » ainsi que la moyenne de l'année qui rentre en compte pour entrer dans une Institution Educative Technologique (T.E.I.), en faculté de santé.

En Belgique les études en 4 ans offrent la possibilité aux Kinésithérapeutes de s'orienter vers la recherche et l'enseignement (doctorat), ce qui n'est pas le cas pour ceux qui choisissent la formation en 3 ans. L'objectif du ministère flamand de l'éducation est d'harmoniser le nombre d'années en le portant à 4, il faudrait alors que toutes les formations aient lieu dans les hautes écoles au lieu de l'université. Ce projet prévoit également la possibilité d'avoir accès à l'université après l'obtention du diplôme de kinésithérapeute.

Pour reprendre une idée précédente, « on ne connaît bien une profession que lorsqu'on en connaît l'histoire », or avant la réunification allemande, il existait en Allemagne deux professions revendiquant la place de kinésithérapeute : les « krankengymnastiker » et les masseurs. Les premiers effectuaient trois années d'études, mais l'« abitur » n'était pas exigé et la 3^{ème} année correspondait à une année clinique sans véritable évaluation ni suivi pédagogique. Après la réunification Allemande en 1992, les kinésithérapeutes de l'ex-Allemagne de l'Est ont fusionné avec les « krankengymnastiker » pour devenir des physiothérapeutes. La réunion des deux professions s'est déroulée sans changement par rapport aux problèmes soulevés, ainsi les masseurs (formation en 4 ans) sont restés à part avec la création de passerelles leur permettant de se présenter aux examens de physiothérapeute. La situation en est restée là !

La Pologne bat tous les records puisque les kinésithérapeutes sont diplômés soit après 5 années d'études dans une académie d'éducation physique délivrant un diplôme de haut niveau, ou 3 ans dans les écoles de kinésithérapie qui leur permet d'accéder au diplôme de « fizjoterapia ».

L'évolution des études en Europe semble se faire vers une formation en 4 ans avec un passage par l'université. L'idéal serait de créer une véritable Europe de la kinésithérapie en facilitant l'ouverture, les déplacements d'étudiants et d'enseignants entre les différents pays.

3.4 Contenu de l'enseignement

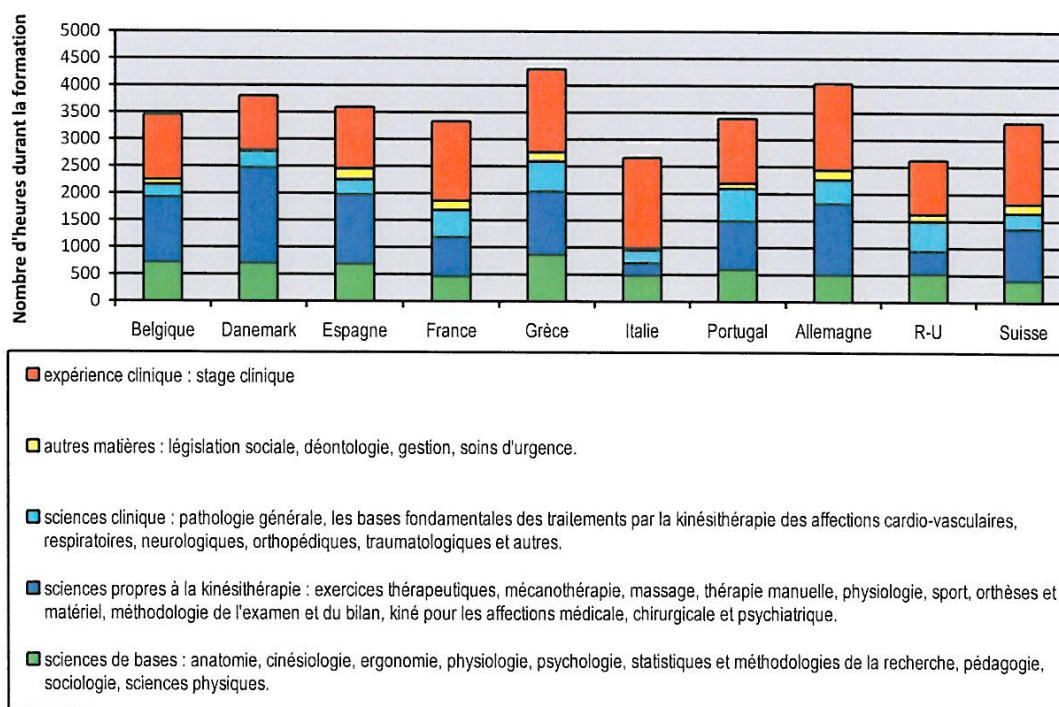
A ce jour, il est difficile de procéder à une étude comparative des programmes de formation de kinésithérapie entre états membres. Le nombre de matières enseignées,, le nombre d'heures affectées à chacune d'elles et le véritable contenu qualitatif inhérent à chaque thème d'enseignement sont des données impossibles à réunir du fait d'une diversité des libellés des matières. La liberté de privilégier ou d'allouer un nombre d'heures dans une matière par les écoles, notamment celles régies

par un mode universitaire, aboutissent à l'obligation d'une comparaison stricte d'école à école. Néanmoins 5 domaines d'enseignement sont apparents : les sciences de base, les sciences propres à la kinésithérapie, les sciences cliniques, les autres matières, et l'expérience clinique. Les divergences entre les tableaux II et III s'expliquent par les différences d'horaires lors des stages et lors des périodes d'enseignements, ce qui explique qu'en France, les étudiants travaillent 40 heures par semaine pendant 40 semaines mais ne comptabilisent que 3327 heures durant les 3 années.

Tableau III : Charge horaire de l'enseignement au cours de la formation.

Pays	Nombre d'heures totales
Grèce	4301
Allemagne	4040
Danemark	3800
Espagne	3593
Belgique	3450
Portugal	3390
France	3327
Suisse	3320
Italie	2659
R-U	2625
Pologne	Non disponible

Figure 1 : Comparaison du contenu horaire des différents types d'enseignements.



En Italie, les études s'échelonnent sur 3 ans, en examinant leur programme d'enseignement, l'Italie dénote avec un faible volume horaire d'enseignement pratique par rapport aux autres pays. Ceci est sans doute dû au fait que la formation en kinésithérapie est considérée comme une spécialité de la profession d'infirmière et que celle-ci possède déjà un enseignement de base à la fois théorique et clinique car celle-ci pratique le massage et certaines techniques de rééducation.

En Suisse, 2160h supplémentaires (soit 40% du temps de leur formation) sont consacrées au travail personnel de l'étudiant et à la réalisation de projet, garantissant le processus d'intégration des connaissances et des compétences par les étudiants.

A la lecture de ce tableau, notons qu'en Belgique, en Espagne, au Danemark, en Allemagne, et en Suisse, 1/3 du temps de formation est consacré pour les sciences propres à la kinésithérapie, le temps de stage clinique a une place prépondérante dans toutes les formations même si le Danemark et le R-U semblent être moins centrés sur cette forme d'apprentissage. La W.C.P.T. (World Confédération for the Physical Therapy) impose un minimum standard aux pays qui y adhèrent : un minimum de 560 heures pour l'apprentissage de la pratique et 1500 heures pour les stages cliniques, il faut au moins 1/3 de clinique dans le temps total de la formation.

Toutefois, il faudra éviter de tirer des conclusions trop hâtives sur les différentes formations. L'ensemble des chiffres et des données collectés sont à moduler en fonction des philosophies et des structures propres à chaque pays, voire à chaque région ou à chaque institut de formation ; de plus la quantité n'est pas l'unique paramètre, la qualité de l'enseignement rentre largement en jeu.

3.5 Diplôme obtenu

Les accords de Bologne présentent de multiples avantages en matière de kinésithérapie, ils permettront une comparaison européenne des diplômes et une valorisation de ceux-ci, mais la conjoncture est telle que l'ancien système est encore d'actualité. Certains pays comme la France appréhendent sa mise en place dans les domaines médicaux pour de multiples raisons. La surprise reste l'Allemagne, exempt d'un diplôme de fin d'étude secondaire, qui réussit à obtenir la validation de la licence et du master.

Tableau IV : Grade académique accordé.

<u>Pays</u>	<u>Diplôme actuel</u>	<u>Accès aux études supérieures</u>
Allemagne	master/ licence	master
Belgique	licence	master/ doctorat
Danemark	aut. physiotherpeut	master/ doctorat
Espagne	DE*	master
Grèce	DE	master/ doctorat
Portugal	licence	master/ doctorat
Pologne	master/ licence	master/ doctorat
Suisse	DE	master/ doctorat
France	DE	système de passerelle
Italie	laurea	master/ système de passerelle
R-U	master/ licence	master/ doctorat

* DE : diplôme d'état

3.6 Rapport nombre d'entrants/ sortants

Tableau V : Entrée et sortie des étudiants en kinésithérapie.

<u>Pays</u>	<u>Nombre d'entrants*</u>	<u>Nombre de sortants</u>
Allemagne	9500	7500
Grèce	290	200
Danemark	640	630
Espagne	3200	2600
Pologne	ND	ND
Belgique	1628	1000
Suisse	300	300
Italie	2500	1500
Portugal	700	656
R-U	2804	1964
France	1889	1839

* par année

Les pays qui disposent d'un numérus et d'un examen de sélection, comme la France, le Portugal et la Suisse, présentent un taux « d'échec » moins important que dans les autres pays ; quoique l'Allemagne avec 7500 physiothérapeutes diplômés chaque année enregistre un résultat proportionnellement satisfaisant même si ¼ des étudiants n'obtiennent pas leur diplôme.

En ce qui concerne l'Espagne, il est nécessaire de souligner que les 2600 ayant obtenu leur ont l'obligation, pour exercer en milieu hospitalier uniquement, de valider un examen. Ainsi, on ne peut faire de conclusions hâtives quant aux systèmes éducatifs de chaque pays, la présence d'un examen de sélection n'amène pas obligatoirement à la réussite, 3 années (au lieu de 4)

n'aboutissent pas à une formation de mauvaise qualité... Il existe tant de critères à étudier qu'il est difficile de prétendre pouvoir comparer les différentes formations.

3.7 La France au sein du Système LMD (Licence, Master, Doctorat)

Le processus de Bologne constitue l'engagement pour la construction d'un espace européen de l'enseignement supérieur avant 2010 par le biais de la réforme L.M.D.. Il ne s'agit pas de mettre en place un système universitaire unique mais de placer les systèmes nationaux diversifiés dans un cadre commun fondé sur trois points clefs :

- Mise en place d'une structure en deux cycles des études supérieures : un premier cycle d'études d'au moins 3 ans menant à un premier grade, appelé suivant les pays licence, baccalauréat, candidature, ... Puis un cycle menant à un grade de type maîtrise universitaire (cycle court) et/ou au doctorat (cycle long).
- Mise en place d'un système commun de crédits pour décrire les programmes d'études.
- Mise en place au supplément de diplôme afin de les comparer et de les rendre plus lisibles.

En France la formation de M.K. est composée d'une partie à la fois théorique (cours) et pratique (stages hospitaliers), les étudiants ont donc double tutelle : ministère de la Santé et ministère de l'Education nationale. Or la réforme L.M .D. est en rapport avec cette dernière, il est donc nécessaire d'intégrer les stages hospitaliers comme une formation à part entière. Ainsi, l'intérêt du processus pour le M.K., reconnu actuellement bac.+2, représente davantage qu'une reconnaissance du diplôme. D'une part, il permet de favoriser l'intégration des travailleurs européens sur le marché du travail et d'améliorer la compétitivité du système d'enseignement supérieur européen à l'échelon mondial. Aussi, le processus de Bologne prend en compte la charge de travail de l'étudiant, ce qui fait passer le M.K. non pas à une reconnaissance bac.+3/4 en fonction du nombre d'années d'études, mais bac.+5. D'autre part, le fait d'accéder au master permet à ceux qui le souhaitent de poursuivre dans la recherche, point intéressant pour les professionnels et les étudiants intéressés par ce domaine. Malheureusement la filière médicale n'a pas été intégrée d'emblée dans le système L.M.D., contrairement aux autres filières. Toutefois des formations (tel que le DU de kinésithérapie du sport à

Lyon) ont été créées afin d'obtenir une licence en rééducation qui permet l'inscription en master. Même si la formation de M.K. n'est que partiellement intégrée, une réflexion est en cours. Une telle harmonisation suscite la réticence du ministère de la santé qui craint les revendications liées à l'allongement de la formation ... Selon Roselyne Bachelot, ministre de la santé, les dépenses supplémentaires pour l'Etat s'élèveraient de 120 à 500 millions d'euros. Cette dernière justifie son refus par l'article 40 de la Constitution qui prévoit d'écarter les amendements entraînant une hausse de la dépense publique.

4. L'évaluation de la profession de kinésithérapeute

4.1 Démographie européenne des kinésithérapeutes

Tableau VI : Démographie des kinésithérapeutes

Pays	Nombre de Kinésithérapeute	Habitants par Kinésithérapeute	% de Kiné de sexe féminin	% de Kiné de sexe masculin
Allemagne	75000	1103	54	46
France	62000	1000	45	55
Belgique	27500	573	54	44
Lux.	370	1182	54	46
R-U	35952	1676	67	33
Italie	40000	1451	68	32
Espagne	22000	1831	53	47
Portugal	3000	5068	55	45
Danemark	9408	567	78	22
Suisse	10000	726	44	56
Grèce	5000	2120	50	50
Pologne	10000	3863	48	52

C'est en Allemagne, en France, en Italie ou au R-U que les kinésithérapeutes sont les plus nombreux, cependant la clientèle moyenne par kinésithérapeute actif reste tout de même élevée, contrairement à la Belgique, au Danemark et à la Suisse qui ont une population moins élevée que les précédents mais qui présentent une densité de kinésithérapeutes plus importante. La Belgique recense 27500 kinésithérapeutes dont 17800 qui travaillent sous nomenclature c'est-à-dire dont les patients peuvent être remboursés. Devant ces chiffres disproportionnés, le gouvernement belge incite les kinésithérapeutes à se reconvertir vers des professions voisines telles qu'infirmier, podologue...

Les chiffres de la Pologne, du Portugal (seulement 3000 kinésithérapeutes), ou encore de la Grèce traduisent le retard du développement de la profession, malgré tout il y a 25 ans, la clientèle d'un praticien portugais comptait 40 000 personnes! La densité est le fruit d'une politique de santé en matière de kinésithérapie puisqu'elle dépend essentiellement des conditions établies par les institutions qui régissent la formation (numerus clausus, examen de sélection...). Un système cohérent mis en place ne devrait pas amener de chômage dans le monde de la kinésithérapie.

En ce qui concerne l'histoire, la kinésithérapie est une différenciation tardive de la discipline paramédicale, elle-même issue d'une transformation tardive des charges assurées par les religieuses, quels que soient les états membres, d'où la forte influence persistant dans la conception des soins et incarnée électivement par l'impact de la gent féminine. Il y a 25 ans, la France comptait 25% de femmes M.K., la Belgique 35%, ces deux pays étaient les seuls où la profession était aussi peu féminine (au R-U : 98% des kinésithérapeutes étaient des femmes, 90% au Danemark...). De nos jours, l'équilibre est de mise, avec une légère prédominance féminine pour le domaine de la kinésithérapie. Au Danemark même si on progresse lentement vers la parité, 7 kinésithérapeutes sur 10 sont des femmes ! En Italie, ce chiffre s'explique par la nécessité d'obtenir une formation d'infirmière (un métier qui attire 70% de femmes). La suprématie féminine ne se retrouve qu'au R-U, au Danemark et en Italie, dans tous les autres, le ratio homme/ femme est en équilibre.

4.2 Taux de chômage des kinésithérapeutes

Pays	Taux de chômage
Allemagne	6 %
Grèce	9 %
Danemark	3,5 %
Espagne	9 %
Pologne	5 %
Lux.	6 %
Belgique	12 %
Suisse	0
France	0
R-U	0
Italie	0
Portugal	0

Tableau VII : Taux de chômage des kinésithérapeutes

Il existe peu de profession où l'on peut présenter de tels pourcentages en matière de chômage! Le monde de la kinésithérapie ne côtoie pas (ou presque) l'inactivité. On constate une corrélation entre le taux de chômage et la densité des kinésithérapeutes que nous avons vue précédemment. Le problème de la Belgique pourrait être pire puisque plus de la

moitié des diplômés sont employés par la France, l'Allemagne et le Luxembourg au sortir de leur formation.

En Espagne la profession est très convoitée, pourtant l'offre d'emploi y est rare par rapport au nombre de nouveaux diplômés qui entrent sur le marché du travail chaque année. Le système de santé espagnol est particulier, très peu d'emplois sont offerts en milieu hospitalier et la situation des libéraux est très différente de celle des M.K. français, notamment en termes d'honoraires. La même réflexion peut être faite pour la Pologne. La reconnaissance officielle du statut du chômeur est équivalente dans tous les états membres, mais l'attribution des prestations est très variable d'un pays à l'autre quant à la durée totale des jours comptabilisés de la semaine et au pourcentage de compensation de perte d'honoraire. Dès lors, le chômage des kinésithérapeutes ne reflète pas un « surplus » de praticiens, comme le démontre ces données, mais résulte plutôt d'une organisation à contresens de la part des différents gouvernements. La libre circulation régule en partie cette désorganisation nationale, en permettant aux thérapeutes touchés par le chômage (ou les bas salaires) de se diriger vers des pays en manque de kinésithérapeutes.

4.3 Type d'activité

La pratique privée libérale est permise dans la majorité des pays européens, seul le Portugal (théoriquement) le permet avec une restriction : le thérapeute doit travailler au sein d'une équipe médicale. En ce qui concerne l'exercice hospitalier, il se pratique partout évidemment, il est possible de combiner les 2 structures (privé et publique) excepté en Grèce où le choix du mode d'exercice est imposé. Le nombre d'heures de travail hebdomadaires des kinésithérapeutes salariés varie selon les états de 35h à 40h, ce nombre est essentiellement fonction des lois du travail de chaque état. De plus les salariés bénéficient d'avantages (fonction publique) comme la garantie de l'emploi qui existe dans la plupart des états membres à l'exception du Danemark, du R-U, et de l'Italie.

Dans certains pays, ces éléments ne sont plus suffisants pour inciter les kinésithérapeutes à travailler en salariat, les salaires et les limites d'évolutions de carrières repoussent souvent les kinésithérapeutes à s'installer en milieu hospitalier, c'est le cas de la France avec seulement 22% de

salariés, du Luxembourg avec 33%, de la Belgique... En Suisse, la profession de physiothérapeute ne peut être exercée à titre indépendant qu'après deux ans de pratique à plein temps dans le milieu salarial. En Pologne, un kinésithérapeute salarié perçoit approximativement 300 €, le libéral touche des honoraires équivalents. Au Danemark l'activité libérale est peu développée (40% de libéraux contre 60% salariés), ainsi qu'au Portugal où il est nécessaire d'avoir un regroupement médical pour pouvoir s'installer en tant que libéral. En Espagne, le libéral offre des honoraires peu attractifs (1000 à 1200 €), en Italie la proportion de libéral est minime par rapport au salariat (seulement 29%)...

En ce qui concerne le ratio Homme/ Femme, on note une prédominance féminine pour l'exercice salarial qui présente moins de contraintes que le secteur libéral. En France 15% des femmes masseur-kinésithérapeutes sont salariées contre seulement 7% d'hommes, au Luxembourg la différence est moins évidente avec 17% de femmes et 13% d'hommes salariés. Mais le secteur libéral reste le domaine le plus attractif même pour la gente féminine avec 30% de femmes kinésithérapeutes en France, 33% au Luxembourg.

4.4 Les compétences

En France, le décret d'actes n° 2000-577 du 27 juin 2000 détermine très largement les grands domaines d'activité en Masso-kinésithérapie. Ces actes se regroupent essentiellement sous les rubriques suivantes : santé, forme, bien-être, beauté, sport, ergonomie, formation. Le masseur-kinésithérapeute est habilité à travailler dans les domaines médicaux suivants : Rhumatologie, traumatologie, kinésithérapie du sport, pédiatrie, orthopédie, kinésithérapie respiratoire, uro-gynécologie obstétrique, kinésithérapie neurologique, troubles veino-lymphatiques, rééducation cardio-vasculaire, gériatrie, rééducation particulière (troubles de la déglutition, de l'équilibre, de la motilité faciale et de la mastication, rééducation des brûlés...), forme, bien-être, prévention, école du dos.

La France n'est pas un cas à part, les compétences restent quasiment identiques. Toutefois une spécialité demeure absente pour la Pologne : l'uro-gynécologie (rééducation pré et post-natale, abdominale et périnéale, incontinence, prolapsus). Les kinésithérapeutes polonais ne connaissent pas

ce champ d'activité mais ils possèdent certaines compétences d'ergothérapie, tout comme l'italien qui en plus d'avoir des compétences en thérapie occupationnelle peut effectuer des actes de rééducation psychomoteur ! Nous relevons dans la nomenclature, une indication spécifique : la rééducation pré-partum existe en Espagne, en Belgique..., alors qu'en France, elle est assurée par la sage-femme.

Quelques mots sur un acte qui fait partie des compétences de chaque pays, c'est grâce à celui-ci que la kinésithérapie a vu naissance : il s'agit du massage évidemment ! La question est, où est sa place au sein de nos compétences ? Il a indiscutablement sa place dans chaque pays, mais c'est uniquement en France que le massage thérapeutique ou non est exclusivement attribué au M.K....mais jusqu'à quand ? Dans tous les autres pays, le monopole du massage n'existe pas et chaque profession se partage la part du gâteau (esthéticiennes, masseurs...). Les M.K. défendent ces droits longtemps revendiqués par d'autres, il est nécessaire de protéger notre profession pour qu'elle puisse avoir un avenir encore plus fleurissant que par son passé.

5. La réglementation en vigueur

5.1 Mode de remboursement

Tableau VIII : Système de remboursement des soins

Modalité de paiement Pays	Totalement pris en charge par la sécurité sociale	Partiellement pris en charge par la sécurité sociale	Le patient paye la totalité	Le patient paye une partie
France	oui	oui	oui	Oui
Espagne	oui	-	-	-
Suisse	oui	oui	oui	Oui
Allemagne	-	oui	-	Oui
Portugal	-	oui	-	Oui
Belgique	-	oui	oui	Oui
Italie	-	oui	oui	Oui
Danemark	-	oui	oui	Oui
Lux.	-	oui	oui	Oui
R-U	oui	-	-	-
Grèce	oui	-	-	-
Pologne	ND	ND	ND	ND

La pratique professionnelle dans chacun des pays est largement façonnée par le remboursement des actes. L'appréhension des différentes données de participation des caisses ou de

l'Etat met en évidence les facultés de développement envisageable pour la kinésithérapie dans chaque pays.

Dans tous les pays, une partie des soins voire la totalité est remboursée par l'Etat (organisme semblable à la sécurité sociale) mais plusieurs options sont possibles :

- soit le patient paie une partie et le complément est pris en charge par la sécurité sociale,
- soit le patient paie la totalité,
- soit les frais sont pris en charge par la sécurité sociale.

En France, le mode de remboursement (séance de Masso-kinésithérapie pratiquée dans un but thérapeutique) est variable selon que les patients sont exonérés du ticket modérateur (T.M. de 35 %) ou qu'ils sont pris en charge à 100 % (exonérés du T.M.). Il faut savoir également que 90 % des français ont une mutuelle qui paye la différence quand les patients ne sont pas exonérés du T.M. Bien entendu, ce sont les soins ou les actes remboursés qui nécessitent une prescription, les autres actes (bilan, bien-être, préventif...) ne requièrent pas de prescription médicale.

En Espagne, au Royaume-Uni ainsi qu'en Grèce, la physiothérapie est intégralement prise en charge. Alors qu'en Allemagne l'objectif est depuis longtemps de responsabiliser le patient en le faisant participer aux paiements des soins de physiothérapie avec un T.M. de 15%, le remboursement n'est jamais totalement pris en charge par l'état même pour les revenus modestes. Notons également que seuls les traitements de kinésithérapie bénéficient du T.M., les thérapies « conventionnelles » (médecine) ne sont pas concernées. Le système Français se dirige vers celui de l'Allemagne, certes le but étant la prise de conscience de la non gratuité du système de soin par les assurés qui agissent parfois de manière abusive, mais il s'agit essentiellement de réduire le gouffre financier de la sécurité sociale ! Outre l'Allemagne, de nombreux pays remboursent partiellement les assurés en établissant un ticket modérateur sans dérogation, en conséquence pas d'exception même pour les personnes dans le besoin : l'Italie (les assurés payent jusque 36 euros pour chaque prescription chez un kinésithérapeute), la Belgique (25% du T.M.), le Danemark, le Portugal ou encore le Luxembourg (25% du T.M.). La Suisse, la France et l'Espagne restent les derniers survivants d'une couverture maladie utopique mais qui reste pourtant la plus équitable pour les assurés, qui devront par la suite

payer de leur poche et donc choisir entre se faire soigner ou manger... Le danger pour la masso-kinésithérapie est de voir le remboursement des soins diminuer et par la même une réduction du nombre de consultations.

5.2 Modalité d'accès aux soins

5.2.1 Acte sur prescription et libre accès

La plupart des pays européens exigent une prescription médicale avant tout acte de rééducation effectué par un kinésithérapeute. Celui-ci est ou non libre de ses techniques et peut également être maître du nombre de séances qu'il accorde au patient.

Tableau IX : Liste des pays exerçant obligatoirement sur prescription.

<u>Pays</u>	<u>Acte sur prescription obligatoire</u>
Allemagne	oui
Grèce	oui
Danemark	oui
Espagne	oui
Pologne	oui
Belgique	oui
Suisse	oui
France	oui
Italie	oui
Portugal	oui
R-U	non
Lux.	non

Au R-U, la prescription médicale n'est pas obligatoire notamment en pratique privée (10% du total), cependant les compagnies d'assurances ne remboursent généralement que 6 séances sans prescription médicale. Au Luxembourg, l'ordonnance n'est exigée que pour le remboursement des actes, ce n'est pas une obligation légale, certaines assurances remboursent les actes de rééducation sans ordonnance médicale. Au Portugal, en théorie la prescription est obligatoire, puisque légalement un kinésithérapeute ne peut s'installer dans le privé que s'il travaille au sein d'un groupe médical, mais deux cas peuvent se

produire :

- soit l'équipe médicale ne comprend pas de médecin, dans ce cas le soignant agit à sa guise.
- soit la loi n'est pas appliquée : de nombreux kinésithérapeutes exercent seuls en ville en dehors de toute équipe médicale, dans l'illégalité ils travaillent sans ordonnance et il n'y a pas de sanction pour ces infractions.

En Pologne, la prescription médicale est obligatoire, mais elle peut être interprétée largement par les kinésithérapeutes de premier rang (5 ans d'études). En Suisse, chaque médecin peut prescrire

9 séances renouvelées 3 fois, puis 12 séances supplémentaires en justifiant cette demande. Les médecins Suisses proposent :

- Pour un généraliste : qu'un second avis médical soit exigé après 18 séances.
- Pour un spécialiste : qu'un second avis médical soit exigé après 36 séances, mais cet avis devrait être donné par un spécialiste de médecine physique et de rééducation.

En milieu libéral, il est possible d'accéder librement aux soins mais l'acte n'est pas toujours remboursé.

5.2.2 L'indépendance du kinésithérapeute : fiction ou réalité ?

Tableau X : Choix des techniques et du nombre de séances par le thérapeute.

<u>Pays</u>	<u>Choix des techniques</u>	<u>Choix du nombre de séances</u>
Allemagne	oui	non
Grèce	oui	oui
Danemark	non	non
Espagne	oui	non
Pologne	oui	non
Belgique	oui	oui
Suisse	oui	non
France	oui	oui
Italie	oui	non
Portugal	non	non
R-U	oui	oui
Lux.	oui	non

La législation autorise ou non le thérapeute à choisir ses techniques ou encore le nombre de séances mais l'étendue de l'autonomie du kinésithérapeute repose également sur la confiance entre le prescripteur et le kinésithérapeute, qui organisera au mieux le programme thérapeutique du patient avec une

surveillance médicale en parallèle.

Au Portugal, la loi est claire, l'autonomie du thérapeute est sous la dépendance du médecin (en particulier le médecin rééducateur). L'autonomie technique (si on considère qu'elle existe) s'arrête avec l'exécution des actes thérapeutiques indiqués par le médecin.

Au R-U, les thérapeutes peuvent choisir le type de traitement, les techniques de rééducation et décider du nombre de séances, mais les compagnies d'assurances ne permettent généralement que 6 séances sans prescription médicale. En France, en Belgique et en Grèce la liberté de choisir ses techniques et le nombre de séances est laissée aux thérapeutes, bien entendu, cela se passe sous contrôle de la sécurité sociale qui surveille les éventuels abus. Au Danemark et au

Portugal, les techniques thérapeutiques sont dictées par le médecin, et dans les autres pays le kinésithérapeute peut choisir ses techniques de rééducation mais le nombre de séances nécessaires est évalué par le médecin. De plus, les Danois disposent d'un numérus clausus d'installation qui ne leur permet pas de s'implanter n'importe où (il s'agit du seul pays à disposer du numérus d'installation). En France depuis 2000, l'autonomie du masseur kinésithérapeute est confirmée grâce à la présence du bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soin, ainsi que pour établir la coordination avec le médecin prescripteur. De plus la prescription n'est plus obligatoirement qualitative et quantitative, ceci confère aux thérapeutes un peu plus d'autonomie, même si à l'heure actuelle, plus de 80 % des médecins continuent à apposer un nombre de séances sur leur prescription de M.K. Le droit de prescription s'ajoute aux compétences du M.K., mais quels sont les autres Etats concernés par cette nouvelle alternative ?

5.2.3. Droit de prescription

Tableau XI : Le droit de prescription des kinésithérapeutes en Europe.

<u>Pays</u>	<u>Droit de prescription</u>
Allemagne	non
Grèce	non
Danemark	non
Espagne	non
Pologne	non
Belgique	non
Suisse	non
Lux.	non
Italie	non
Portugal	non
R-U	oui
France	oui

En France, depuis la loi de 2006, le kinésithérapeute a le droit de prescrire pour ses patients : appareils destinés au soulèvement du malade, matelas et coussins d'aide à la prévention d'escarre, barrières de lit et cerceaux, aide à la déambulation, fauteuil roulant manuel en location, attelles souples, ceintures de soutien lombaire, bandes et orthèses de contentions souples et élastiques, sondes ou électrodes cutanées périnéales, collecteurs d'urine, étui pénien, pessaires, embouts de cannes, talonnettes, débitmètre de pointe, pansements sec ou étanche pour immersion en balnéothérapie. Tous ces éléments consistent à améliorer la qualité de vie et de soin du malade. Cette nouvelle loi va probablement permettre de faire des économies pour la sécurité sociale, et d'éviter de perdre du temps, car les kinésithérapeutes ne diront plus de retourner consulter le médecin juste pour faire prescrire une bande, une ceinture lombaire ... Toutefois, un tiers des éléments prescrits par les Masseur-kinésithérapeutes n'est pas du tout remboursé par la sécurité sociale et les

deux autres ne sont le sont que partiellement. Seul la France est concernée par le droit de prescription, pourtant les avantages ne sont pas négligeables.

5.3 Organisation de la représentation

Tableau XII : Représentation des kinésithérapeutes par une organisation.

<u>Pays</u>	<u>Ordre</u>
Allemagne	non
Grèce	non
Danemark	non
Portugal	non
Pologne	non
Belgique	non
Suisse	non
Lux.	oui
Italie	oui
Espagne	oui
R-U	oui
France	oui

Les organismes tels que l'Ordre des Masseur-Kinésithérapeutes en France peuvent assurer la défense de l'honneur et l'indépendance de la profession mais ils ont encore bien d'autres objectifs : c'est un organe professionnel chargé de la déontologie et de la discipline, règles élaborées par les praticiens, élection démocratique, communication d'informations professionnelles, organisation des formations continues, services d'études, service d'entraide, accompagnement des confrères, conseil supérieur de déontologie, cotisations, prise en compte des plaignants...L'Ordre est chargé de faire connaître et de vérifier si les règles de bonne pratique et l'évaluation des pratiques professionnelles élaborées par la haute autorité de santé sont respectées par les professionnels (mais elles ne sont pas encore actives). En Espagne, « El Colegio profesional de Fisioterapeutas » (équivalent de l'ordre) existe depuis 1997, cet organisme a les mêmes objectifs que ceux cités précédemment. La cotisation s'élève à 100 euros/an, mais le montant varie d'une autonomie à l'autre. En Italie, elle est présente depuis 1959, mais l'adhésion à « l'organisation » est volontaire et le montant de la cotisation s'élève entre 80 et 120 euros, contrairement à la France, elle n'a aucune compétence juridique. La tâche de l'Ordre est considérable et doit tenir compte de l'évolution de la profession, des progrès des sciences et des techniques, de la transformation progressive de la société tout en préservant les principes déontologiques tels que le secret professionnel ou la liberté d'exercice.

Quand les kinésithérapeutes des autres Etats membres auront acquis un Ordre, on pourra considérer que la profession aura atteint sa maturité. Il lui incombera ensuite de la préserver des appétits des professions les plus ambitieuses et déviantes.

6. Discussion

Dans ce chapitre, nous allons évoquer brièvement quels sont les pays qui présentent des avantages en kinésithérapie, quels sont les pays « modèles » dans les domaines éducatif, professionnel, et en matière de réglementation ? C'est sans doute en France, au Portugal, en Espagne et en Suisse que le système éducatif est le plus performant, bénéficiant d'un examen dès l'entrée en formation ainsi qu'un numérus clausus, le programme y est très complet. De plus, ces pays connaissent un taux de réussite scolaire proche de 100%. Cela étant, nous pouvons nuancer certains points ; en France par exemple, il est impossible pour le moment de poursuivre vers des études supérieures...Aucune politique n'est donc parfaite !

En ce qui concerne la profession et la réglementation, c'est en France, au R-U, en Suisse, ou au Luxembourg qu'il est préférable d'exercer. Pourquoi ? D'une part, le taux de chômage y est inexistant, d'autre part, ces pays ont une autonomie partielle à l'égard du corps médical : la prescription médicale n'est pas obligatoire au R-U et au Luxembourg ; en France et au R-U le droit de prescription est mis en place, et tous sont libres de choisir leurs techniques et certains choisissent le nombre de séances nécessaires lors de la prise en charge d'un patient. Pour finir, 3 d'entre eux sont encadrés par un organisme tel que l'Ordre des kinésithérapeutes, et les 4 présentent des salaires ou des honoraires assez attractifs avec des systèmes de remboursement qui le permettent. Attention, cela ne signifie pas que les autres pays sont moins performants en terme de kinésithérapie, il ne s'agit ici que de présenter les avantages que certains pays ont par rapport aux autres, de plus, il est difficile de prétendre qu'un système est mieux que l'autre au vu du nombre d'éléments à prendre en considération.

7. Conclusion

Le niveau des étudiants ayant accès aux études de kinésithérapie dans les pays de l'U.E. est très satisfaisant, malgré une grande diversité dans le déroulement des formations initiales, l'évolution des études semble progresser vers une instruction en 4 années avec passage par l'université. La diversité ou non des formations universitaires, des pratiques de remboursements des prestations détermine deux axes principaux eux-mêmes fragmentés :

- d'une part, l'Europe du Sud, avec une économie moins avancée, promotrice d'une physiothérapie en cours ou récemment réglementée, sous tutelle médicale, régie dans un système national de santé, offrant des prestations de santé de première nécessité.

- d'autre part, l'Europe du Nord, avec une activité économique solide, détentrice de prestations de soins en kinésithérapie parfaitement codifiées et ayant obtenu une identité depuis plusieurs décennies, avec une certaine autonomie à l'égard du corps médical. Au sein de l'Europe du Nord, dans laquelle s'intègre la France, il existe des points de divergence sur la formation et l'exercice. Les pays de petites dimensions territoriales disposent de structures d'enseignement universitaire sans mode de régulation d'entrée en formation et persistant dans l'ignorance des conséquences démographiques de ce processus, responsable d'une asphyxie du secteur ambulatoire. Alors que les pays de grandes dimensions territoriales présentent des démographies professionnelles homogènes tant sur le plan du nombre de nouveaux diplômés que sur celui de la densité des actifs. De manière générale, le domaine professionnel connaît une envolée exponentielle du secteur libéral, avec une proportion d'hommes et de femmes qui aspirent à s'équilibrer. Quant au chômage, c'est encore un mot qui ne fait guère parti de notre vocabulaire professionnel mais qui pourrait le devenir si l'accès aux soins, notamment si le remboursement des actes venait à changer.

A l'heure de la mondialisation, l'échange de savoir et de savoir-faire transfrontalier est un formidable atout pour les kinésithérapeutes européens. En confrontant leurs compétences, ceux-ci ne peuvent qu'améliorer la qualité des soins offerts à leurs patients. La kinésithérapie européenne est certes, en état de devenir plus qu'un concept, mais elle doit faire face aux résistances liées à la diversité des pratiques nationales, aux différences de statuts professionnels au sein des systèmes de santé nationaux, au regard privilégié de chaque pays sur la prestation de ses soins. Pour ce faire, un organisme tel que la W.C.P.T. est plus qu'utile, il établit des normes standards qui permettent de contribuer à l'idée de création d'une plate-forme européenne commune. Dans cet esprit, un consensus tente de s'établir sur la création d'une harmonisation minimale de la kinésithérapie, laissant une autonomie décisionnelle dans chaque état afin de préserver l'unicité nationale de la discipline. Nous pouvons nous interroger sur les moyens mis en œuvre par ces organisations ? Comment les critères standards sont-ils choisis ? Ne prenons-nous pas un risque en supprimant l'unicité de chaque formation ?

Bibliographie

- Les articles :

1. J.-M. LARDRY.- Les études de kinésithérapie en Europe. Ann. Kinésithérapie.1998. t 25, n°7, pp 297-303.
2. C. Lefranc.- La libre circulation des kinésithérapeutes européens. Ann. Kinésithérapie. 1998, n°7, pp 304-308
3. Membre de la Région Européenne de la Confédération Mondiale de la Thérapie Physique. - Position sur la politique de l'enseignement. Mai 2004 Conférence de Chypre. Pp 1 à 17.

- Les Thèses :

1. AUDEBRAND J.M. - Situations actuelles et perspectives de la kinésithérapie en Europe vue de France. Thèse de doctorat en médecine. Université d'Angers : 1992. - 500 p.
2. Monet. J - Emergence de la kinésithérapie en France à la fin du 19^{ème} siècle et au début du 20^{ème} siècle. Thèse pour le doctorat en sociologie. Juin 2003. – 450 p.

- Les rapports et études:

1. Y. BERLAND.- La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner. Rapport du ministère de la santé. 2002. - 140 p.
2. G.SCHROEDER.- Rapport général sur la sécurité sociale au Grand Duché de Luxembourg. Rapport du ministère de la santé. 2006. – 240 p.
3. Le gouvernement du Grand Duché de Luxembourg. – Rapport de stratégie nationale sur la protection et sur l'inclusion sociale. Septembre. 2006. – 72p (p 50-51).
4. Direction de la santé du Grand Duché de Luxembourg. – Services des statistiques des professionnelles de santé. 2006.

5. Van OUYTSEL, A. SOMER. – Etude statistique et planification de l'offre en kinésithérapie.
Bruxelles. 2001. – p 1-58.

6. DREES. Répertoire ADELI, INSEE. – Estimation de population et calculs DREES. 2007

7. J. PERTEK. - Etude comparative sur le rôle des ordres professionnels dans la mise en œuvre du droit communautaire. Parlement Européen. 2003. – p 59.

- **Les décrets :**

Décret n° 2000-577 du 27 juin 2000. – Domaines de compétences en Masso-kinésithérapie.

Pour en savoir plus...

<http://www.physio-europe.org>, rubrique ER-WCPT Data Base, rubrique 2, 3, 4 et 5,

<http://www.beskid.com/bac2.html>,

http://www.amb-guce.fr/grece/education_en_grece.htm,

<http://www.ulb.ac.be/espritlibre/html/el022003/23.html>,

<http://wwwzvs.de>,

<http://wwwheds-ge.ch>,

<http://www.geneve.ch/legislation/rsg>, Règlement sur les professions de la santé en Suisse. 22 août 2006,

<http://www.santé.gouv.fr/ondps/rapport2004.htm>, Tome 1 : « Les effectifs de l'activité professionnelle de santé » pages 87-88,

<http://www.nortemedico.pt/textos/>,

http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/2002/missoc_61_fr.htm, Système d'information mutuelle sur la protection social dans les Etats membres de l'U.E. et de l'E.E.E.. 1.4 traitement médical et participation du patient,

<http://www.teiath.gr>,

http://www.mss.public.lu/publications/rapport_general/index.html,

<http://www.ffmkr.com/kineenchiffre>,

<http://www.wcpt.org/>.

ANNEXES

Annexe I : Nombre d'années d'étude requises pour accéder à la formation de kinésithérapeute dans les différents états membres d'Europe.

<u>Pays</u>	<u>Nombre d'années d'études</u>	<u>Baccalauréat ou équivalent</u>	<u>Nom de l'examen</u>
Allemagne	10	Non	« Realschulabschluss » (Brevet des collèges)
Belgique	12	Oui	« Rhéto »
Danemark	12	Oui	« Studentereksamen »
Espagne	12	Oui	« Bachillerato »
Portugal	12	Oui	« Apolytirio »
Pologne	12	Oui	« Bacharelato »
Suisse	12/13	Oui	« Maturité gymnasiale »
France	12/13	Oui	baccalauréat
Italie	13	Oui	« Maturita »
R-U	13	Oui	« A-level »

Annexe II : Régulation et protection de la profession de kinésithérapeute en Europe.

Pays	Nom officielle de la profession	Régulation de la profession	Protection du titre professionnel	Protection des activités	Code de déontologie
Allemagne	Physiotherapeut/a	oui	oui	non	oui
Belgique	kinésithérapeute	oui	oui	oui	oui
France	Masseur kinésithérapeute	oui	oui	oui	oui
R-U	physiotherapist	oui	oui	non	oui
Espagne	fisioterapeuta	oui	oui	oui	oui
Italie	fisioterapista	oui	oui	oui	oui
Pologne	fizjoterapeuta	non	oui	non	non
Portugal	fisioterapeuta	oui	oui	non	oui
Lux.	Kinésithérapeute	oui	oui	oui	oui
Suisse	Physiotherapeut/in	oui	oui	non	oui
Danemark	fysiotherapeut	oui	oui	non	oui
Grèce	ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ	oui	oui	oui	oui

Annexe III : Travailler à l'étranger en tant que kinésithérapeute. (Document issue du site internet de la FFMKR).

Partir, c'est mûrir un peu, surtout lorsqu'on est intéressé par sa profession, sans charges particulières et sans fil à la patte. La kinésithérapie vous étonnera par sa diversité, beaucoup plus à cause des approches différentes qu'à cause de techniques dissemblables...

Tout près, les 18 pays de l'Union européenne vous ouvrent les bras. En théorie, un simple dossier déposé au ministère de Tutelle des 18 pays vous apportera une réponse le plus souvent favorable avec un maximum de quatre mois d'attente. Il est possible qu'on vous propose de passer un test d'aptitude ou un stage, mais ne vous tracassez pas trop : vous avez le niveau.

Mais ce n'est pas parce que vous avez obtenu le droit théorique au travail que vous allez travailler. Il vous faut savoir que deux pays ont installé un numerus clausus d'installation (**Danemark et Hollande**). Là, il faudra s'inscrire sur une liste d'attente... mais tout peut arriver aux opiniâtres. Les revenus des professionnels libéraux et de leurs collaborateurs y sont plus intéressants qu'en France.

Si vous avez tenté votre chance en **Belgique**, assurez-vous de la langue parlée dans le secteur où vous allez et soyez patients : ce pays bat tous les records de pléthore en kinésithérapeutes, et l'exercice y est forcément peu accessible.

Du côté du **Luxembourg**, le trop-plein est aussi atteint.

En **Allemagne**, pour quelques temps encore, vous pourrez trouver à exercer dans des conditions de rémunération fort correctes. **Au Royaume-Uni** également.

L'**Italie** et l'**Irlande** présentent des difficultés très différentes : le système de santé est nationalisé, avec très peu d'acteurs en Irlande (pauvreté), et très peu d'organisation en Italie où il est admis qu'on pourra développer, pour vivre, une clientèle non déclarée. Cela ne s'apprend pas sans perturbations !

Le cas du **Portugal** est très original : rien ne s'y exerce sans un passage obligé des patients devant un physiatre prescripteur.

L'**Espagne** est encore ouverte à une installation libérale, bien qu'elle engage la quasi-totalité de ses ressources kinésithérapiques dans les centres de rééducation.

Enfin, en **Grèce**, c'est la pauvreté qui vous freinera le plus.

Où que vous attire le hasard ou votre cœur, n'oubliez jamais de vous adresser à l'Association professionnelle nationale en vous recommandant de la FFMKR. Vous serez bien accueilli, et surtout bien conseillé (liste dans ce guide).

Le reste de l'Europe ne présente pas de difficultés monstrueuses mais vous risquez d'être affecté à un poste de niveau inférieur, ou de ne pas avoir le droit de vous installer, ceci pendant une période probatoire plus ou moins longue. C'est le cas en **Suisse** par exemple. Dans les pays nordiques, chaque professionnel est accepté pour ce qu'il est mais il devra s'adapter au climat...

Il est évidemment possible de s'aventurer dans l'**Europe de l'Est** où beaucoup est à faire. Mais attendez-vous à des rémunérations très faibles et ne pensez pas à l'installation libérale.

La présence d'un kinésithérapeute français au **Moyen-Orient**, en **Afrique** ou autour de l'**Océan Indien** fait plus songer à une mission qu'à un plaisant divertissement. Le contact avec les ambassades et avec les organisations caritatives semble être nécessaire.

Mais, revenons sous des cieux plus cléments : trois pays d'excellent niveau en kinésithérapie acceptent les kinésithérapeutes français : ce sont les **Etats-Unis d'Amérique**, le **Canada** et l'**Australie**. Dans chacun, il faudra veiller à doubler les démarches (fédérales et localement). Les situations sont très diverses selon les Etats mais correctement rémunérées.

Aux **Etats-Unis**, le marché est très ouvert car on y manque de physical therapists et un déficit de nouveaux diplômés exagère chaque année une telle situation. Attention, pas question de se diriger vers la profession de "physical therapy assistant" mais vers celle de physical therapists. De nombreux recruteurs se chargent des formalités (visa H1), préparent

à une autorisation temporaire d'exercer, puis dans les six à dix mois qui suivent à un examen donnant la licence (350 questions QCM).

Au **Canada** et en **Australie**, on peut vous demander de prouver vos connaissances avant de vous délivrer une autorisation provisoire d'exercer.

Il reste l'**Amérique du Sud**, où la kinésithérapie est contrôlée et dispensée correctement mais insuffisamment. Là encore, ce sont les moyens financiers qui manquent.

Quels que soient vos choix, vous aurez à vous adapter à l'organisation des soins du pays et à entrer en relation avec l'équipe soignante et les patients dans une langue à maîtriser le mieux possible. En échange, vous pourrez acquérir des connaissances nouvelles, d'autres concepts, d'autres démarches. C'est très positif. Bon voyage.

Humanitaires

Les kinésithérapeutes savent s'impliquer sur le terrain de l'aide humanitaire et plusieurs organisations non gouvernementales ont recours à eux, dont les deux principales sont :

- Kinésithérapeutes du Monde - 14, rue Colbert, 38000 Grenoble - Tél. : 04 76 87 45 33 -
Fax : 04 76 47 32 82 (missions de 6 mois minimum).

- Handicap International - 14, avenue Berthelot, 69361 Lyon cedex 07 - Tél. : 04 78 69 79 79
(missions de 2 ans minimum).