

Daniel Michon,
Président du CNKS,
Tél : 06 03 07 35 14

L'objet de ce document est de présenter de façon synthétique nos questions et nos analyses relatives à l'arbitrage interministériel rendu le 25 janvier 2013 relatif à la formation initiale en kinésithérapie ainsi que nos propositions pour orienter positivement ses traductions réglementaires.

DE L'ARBITRAGE :

a) par rapport à l'accès à la formation

La diversité des modes d'accès à la formation MK est un problème important et l'arbitrage semble conforter les inéquités que le CNKS déplore depuis de nombreuses années : une année au minimum, parfois onéreuse (ratio financier de 1 à 5), est incontournable pour accéder à la formation initiale, que se soit par préparation de concours ou par la validation d'une année universitaire.

L'arbitrage n'impose plus la généralisation de l'accès à la formation par une année universitaire validée ("PACES, STAPS, .. ?). Il ne précise pas non plus si « les instituts de formation » susceptibles de délivrer une année préparatoire conventionnée avec l'université seront les seuls IFMK et si cette voie de sélection prend un caractère obligatoire pour tous les IFMK ne recrutant pas leurs étudiants à la suite d'une première année de PACES ou de Licence STAPS validée.

b) par rapport au contenu (activités et compétences)

Les champs d'application de la kinésithérapie se sont multipliés depuis les années 80 et ce développement a contribué à le classer dans les « métiers sensibles » de la FPH et à améliorer le pronostic fonctionnel de différents types d'affections tout en réduisant la durée des séjours hospitaliers. Les types d'activités des MK, notamment dévoilées lors de la rédaction du référentiel (« ah, vous faites tout ça ? » dit les animatrices du GT MA Coudray DGOS et/ou C. Gay consultant réingénierie), nécessitent l'acquisition d'un raisonnement clinique et de champs de connaissance étendus qu'on ne peut pas minimiser ou occulter si on souhaite qu'il soit pleinement investis sur le terrain par les professionnels : pour ne pas amputer les compétences « cœur de métier » le référentiel de formation actuel ne laisse que peu de place à des enseignements à développer : santé publique, qualité des soins, prévention et éducation à la santé, santé mentale, évaluation fonctionnelle et orientation du parcours de soins

c) par rapport aux professions de santé et aux perspectives d'universitarisation

Officiellement les études de MK et Orthophoniste sont d'une durée de 3 ans mais de fait sont à ce jour des études en quatre ans : pourquoi une traduction LMD officielle différente ? Rien ne justifie la création d'une telle fracture entre les différentes professions de rééducation (M2, hypothétique M1, L) .

Les termes de l'arbitrage confèrent une reconnaissance hypothétique des 60 crédits ECTS supplémentaire au grade Licence conféré au DE « le cas échéant ». En fait cette proposition n'est pas logique sur le plan universitaire : une première année, bien qu'elle vaille 60 crédits ECTS (comme toute année de formation), ne peut pas autoriser l'accès en master 2 si le niveau auquel le DE est accolé est le grade Licence.

d) par rapport à l'exercice salarié de la profession

L'exercice salarié de la profession risque d'être la première victime collatérale de l'arbitrage. Les possibilités ouvertes en matière de formation continue tout au long de la vie sont les premiers arguments d'attractivité de l'exercice salarié. Aux contacts des évolutions rapides des organisations et des pratiques de soins, leur intérêt pour le développement de leur expertise et pour les formations universitaires est renforcé (intrication CHU, terrain de stage pivot, interprofessionnalité, amélioration continue de la qualité).

Un DE MK valorisé au grade de Master 1 (Licence + 60 crédits ECTS) permettrait d'envisager, au cours de sa carrière, la validation en deux ans d'un master 2 en rapport avec le domaine d'exercice, afin d'approfondir ses connaissances, d'augmenter ses compétences pour former les stagiaires (l'approche compétence des cursus réingénierés renforce les exigences de formation à partir des réalités du terrain) ou pour accéder au diplôme de cadre de santé..

e) par rapport aux traductions concrètes des politiques publiques

L'arbitrage conforte l'existant mais n'est pas à la mesure des évolutions des pratiques en réadaptation et des enjeux du système de santé :

- les établissements publics et privés se heurtent à des difficultés de recrutement et de fidélisation des kinésithérapeutes croissantes : postes non pourvus, recrutement de diplômés étrangers importants, ...
- les cartes d'installation fond apparaître des zones territoriales sous dotées.
- Toutes les régions ne présentent pas les mêmes exigences financières pour l'accès à la formation en kinésithérapie (on constate aussi des rapports de 1 à 8 dans une même région)
- le vieillissement de la population, l'évolution des durées de séjours des établissements et la politique en faveur du maintien à domicile renforcent globalement les besoins de rééducation, tant quantitativement que qualitativement : les kinésithérapeutes doivent pouvoir satisfaire les demandes sociales pour garantir autant que possible la préservation de la santé et de l'autonomie des personnes qui leur sont confiées.
- les compétences acquises et le suivi des personnes assurés par les kinésithérapeutes pourraient, dans le contexte démographique difficile de la profession médicale, ouvrir des champs de pratiques avancées ou d'expertises dans différents domaines : dépistage, perturbations musculo-squelettiques légères, suivi de patients handicapés ou atteint de maladies chroniques ou de personnes âgées vulnérables ...

e) par rapport aux systèmes de formation européens et aux références internationales

L'appellation internationale de la profession est « Physiothérapie ». Pour l'association regroupant des représentants de la profession de tous les pays (WCPT), comme dans la plupart des pays dans le monde, le niveau du diplôme attestant de la formation des physiothérapeutes est du niveau master.

DES PROPOSITIONS DU CNKS pour la réforme de la formation :

- revoir l'ensemble des textes réglementaires sur l'admission en harmonisant **pour tous les candidats** le niveau de l'année préparatoire à un niveau universitaire L1
- permettre la mise en application de la réingénierie de la formation et la reconnaissance universitaire du cursus pour les établissements qui ont conventionnés avec une Université dès septembre 2013.
- généraliser le conventionnement entre IFMK agréé et Université (prévoir une phase dérogatoire transitoire de 3 ans max),
- promouvoir un contenu de la L1 et/ ou de l'année préparatoire à la fois « universitaire » et professionnalisant (année d'orientation, de **formation** et de sélection)
- reconnaître, lorsque les IFMK ont conventionné avec l'université, la validation de la licence + 60 ECTS Master 1 avec l'attribution du DEMK .
- instituer l'accès des kinésithérapeutes diplômés à des cursus master 2 diversifiés en rapport avec les domaines de connaissance et de pratique des kinésithérapeutes valorisant les expertises professionnelles
- renforcer l'attractivité de l'exercice salarié en développant au sein des établissements publics, des offres de contractualisation pour les kinésithérapeutes intéressés : un engagement à servir (de 2 ou 3 ans) en contrepartie d'un aménagement de travail compatible avec la validation d'un master 2.
- Réduire l'hétérogénéité du système de formation en kinésithérapie et les coûts de la formation initiale restant à charge des étudiants lorsque ceux-ci excèdent fortement les montants des inscriptions universitaires

La réforme de la formation initiale en cours comprend deux parties distinctes et liées : la (ré)ingénierie de la formation et son insertion dans le LMD. La première doit (re)penser les déterminants du référentiel de formation (activités du métier et compétences attendues pour les réaliser) et la seconde « universitariser » son niveau dans un curriculum de formation tout au long de la vie.

La réingénierie de la formation ne peut plus attendre : le programme en date de 1989 n'est plus adapté aux pratiques d'aujourd'hui depuis une décennie. Comment espérer qu'il puisse permettre de préparer les jeunes à leur exercice professionnel futur ? La mise en œuvre du nouveau programme tel que le groupe de supervision l'a validé le 13 juillet 2012 doit être organisée pour la rentrée de septembre 2013.

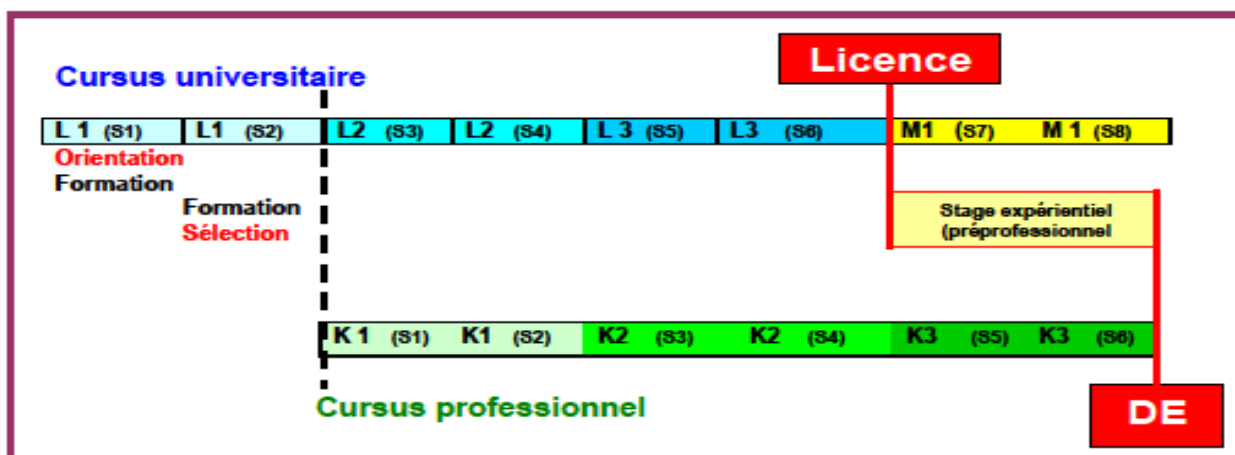
L'insertion de la formation dans le cadre européen de l'enseignement supérieur pose des difficultés différentes suivant les régions, les instituts de formation ou les universités qui ont à conventionner un partenariat : il faut prévoir une période de transition de trois ans pour que tous les partenaires puissent progressivement s'adapter et se mettre en conformité avec leurs nouvelles et différentes obligations.

En ce qui concerne le déroulement des études initiales

Au delà du modèle DE & L3 (appliqué aux infirmiers) différentes hypothèses sont possibles :

- celle d'un modèle **DE & L3⁺**, (reconnaissance le cas échéant de 60 crédits acquis avant l'entrée)
- celle d'un modèle **DE & L3⁺⁺ + 60 ECTS** (= M1 complet)
- ou encore celle d'un modèle **DE & M2**.

Fidèle aux axes du Livre blanc [intérêt d'une année d'orientation/formation/sélection, et d'une année expérimentielle en fin de cursus] le CNKS propose comme base de discussion le modèle **DE & L3⁺⁺** (soit 180 ECTS + 60 ECTS = M1 complet) qui pourrait prendre la forme schématique suivante :



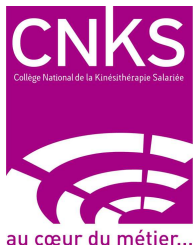
- grade L ouvrant à la poursuite d'études et de carrière vers les grades M et D
- puis stage "Expérimentiel" de 2 semestres accessible sous réserve de co-validation des UE de Licence (S1 à S6) et des UE de Kinésithérapie (K1 S1 à K 2 S4) avec production & soutenance d'un mémoire professionnalisant (de recherche fondamentale ou appliquée)

Le DE de MK serait obtenu par **co-validation du stage expérimentiel** et **co-validation d'un mémoire professionnalisant** fondé sur les méthodologies de la recherche. Ces co-validations confèreraient de droit le grade de maîtrise soit 60 ECTS de M1 pris en compte lors d'une poursuite d'étude en master.

La question de l'initiation à la recherche

Le CNKS a demandé qu'à l'instar des Programmes Hospitaliers de Recherche Infirmière (PHRI) soient mis en place des PHR Réadaptation..... Ce qui est aujourd'hui réalisé avec les programmes **PHRIP**.

L'enseignement dès la formation initiale des méthodes de recherche (recherche documentaire, méthodologie d'amélioration et d'évaluation de la qualité des soins, analyses des pratiques professionnelles, lecture critique des données cliniques, démarche de projet ...) concoure à la formation de l'esprit scientifique et au développement « d'evidence based medicine ». Le développement de la capacité de concevoir un projet de recherche en formation initiale (niveau master 1) permettra aux futurs professionnels d'acquérir les méthodes et les outils pour développer leurs pratiques professionnelles tout au long de la vie.



Daniel Michon,
Président du CNKS,
Tél : 06 03 07 35 14

Les articulations formation initiale, formation tout au long de la vie et le développement professionnel continu (DPC)

Les possibilités d'évolution et de formation professionnelle continue sont parmi les premiers atouts d'attractivité de l'exercice salarié.

Les exigences de mobilité professionnelle tendent à devenir plus fortes (changements d'organisation, de secteur, de métier, de région, ...). Le DPC sera le levier principal pour l'adaptation des compétences des professionnels aux évolutions rapides des organisations de la santé, des métiers, des références de bonnes pratiques et de leurs situations socio-économiques.

L'accès à des masters Master 2 dans différentes disciplines ou domaines interprofessionnels doit être dès maintenant facilité pour augmenter les capacités d'adaptation à l'évolution rapide des connaissances et des pratiques dans les différents champs de la réadaptation.

Le **CNKS** estime qu'une offre de master 2 fondés sur une période de « clinicat » et la réalisation d'un travail de recherche en lien avec une problématique professionnelle, favoriserait l'inscription de la formation professionnelle dans un cursus master complet **avec cinq impacts positifs en termes de politiques publiques de santé :**

- promotion de l'évaluation des pratiques professionnelles et de l'amélioration de la qualité des soins
- intégration de « l'evidence based medecine » dans la formation professionnelle
- développement de l'expertise et des pratiques avancées en réadaptation
- amélioration de l'attractivité pour l'exercice salarié et du recrutement des établissements publics et privés des secteurs sanitaires et médico-sociaux.
- correction de la situation des zones sous denses dans la répartition des professionnels sur le territoire national

Par ailleurs, le **CNKS** considère que **la formation des cadres de santé est d'une importance capitale et que la réingénierie doit positionner le DCS au niveau master** (cf . Rapport de Ch. De SINGLY). En se fondant sur des référentiels d'activité et de compétence actualisés, le diplôme cadre doit garder sa bivalence « management/ formation », pour favoriser cette dialogique au cœur de toutes les évolutions des organisations de la santé..

Données d'enquête :

« La réforme de la formation initiale » en enquête auprès des 130 participants aux XIV^{èmes} JNKS QUIMPER 2010.

La réforme de la formation initiale et notamment son universitarisation sont de véritables enjeux pour l'évolution et la reconnaissance de la profession. Dans un numéro de kinéscope le CNKS donnait sans a priori des premiers éléments de cadrage pour une négociation nécessaire du dispositif (durée de la formation, répartition théorie / clinique, niveau du diplôme, grade universitaire ...).

Aux fins d'affiner ces premières orientations, de les conforter ou de les amender le CNKS - contributeur aux travaux de réingénierie de la formation initiale au sein du groupe de travail ministériel - a souhaité recueillir par enquête un premier avis des kinésithérapeutes salariés ...

Tels que rapportés lors de son conseil d'administration de juin 2010 Kinéscope publie ci-après les premiers résultats bruts sans autres interprétations :

La formation initiale doit-elle conduire à maîtriser tous les domaines professionnels à l'issue du DE

OUI 30,14 %

NON 71,23 %

Une formation en santé publique dans le cursus du DE est indispensable

OUI 94,52 %

NON 6,85 %

La durée d'intégration d'1 stagiaire dans une équipe professionnelle est au minimum de

3 semaines 9,59 %

4 semaines 31,51 %

5 semaines 27,40 %

6 semaines 32,88 % de la nécessité de stages expérimentiels « longs »

+ de 6 semaines 17,81 %

La durée de formation initiale conduisant au DE doit être de

3 ans 15,07 %

4 ans 73,97 %

5 ans 16,44 %

8 ans 0,00 %

Des diplômes de « pratiques avancées » ou « d'expertise » doivent-ils être mis en place

NON 10,96 %

OUI 93,15 %

La profession doit-elle devenir une profession « médicale à compétence limitée »

NON 64,38 %

OUI 35,62 %