

---

Intégration  
Universitaire  
de la  
Formation Initiale  
du  
Kinésithérapeute

---

Enjeux et Perspectives

---

Dominique MIZERA

---



Conformément aux précédents engagements de la FFMKR, le présent dossier a pour but d'apporter des éléments complémentaires.

La Fédération affirme :

- La validation des référentiels activités et formation est prématurée (la rentrée ne sera opérationnelle qu'en 2010) ;
- La validation des référentiels doit être une démarche complète (validation des trois référentiels) pour être cohérente ;
- Les travaux de ré ingénierie ne garantissent pas de légitimer les aspirations de la profession ;
- Le grade de Master correspond au niveau d'exigence professionnel.

2

La Fédération a souhaité produire des éléments sur les sujets suivants :

- Méthode d'élaboration et adéquation ;
- Activité et responsabilité ;
- Compétences et contexte ;
- Cursus de formation.

La Fédération précise également qu'elle mettra en œuvre toutes les démarches possibles pour atteindre les objectifs fixés.

Les objectifs de ce document sont notamment :

- D'apporter une aide aux Kinésithérapeutes en vue de permettre une juste reconnaissance de leur formation initiale ;
- De participer à la réflexion nécessaire pour définir et mettre en œuvre une politique cohérente en matière d'intégration universitaire ;
- De constituer un espace de dialogue et assurer une analyse pertinente ;
- De contribuer à une information complémentaire aux travaux entrepris ;
- De développer une expertise technique réelle ;
- D'accompagner la mise en œuvre des orientations ainsi que de l'avancement des dispositifs.

Les principes méthodologiques retenus pour la rédaction de ce rapport sont de concilier les savoirs scientifiques, la transmission des savoirs et les conditions d'exercices avec leurs évolutions.

L'axe directeur du présent dossier est de poser les bases d'une réflexion élevant le débat de la mise en place des référentiels.

Ses objectifs sont notamment de lutter contre le décalage entre les compétences définies dans les programmes et la prescription de celles-ci par les opérateurs de programme. Le cursus enfin révisé suggère que les « agir compétents » mobilisent les savoirs réelles dans leur contexte en accord avec les professionnels.

Alain BERGEAU  
Président FFMKR

Lettre de cadrage du Président de la FFMKR .....	2
Sommaire .....	3
Préambule .....	4
La situation dans le contexte Européen .....	9
Méthode .....	13
Définir clairement les finalités de chaque outil disponible .....	14
Mettre fin à l'hypocrisie de la méthode .....	14
Activités et responsabilités .....	22
Activités, responsabilités et ré ingénierie du DEMK .....	23
Pratiques du Kinésithérapeute .....	25
Compétences .....	31
Formation .....	36
L1 santé – Licence et Master .....	38
Passerelles .....	40
Parcours Clinique .....	42
Conclusion .....	47
Références utilisées .....	48

---

# Préambule

Intégration Universitaire de la Formation Initiale du Kinésithérapeute

L'analyse d'une réflexion concernant une réforme demande de s'interroger sur les objectifs de ses promoteurs, sur la méthodologie adoptée, sur les questions posées et enfin sur les résultats qui seront publiés.

Les travaux de Ré ingénierie en Kinésithérapie serviront de « référence utile » pour l'intégration dans l'Enseignement Supérieur.

Le rapprochement des cultures Santé et Enseignement Supérieur doit être bénéfique et permettre une juste reconnaissance des compétences.

Cette aventure singulière doit les associer pour construire un développement de longue durée.

Le processus LMD de professions dont la richesse est leur caractère professionnel, doit être un vecteur didactique. Il permettra de suppléer un programme de plus de 20ans (1989) avec des révisions tous les quatre ans (intérêt d'une évaluation régulière de la formation dispensée).

« La mise en place, dès cette rentrée, de l'Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (AERS), chargée d'évaluer la qualité des établissements, des unités de recherche, des diplômes et des formations, confortera une démarche exigeante d'évaluation. Sur la base de ses recommandations et de la réponse de l'établissement, le dialogue contractuel permettra de dégager, dans le contrat quadriennal, une offre diplômante de qualité, aux objectifs clairement définis. »<sup>1</sup>

Les objectifs éducationnels et pédagogiques sont à définir comme une opportunité visant à renforcer les compétences acquises et à venir. Ces objectifs s'adressent à l'apprenant, à l'enseignant et au professionnel. L'insertion d'une dimension collective assure le service rendu d'une profession de santé à responsabilité pleine. Pour favoriser cette construction, le concept de réforme doit s'appuyer sur une analyse globale des compétences. Ainsi, le constructivisme par famille de situation défini par les exigences des tutelles, sera conforme à l'attendu des organisations professionnelles.

L'Enseignement Supérieur précise d'ailleurs que pour définir les compétences, l'éclairage par la finalité est une méthode adaptée :

« Quant aux compétences qu'il convient de décrire, la question s'est posée de savoir s'il s'agit des compétences de l'unité d'enseignement ou de la compétence globale à l'échelle du diplôme. Le groupe de travail CPU – DES – AMUE s'est prononcé pour la deuxième option. L'une des questions délicates qui a donné lieu à de nombreux débats, concerne les diplômes obtenus par compensation entre unités d'enseignement. En effet, certains collègues refusent de valider les compétences acquises par les unités d'enseignement pour lesquelles l'étudiant n'a pas eu la moyenne et dont les crédits ne sont obtenus que par une compensation globale. Ce débat est un faux débat ; la CPU a considéré que ce qui est en jeu, c'est le diplôme dans son intégralité : ce sont les compétences globales du diplôme qui sont reconnues, et pas nécessairement des compétences techniques particulières de certaines unités d'enseignement. »<sup>2</sup>

En janvier 2008, les travaux concernant la « réingénierie » du diplôme de Masso Kinésithérapie ont débuté dans les locaux du Ministère de la Santé.

Pour la DHOS les enjeux de la réingénierie des diplômes du secteur sanitaire sont :

- Une offre de certification lisible en vue d'une inscription au Répertoire National des Certifications Professionnelles (RNCP) ;
- Une construction structurée et correspondant aux normes actuelles, notamment celles régissant le dispositif LMD.

« Les diplômes d'Etat du secteur sanitaire s'inscrivent dans le cadre législatif et réglementaire qui précise les règles d'exercice des professions concernées.

<sup>1</sup> Circulaire Habilitation du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, septembre 2007

<sup>2</sup> «La déclinaison des diplômes LMD en compétences et la présentation de l'annexe descriptive» 36 séminaire AMUE – mardi 6 juillet 2004

La démarche de réingénierie des diplômes ne modifie en rien ce cadre. La démarche de validation des acquis de l'expérience ne peut en aucun cas s'inscrire dans le cadre d'un exercice illégal.

La démarche de réingénierie s'appuie sur le principe suivant : le diplôme garantit que la personne maîtrise les compétences nécessaires pour répondre à l'exigence de qualité des soins et de sécurité du patient. Cette démarche diffère sensiblement de celle consistant à définir un diplôme par un programme de formation.

La démarche de réingénierie vise à rechercher l'articulation et la cohérence entre l'ensemble des diplômes du secteur, en lien avec les travaux effectués par l'observatoire de la fonction publique hospitalière.

Le diplôme à finalité professionnelle porte sur des compétences professionnelles définies en relation avec les activités professionnelles du métier ciblé et est défini par un référentiel de certification. »

Dès le début, de nombreux éléments ont interpellé la Fédération : objectifs imprécis, méthode sans lisibilité, travaux sur l'existant réglementaire,...

Nous avons par exemple appris que la DHOS a engagé des travaux de prospective et que nous n'y sommes pas conviés ! « Le travail de réingénierie est mené à partir de la réglementation actuelle. Les évolutions en cours seront prises en compte à partir du moment où elles s'inscrivent dans la réglementation actuelle mais il n'est pas possible d'associer au travail de réingénierie une analyse prospective approfondie du métier de masseur-kinésithérapeute. Ce travail est par ailleurs mené par la DHOS dans le cadre des travaux de prospective sur les métiers du secteur sanitaire. »

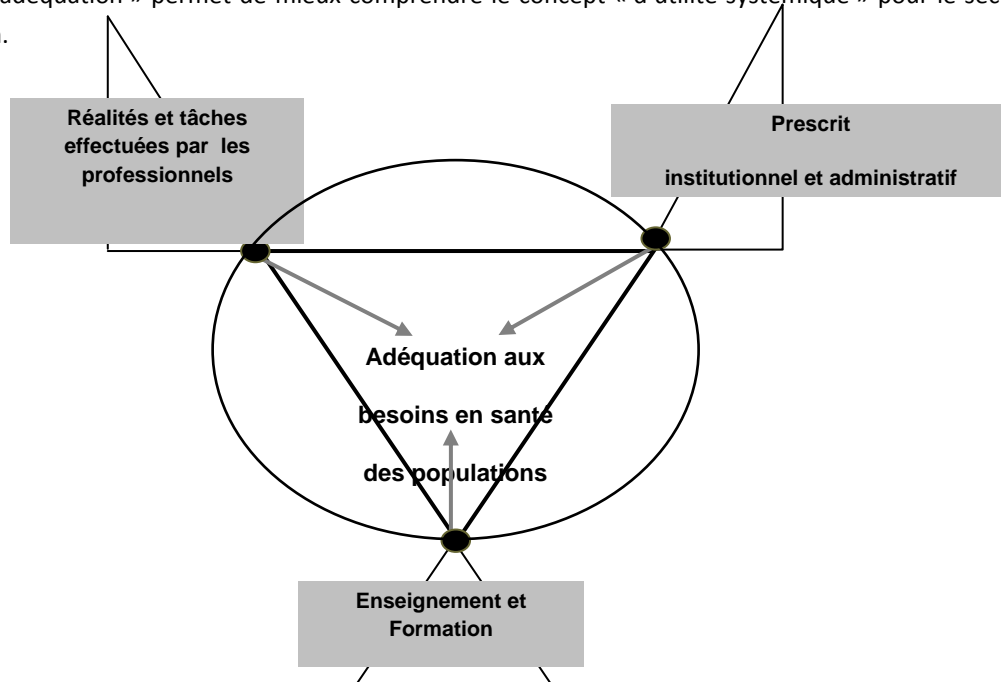
Le référentiel activité doit se baser sur la réglementation en vigueur : cela ressemble plus à une mise à jour qu'à des travaux prospectifs.

« La campagne d'habilitation à délivrer les diplômes nationaux de licence et master de la vague B s'inscrit , d'une part dans un continuum, celui de l'acte II du LMD engagé en 2006-2007, marquant le début d'une phase de clarification et de consolidation de l'offre de formation, d'autre part dans un contexte législatif novateur qui donne, aux établissements de cette vague, l'occasion de participer les premiers à la mise en œuvre des objectifs qui ont guidé le parlement.

Le cadre créé par la loi relative aux libertés et responsabilités des universités impose en effet aux établissements de construire leur formation dans une stratégie globale prenant appui à la fois sur un bilan, sur une évaluation et sur une projection dans l'avenir.»

Le modèle de réforme entre dans une logique de stratégie globale et de projection dans l'avenir.

« Le triangle d'adéquation » permet de mieux comprendre le concept « d'utilité systémique » pour le secteur de la formation.



Le cercle qui relie les 3 pôles du triangle témoigne d'un niveau de rapprochement minimum nécessaire à la question de « l'utilité systémique ». Sans cela, chacun des pôles ne pourra pas interagir avec les autres de manière harmonieuse. Le résultat étant une perte d'efficacité, voire des effets contre productifs entre les réalités professionnelles, les normes et les programmes de formation. »<sup>3</sup>

Au cours des travaux de ré ingénierie, la FFMKR a posé la question d'un référentiel activité prospectif conformément aux travaux engagés par les Etats Généraux de l'Offre de Soins.

La réponse a été : « La démarche de réingénierie des diplômés est menée à cadre réglementaire constant mais qu'elle tend à prendre en compte les évolutions en cours du métier ne nécessitant pas une évolution de la réglementation. Il précise que si des évolutions réglementaires intervenaient, les référentiels d'activités, de compétences et de formation seraient alors revus en conséquence. »

L'emploi du conditionnel est à souligner, il confirme le décalage entre l'utilisation de la méthode et le triangle d'adéquation.

Les questions posées par les représentants de la DGES au cours de la concertation LMD des infirmières n'ont à ce jour jamais été évoquées par les pilotes du dossier ré ingénierie des masseurs kinésithérapeutes :

- Quelles exigences pour porter le cursus infirmier (puis les autres) en termes de contenu de formation ?
- Quelles exigences pour intégrer le caractère professionnel ?
- Quelles exigences comme savoirs Fondamentaux ?
- Quelles exigences Possibilités de parcours (ECTS, passerelles, compétences transversales,...) ?
- Quelles exigences de savoirs et d'aptitude professionnelle ?
- ...

Il a fallu également souligner à plusieurs reprises la nécessité de parler « d'acte de santé » et non « d'acte de soins ».

Le référentiel activité semble être le plus important dans la méthode de travail utilisée. Il servira d'indication pour les autres référentiels.

Nous pouvons citer aussi : « L'activité, dans une situation professionnelle donnée, a comme objectif de produire un résultat concret. La compétence permet de mobiliser les ressources nécessaires dans une situation donnée pour réaliser cette activité. »

La phrase est claire : il ne faut pas compter sur le référentiel activité pour améliorer la reconnaissance de nos compétences. Donc, si nous devons nous baser sur le réglementaire actuel, le chemin à parcourir sera court. D'autres exemples illustrent les différences de fond et de forme comme la notion de responsabilité. Pour la DHOS, la responsabilité ne fait pas partie de l'activité. Les notions de responsabilité déclinées, partagées ou déléguées ne sont pas reprises alors qu'il s'agit du cœur des évolutions non reconnues de la profession.

Cette situation est particulièrement complexe et dangereuse lorsque l'on sait que les travaux de réingénierie alimenteront la fiche du Répertoire National des Certifications Professionnelles (RNCP) sur le diplôme de Masseur Kinésithérapeute. Par ailleurs, la Commission Nationale de la Certification Professionnelle (CNCP) travaille sur le cadre de qualification européen et la DHOS est associée à ces travaux.

Cette première phase des travaux ne semble pas concerner pas les futurs professionnels. Par contre, la méthode et ses résultats seront repris par la suite pour servir de référence à l'intégration universitaire.

---

<sup>3</sup>Formation, compétences et constructivisme: le référentiel d'évaluation, outil de cohérence dans les programmes de formation en santé, Florence Parent, Ecole de santé publique de l'ULB, juin 2007

En novembre 2008, une réunion a été organisée par le Ministère de la Santé et par le Ministère de l'Enseignement Supérieur. Toutes les professions paramédicales étaient conviées.

Après une synthèse de la démarche par les représentants des deux Ministères, nous avons eu la présentation du calendrier des travaux. Trois professions sont concernées dans un premier temps : les infirmières, les orthophonistes et les masseurs-kinésithérapeutes. Pour les premières, les travaux devront être terminés au printemps 2009 pour une rentrée opérationnelle en septembre 2009. Pour les deux autres professions, la rentrée après réforme devra être effective en septembre 2010.

La Fédération a d'ailleurs rappelé son attachement au PCEM 1, ainsi que le lien existant entre les IFMK et l'université par l'intermédiaire de convention pour plus de 60% d'entre elles.

Conformément à l'engagement pris au Congrès Fédéral de CAEN (octobre 2008), nous avons interpellé par un courrier en date du 28 octobre 2008, le Ministère de la Santé. La réponse adressée le 13 novembre 2008 par le Ministère, n'a apporté aucune réponse claire à nos questions concernant la méthode et l'objectif.

En conséquence, fidèle à sa position, la Fédération a conjointement avec l'Union et le CNOMK, suspendu sa participation au groupe de Ré ingénierie du diplôme le 27 novembre 2008. Ce geste fort est un moment important pour la profession. Après lecture d'une motion, nous avons donc quitté la réunion.

---

# La situation dans le contexte Européen

Intégration Universitaire de la Formation Initiale du Kinésithérapeute

Hormis le Luxembourg, le Liechtenstein et Chypre, tous les pays européens offrent une formation de physiothérapie. Au cours des 10 dernières années, il a été procédé dans la plupart des pays à des adaptations substantielles de la formation et les niveaux de diplôme ont été élevés au rang d'un Bachelor Degree académique. Certains programmes master existent déjà, d'autres sont prévus.

Le processus de Bologne engendre, dans la plupart des Etats signataires, des transformations substantielles en terme d'architecture des études supérieures. Dans tous les cas, le mouvement d'harmonisation européenne des diplômes constitue un important levier de réforme des systèmes nationaux.

Dans le but d'encourager la mobilité des physiothérapeutes ainsi que la reconnaissance mutuelle des formations dans l'UE, le Standing Liaison Committee of Physiotherapist (SLCP) a publié en 1990, un premier rapport sur les formations de physiothérapie en Europe. Ce rapport énumère les activités exercées de manière autonome par les physiothérapeutes et définit des programmes de formation correspondants. En 1998, le SLCP s'est élargi à la plupart des pays européens, en s'intégrant dans la section européenne de la World Confederation for Physical Therapy (WCPT). La WCPT publie chaque année des données actualisées relatives à la formation et à la profession de physiothérapeute.

La plupart des pays de l'Union ont modifié leur cursus de formation qui conduit à une meilleure reconnaissance des physiothérapeutes dans l'espace européen.

#### **Citons notamment :**

- Royaume-Uni Tertiaire, universitaire 3 à 4 ans ;
- Pays-Bas Tertiaire, universitaire 4 ans ;
- Belgique Tertiaire, universitaire 4 ans à 5 ans ;
- Danemark Tertiaire, universitaire 3 ans et demi ;
- Finlande Tertiaire, universitaire 3 ans et demi ;
- Portugal Tertiaire, universitaire 4 ans.

#### **L'Italie quant à elle propose trois niveaux universitaires**

- Premier niveau : de 2 à 3 ans d'études après la maturité, Diploma universitario di fisioterapia (D.U.) ;
- Deuxième niveau : de 4 à 6 ans d'études, Diploma di Laurea (D.L.) ;
- Troisième niveau : Dottorato di Ricerca, au moins 3 ans après le D.L.

La Fédération est également impliquée au sein de la WCPT<sup>4</sup>.

La WCPT reconnaît l'existence d'une considérable diversité dans les environnements sociaux, économiques et politiques dans lesquels la formation en kinésithérapie est assurée à travers le monde. La WCPT recommande que le niveau de base de la formation des Kinésithérapeutes soit fondé sur le système universitaire ou sur un niveau équivalent, d'un minimum de quatre ans accordant le statut de Diplômé et la reconnaissance de l'accès à l'exercice professionnel. Ce niveau d'exercice étant ensuite compatible avec un accès vers l'enseignement ou la recherche.

La WCPT a adopté en mai 2004 à Chypre le modèle suivant :

#### **"4. Bologna Developments in Education**

4.1 Progress has been made in regard to the development of undergraduate and graduate study structures. Today, 80% of Bologna countries have or are in the process of introducing a two-tier degree structure (Reichart and Tauch, 2003). This structure is based on the Bologna reforms to combine the introduction of Bachelor and Master degree structure with a credit system for accreditation (Haug and Tauch, 2001). While progress is being made new emerging challenges appear such as the need to define transparent and comparable 'level descriptors', 'learning outcomes' and 'qualification frameworks'. The European Physiotherapy Benchmark

<sup>4</sup> World Confederation for Physical Therapy

Statement can be used as a tool to guide this process in relation to learning outcomes and a qualification framework for Physiotherapy education programmes.

4.2 Within the health care professions there is a move towards inter-professional learning within undergraduate and postgraduate curricula. The opportunities for this have been facilitated as a result of the move from Schools of Physiotherapy into Faculty structures in HEIs, which include a variety of other disciplines. The trend has been to share common knowledge and skills with other professionals with respect for professional identity core skills and commonly shared skills.

11

4.3 The current legal position of the Bologna signatory countries is the move towards a system based on two main cycles (Reichart and Tauch, 2003). Across Europe the trend is moving towards attributing 180 ECTS credit for first cycle degrees (Bachelors or Bachelors with Honours), 60 ECTS equates to one academic year of full time study although, 210 and 240 are also to be found.

4.4 Second cycle degrees (Masters) normally carry 90-120 ECTS credits. The most common pattern emerging for the two cycle degrees appears to be 180 credit Bachelor + 120 credit Masters (3+2 years). It is acknowledged that due to the different length of Bachelor degree programmes (3 or 4 years) flexibility for the length of Masters programmes is required, thus the Masters programme can carry less than 120 credits but a minimum of 60 credits must be respected. Thus allowing for 240 credit Bachelors + 60 credit Masters (4+1 year). 4.5 ECTS, as a credit transfer and accumulation system, can be used to improve transparency and comparability of study programmes and qualifications and can facilitate the mutual recognition of qualifications.

4.6 While most of the discussion on post-graduate education has focused on Masters degrees, recommendations stressing the relevance of doctoral studies to the Bologna Process have been made (Conference of Rectors Cordoba, 2002), this can be referred to as a third tier. These recommendations stress the need for structured doctoral studies, joint EU programmes at doctoral level, mobility of students, and for the creation of a European doctoral label.

4.7 At the moment the majority of Doctoral programmes seem to be by research with a minimum of taught element and individual supervision arrangements, although a number of structured taught clinical doctorate programmes are emerging. In the EU these programmes usually require a minimum of three years of study to lead to the award of a PhD or a clinical doctorate (DClin).

4.8 The need for qualification structures that are easily understood across Europe was discussed at the Copenhagen Danish Bologna seminar (2003). The conclusions indicate "at each appropriate level, qualifications frameworks should seek to describe the qualifications making up the framework in terms of workload, level, quality, learning outcomes and profile". Within these frameworks HEIs will have freedom in the design of their programmes, the framework is there to assist in curricular development and allows for diversity of curricular designs. Examples of such frameworks are available in England, Wales, Scotland, Ireland, and Denmark.

L'Analyse (juillet 2006) par les Doyens de Facultés de Médecine du rapport du Professeur Matillon sur les compétences professionnelles médicales lors du séminaire de restitution du rapport, illustre la différence entre le diplôme professionnel et le grade universitaire.

« La prise de conscience de la nécessité de l'évaluation ou plutôt de la nécessaire réévaluation des compétences professionnelles se fait en France de manière plus lente qu'ailleurs. D'où vient cette lenteur ? Les explications sont sans doute multiples. L'une d'entre elles tient sans doute au caractère mythique du "diplôme" qui est toujours en France un "diplôme d'Etat" qu'il soit délivré par le ministère de l'Education Nationale pour les médecins et quelques professions paramédicales ou qu'il soit délivré par le ministère de la Santé pour la plupart des professions paramédicales.

Ainsi est-on "adoubé" docteur en médecine donc médecin ? On mourra docteur en médecine et on peut ainsi croire que l'essentiel est la non obsolescence du diplôme et non pas l'obsolescence des connaissances dans une société par ailleurs très préoccupée de la préservation de ses acquis sociaux. La "diplomation" est ainsi une reconnaissance sociétale que l'on a peine à remettre en question sauf à comprendre lentement qu'il faut

dissocier diplôme et qualification et qu'on peut perdre sa qualification tout en conservant son diplôme. En somme il faut apprendre à concilier la pérennité du diplôme et la nécessaire remise en question permanent de la qualification. Mais il est clair qu'institutionnellement la France constitue une exception dans l'organisation des professions de Santé. Les médecins reçoivent de l'Université un doctorat qui vaut autorisation quasi automatique d'exercice. Le droit d'exercer n'est pas comme aux Etats- Unis soumis à une certification professionnelle initiale. La confusion opérée d'emblée entre le diplôme universitaire et la certification professionnelle explique la difficulté à prendre conscience de la nécessité d'une re-certification en l'absence d'une certification initiale. Notons par ailleurs qu'à contrario les professions paramédicales sont dans leur immense majorité encore exclues des universités et elles reçoivent sous le contrôle du ministère de la Santé un diplôme d'Etat...qui lui aussi n'est pas soumis à recertification. »<sup>5</sup>

La Conférence des Doyens de Facultés de Médecine approuve les grandes orientations du rapport Larcher notamment celle concernant la mise en place du « LMD » (Licence-Master-Doctorat) pour les professions de santé qui permettra de revaloriser les métiers médicaux et paramédicaux et de faciliter les réorientations professionnelles.

« Il convient d'être particulièrement attentif aux perspectives d'évolution professionnelles des personnels médicaux, dans une logique de carrière tenant compte de la pénibilité de certains métiers, et à la valorisation des compétences de ces professionnels. Il est ainsi proposé de :

- Favoriser l'autonomie des personnels paramédicaux dans l'exercice de leur profession : lancement de démarches relatives à la délégation d'actes ; prise en compte de leurs compétences dans la relation entre médecins et professionnels paramédicaux ;
- Diversification des perspectives d'évolution professionnelle, au-delà des seules fonctions d'encadrement administratif, en intégrant les fonctions d'expertise et de formation ainsi que la recherche ; la fonction de coordination des soins doit faire l'objet d'une approche spécifique ;
- Ces évolutions doivent prendre place dans le cadre de la mise en place du LMD pour les professions paramédicales, qui doit être résolument engagée. »

**La Commission propose de « Développer les perspectives du personnel non médical, dans le cadre statutaire : politique d'intéressement, diversification des perspectives d'évolution professionnelle dans le cadre du LMD, délégations d'actes et de compétences. »<sup>6</sup>**

<sup>5</sup> Analyse de la Conférence des Doyens des Facultés de Médecine de France du rapport du Professeur MATILLON sur les compétences professionnelles médicales lors du séminaire de restitution du rapport juillet 2006

<sup>6</sup> Rapport de la Commission de Concertation sur les missions de l'Hôpital, présidée par M. Gérard LARCHER, 2008

---

# Méthode

Intégration Universitaire de la Formation Initiale du Kinésithérapeute

### Définir clairement les finalités de chaque outil disponible

Les dispositifs étudiés dans ce rapport peuvent apparaître de prime abord comme similaires, mais pour la FFMKR, ils répondent au contraire à des besoins bien précis et identifiés. Et, autant leur utilisation conformément à leurs finalités, peut se révéler utile et vertueuse pour la profession, autant leur utilisation « contre-nature », peut être considérée comme une régression pour les aspirations de la profession.

**Un changement de paradigme doit être un élément d'émancipation, en aucun cas il ne peut être un élément de régression. Le caractère radical du constructivisme par concertation ne doit pas cacher une volonté détournée de modéliser sans comprendre.**

### Mettre fin à l'hypocrisie de la méthode

Le document « méthodologie » présenté au début des travaux de ré ingénierie précise que pour chaque étape, il est noté : « Validation par les différents acteurs concernés ». Le retour en arrière doit être possible comme cela a été convenu le 17 janvier 2008.

Confirmation lors de la réunion du 20 mars 2008.

Un référentiel d'activités sera proposé à partir des échanges de la matinée. L'objectif est de parvenir à une version stabilisée afin d'engager les travaux sur le référentiel de compétences, même s'il sera toujours possible de revenir sur la formulation du référentiel d'activités.

Après nous avoir fourni un document de travail « aide-soignant » en janvier 2008, la Fédération a interpellé la représentante de la DHOS par courrier le 11 février 2008 :

« ...Je tiens à vous souligner que votre fichier « KINE Réf. Activités V1 après 170108 » a pour titre « Diplôme professionnel aide-soignant ». Qu'il s'agisse d'une erreur, d'un oubli ou d'une volonté affichée, cela est pour le moins choquant dans le contexte de notre profession pour laquelle l'engagement et les responsabilités en santé sont reconnus par la population ! Nous ne sommes pas des exécutants... »

Les travaux actuels, auxquels nous avons participé dès le début dans le cadre de missions claires et prospectives fixées par le cabinet, nous interpellent tant sur la méthode que sur l'objectif :

### Constats

- Aucune règle de fonctionnement au sein du groupe de travail ;
- Réunion intergroupe (interprofessionnelle) définissant 60% de compétences potentiellement transversales ;
- Aucune règle de validation des référentiels ;
- Aucune lisibilité sur les définitions de passerelles et de troncs communs ;
- Aucune lisibilité sur le contenant possible (référentiel formation).

Il n'existe aucune règle au sein du groupe de travail, ce qui a pour conséquence de voir des organismes participer ou ne pas participer au gré des réunions. Il en est de même pour le nombre de personnes qui les représente.

Les PV des réunions ne sont jamais validés au cours des réunions suivantes.

De même, il nous a été proposé de considérer que certaines compétences seront des troncs communs à 100 %. Nous sommes pourtant favorables à la pratique coopérative (Cf. dossier FFMKR adressé en janvier 2008 à la HAS).

**Comment concevoir de modéliser celle-ci sans avoir abouti dans nos propres travaux professionnels ? Comment ajouter des modules thématiques sans connaître le volume d'ECTS et le nombre d'années dans lequel nous travaillerons ? Ceci nous amène à l'objectif.**

Sur ce dernier, les explications de la lettre de mission<sup>7</sup> évoquaient pourtant : « Le référentiel de formation a pour objet de décrire, pour l'ensemble de la formation professionnelle, les conditions d'accès et les pré requis, la durée de la formation théorique, pratique et clinique, les objectifs et le contenu des connaissances que doivent avoir acquis les professionnels pour garantir la sécurité et la qualité des soins, les caractéristiques des stages cliniques et les modalités d'évaluation. »

La lettre de mission ne définissait pas les deux premiers référentiels, ce qui représente une source d'interprétations divergentes.

D'ailleurs, lors de la réunion de concertation du 3 février 2009, Marie-Ange Coudray, représentante de la DHOS, indique que tout changement d'UE appelle un changement de l'ensemble de la structure dans la mesure où la contrainte universitaire impose qu'une année ne peut être validée qu'à condition d'avoir validé 60 ECTS. Cela confirme que le cadre souhaité est connu mais ne nous est pas fourni.

Malgré de nombreuses questions, nous ne connaissons toujours pas le contenant dans lequel nous allons positionner nos matières spécifiques et les matières transversales.

Nous souhaitons obtenir une juste reconnaissance de notre formation dans le cadre d'une intégration universitaire conformément à la réforme LMD et dans le respect du processus de Bologne. Nous nous éloignons de plus en plus du cadrage initial.

Nous refusons une mutualisation cloisonnante à niveau bas pour préférer une réelle recherche créant des troncs spécifiques et des troncs communs santé qui respectent les particularités et les diversités professionnelles, quid des rapports du Professeur THUILLEZ (réforme des professions médicales), du Professeur DEBOUZIE (définition des professions de santé et des passerelles et troncs communs en culture santé) et du Professeur BACH.

**Or, malgré l'absence de méthode rigoureuse, les référentiels activités et compétences risquent d'être validés le vendredi 13 mars 2009.**

**« Mme COUDRAY rappelle la réunion du groupe de validation le 13 mars 2009, qui portera sur les référentiels activités et compétences, ainsi que sur les critères d'évaluation.**

**Les éventuelles propositions de modifications du référentiel de compétences et des critères sont donc à adresser avant la réunion de ce groupe.**

**Ce groupe de validation comprendra, outre les organisations représentées dans le groupe de production, des représentants du corps médical, des employeurs et des OPCA.**

**Il est demandé que chaque organisation délègue un seul représentant à la réunion du 13 mars. »<sup>8</sup>**

Il est inconcevable de les valider sans l'accord des organisations professionnelles d'une profession qui exerce à 80% en libéral !

Que viennent faire les représentants des employeurs et des OPCA pour une profession essentiellement libérale ?

<sup>7</sup> Monsieur Xavier BERTRAND, Ministre de la Santé et des Solidarités et Monsieur François GOULARD, Ministre Délégué à l'Enseignement Supérieur et à la Recherche, décembre 2006

<sup>8</sup> CR Réunion de ré ingénierie du 16 janvier 2009, Marie Ange COUDRAY, DHOS

Sur quel critère définir le représentant et l'organisme siégeant puisqu'il n'y a eu aucun cadre réglementaire préalable ?

Les organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA) peuvent recevoir deux types d'agrément : celui autorisant la collecte des contributions au titre des contrats de professionnalisation, des périodes de professionnalisation, du DIF et du plan de formation ; celui permettant la collecte des fonds destinés au congé individuel de formation (CIF).

Toute entreprise assujettie à l'obligation de participer au financement de la formation professionnelle peut être tenue de verser tout ou une partie de ses contributions aux organismes créés par les partenaires sociaux agréés par l'Etat, auxquels elle adhère.

Ce pilotage du groupe ré ingénierie avec une marque aussi importante d'incompétence et de méconnaissance d'une profession de santé laisse percevoir une incohérence sur procédé d'élaboration des référentiels.

Lorsque l'on connaît l'engagement des professions libérales comme celle de Masseur Kinésithérapeute dans la formation Continue, ces propositions de validations sont incohérentes.

Pour les professionnels libéraux, l'Union Nationale des Professions Libérales (UNAPL) a créé le **Fonds Interprofessionnel de Formation des Professionnels Libéraux (FIFPL)** qui est agréé pour gérer les fonds récoltés. Il reçoit les contributions de tous les libéraux hormis les médecins, soit 394 480 professionnels libéraux.

La loi du 31 décembre 1991 (agréé par Arrêté Ministériel du 17 mars 1993 et publié au JO du 25 mars 1993) a institué une aide à la formation continue pour les professionnels libéraux. Le financement de cette aide est assuré par une contribution obligatoire des masseurs-kinésithérapeutes à hauteur de 0,15 % du plafond annuel de la sécurité sociale, soit 260 F pour l'année 2000. Le prélèvement est assuré par l'URSSAF.

Le FIFPL est géré par un conseil de gestion où siègent des représentants de chaque syndicat adhérent. Les organisations professionnelles adhérentes à l'UNAPL sont regroupées en 4 sections : section santé, section technique, section juridique et section cadre de vie.

Chaque année, les représentants des syndicats de chaque profession déterminent des thèmes de formation pour chaque profession et des critères de prise en charge des formations.

Dans le cadre de la **Formation Continue Conventiionnelle (FCC)**, les thèmes de formation sont arrêtés conjointement entre d'une part, les organisations syndicales signataires de la Convention et d'autre part, les caisses nationales d'assurance maladie. Un appel d'offres est ensuite lancé sur la base d'un cahier des charges, auprès de tous les organismes de formation intéressés. Les stages sont ensuite examinés au cours d'une commission socio-professionnelle nationale d'agrément, et validés s'ils répondent aux critères du cahier des charges.

Le cahier des charges de la FCC<sup>9</sup> a reconnu pour la session 2007 les différents niveaux d'acquisition des savoirs professionnels.

Un changement important évitera les confusions, il concerne la précision pour chaque organisme de formation de mentionner « niveau 1/ Remise à niveau » ou de « niveau 2/ Perfectionnement ». Certaines formations étaient étiquetées « trop proches de la formation initiale », alors que l'objectif est de s'adresser à toute la population masso-kinésithérapique, quel que soit son âge, quelle que soit son année d'installation mais en collant au mieux à ses attentes.

Certains thèmes ont été remaniés et adaptés aux évolutions actuelles.

<sup>9</sup> Formation Continue Conventiionnelle

Pour la FCC 2008, le cahier des charges a confirmé cette restructuration profonde associant le Masseur Kinésithérapeute avec l'ensemble du système sanitaire et social, avec une responsabilisation plus importante du professionnel acteur de santé.

Ce positionnement avéré est le reflet d'une mutation profonde des rôles partagés.

Les particularités de notre profession et de son mode d'exercice sont le fondement de sa diversité. La compréhension est le lien qui permet d'homogénéiser leur analyse tout en les respectant.

Ces particularités sont la force vive d'une dynamique qualité qui positionne l'apprenant au cœur de son futur métier.

L'implication très forte des organisations professionnelles au sein du FIF PL et de la FCC mérite de la des pilotes du dossier ré ingénierie, un peu plus de connaissance et de respect.

Un étudiant peut se définir comme un futur exerçant, la réflexion devra refléter l'acquisition des connaissances de l'apprenant et l'utilisation des connaissances par le professionnel.

**Pour comprendre les pratiques, il est nécessaire d'analyser la multitude d'activités des les praticiens et la richesse d'un exercice professionnel. Ce serait une erreur de vouloir les uniformiser. Trois éléments moteur doivent s'associer : preuve scientifique, expérience du professionnel et l'intérêt du malade.**

Le terme futur exerçant associe l'étudiant et son futur mode d'exercice.

« La caractérisation des acquis d'un apprenant dépendrait donc du métier concerné ; parlant de formations universitaires, il est intéressant de faire le lien avec la notion de « métier d'étudiant », associé à l'acquisition de compétences d'intérêt général, très appréciées des recruteurs ; les formations aux méthodologies du travail universitaire ont été intégrées dès la réforme de 1997 et sont renforcées dans le cadre du LMD. Elles permettent à l'étudiant d'acquérir des méthodes et savoir-faire qui augmentent son aptitude à l'autonomie, au travail individuel et collectif, voire à la formation par l'auto-formation.<sup>10</sup>

Dès l'année 2000, le CNOM conditionne l'amélioration de la qualité du service rendu par les médecins et l'amélioration de l'information de l'utilisateur à une reconnaissance du « métier » sur la base d'élaboration de référentiels de métiers et de compétences à décliner en fonction des spécialités médicales.

Les référentiels de compétences poursuivent trois objectifs.

- La reconnaissance, la valorisation et l'entretien d'un niveau de professionnalisme au regard de l'utilisateur : « Dans une société qui se veut toujours plus transparente, tout professionnel doit pouvoir prouver sa compétence (...) » Ce thème renvoie à la question de la certification et recertification médicale (dans leur sens anglo-saxon, c'est-à-dire la reconnaissance positive du maintien d'un niveau de compétence au regard de critères prédéterminés par la profession).
- Une meilleure gestion prévisionnelle des emplois et des compétences tant d'un point de vue individuel que collectif, c'est-à-dire « des rôles, des positions, des compétences respectives (...) pour accroître l'efficacité du système de soins ». Ce thème renvoie à la question de la gestion des « carrières » professionnelles tant à l'hôpital qu'en ville : « qu'attend-on d'un professionnel ? Quelles sont ses missions ? »
- La prise en compte de l'évolution des prises en charge vers des approches de plus en plus interdisciplinaires. Ce thème renvoie à la question de l'interface des compétences entre les professionnels médicaux et paramédicaux : « Dans un contexte d'interdépendance accrue, les rôles respectifs des différentes professions dans l'organisation des soins doivent être mieux définis, notamment par la constitution de référentiels métiers et l'approfondissement des perspectives que peut offrir une substitution des rôles entre les différentes professions. »

<sup>10</sup> «La déclinaison des diplômes LMD en compétences et la présentation de l'annexe descriptive» 24 séminaire AMUE – Mardi 6 juillet 2004

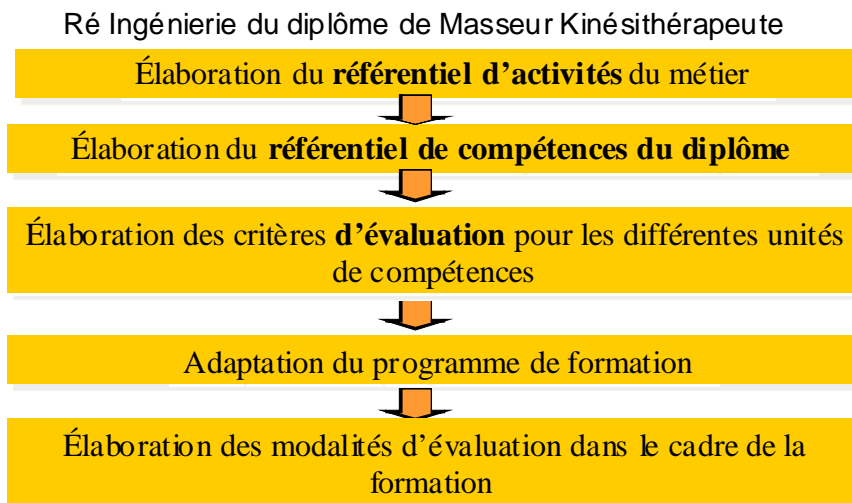
Au travers de ces différentes réflexions, il apparaît difficile de ne pas concevoir de définir les compétences en associant d'une part, le professionnel/ la profession/ le patient/ le système de santé et d'autre part, leurs évolutions. C'est-à-dire, de définir les savoirs fondamentaux et les savoirs procéduraux qui s'associeront aux différentes ressources et aux savoir-faire.

Suite à la réunion de ré ingénierie du **17 janvier 2008**, les termes utilisés se définissent comme suit :

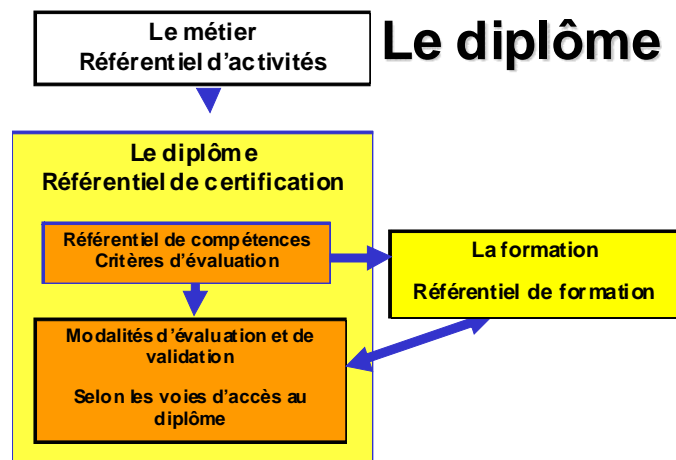
- Le **référentiel d'activités** du métier associé au diplôme donne la définition de ce métier et décrit de façon ordonnée les activités professionnelles caractéristiques de l'exercice du métier ;
- **L'activité** est le premier niveau de regroupement cohérent et finalisé de tâches ou d'opérations élémentaires visant un but déterminé ;
- Le **référentiel de compétences** du diplôme décrit de façon ordonnée les compétences, c'est-à-dire les savoir-faire et connaissances associées, exigés pour l'obtention du diplôme.

La **compétence** est la maîtrise d'un savoir-faire opérationnel, relatif aux activités d'une situation déterminée, requérant des connaissances associées.

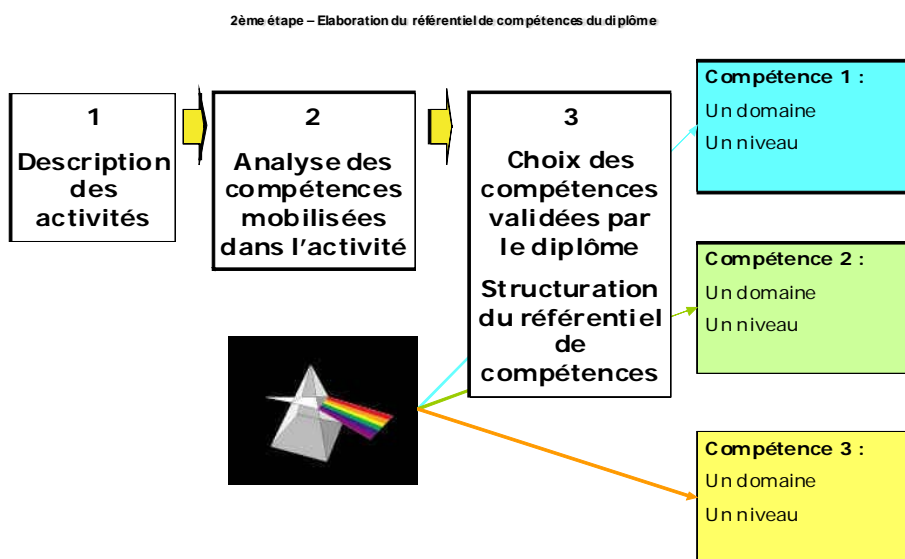
La méthode proposée aux travaux de ré ingénierie est :



Elle définit le diplôme :



Le schéma illustré ci-dessous nous décrit le prisme d'élaboration du référentiel compétence.



« Derrière cette variabilité, une clarification du concept de compétence permettra de préciser les finalités des réformes envisagées et d'analyser la cohérence des dispositifs pédagogiques et d'évaluation qui sera mise en place (Jonnaert, Barette, Boufrahi & Masciotra, 2005). En effet, l'approche par compétences peut véhiculer des paradigmes épistémologiques très différents quant à la construction des savoirs. Le secteur de la santé n'échappe certainement pas à cette possibilité de confusion, partagé entre des protagonistes du comportementalisme (empreinte et conditionnement) et d'autres ouverts au constructivisme et au socio constructivisme. Bien que la préoccupation prioritaire de l'ORE (Observatoire des réformes en éducation) soit d'assurer un maximum de cohérence quant à l'utilisation du concept de compétence dans les refontes des programmes (Masciotra, 2007), il est probable que le changement soit progressif, du moins dans le secteur de la santé. L'approche transmissive et l'approche comportementaliste y sont particulièrement ancrées, malgré des avancées de plus en plus précises en faveur d'un paradigme constructiviste dans certains contextes éducationnels (Grand'Maison *et al.*, 2007 ; Boulé & Langlois, 2007) ou de santé (World Health Organization, 1986 ; Gagnayre, 2007). »<sup>11</sup>

**La Fédération souhaite travailler sur le modèle du prisme formatif contextuel et non celui du prisme normatif décontextualisé.**

**C'est pour cette raison qu'il est surprenant de voir avec quelle facilité les professions paramédicales sont toutes formatées sur les mêmes critères de référentiels.**

**Ce choix est d'autant plus inquiétant qu'il s'agit du contexte des formations professionnelles dont les classes ou familles de situations peuvent être très différentes. Cette confirmation de l'objectif à atteindre est un élément majeur du choix de l'analyse et de la production à venir.**

<sup>11</sup> Formation, compétences et constructivisme: le référentiel d'évaluation, outil de cohérence dans les programmes de formation en santé, Florence Parent, Ecole de santé publique de l'ULB, juin 2007

« C'est à ce titre que l'on peut se référer à la phrase « *Dis-moi comment tu évalues, je te dirai qui tu formes* » (De Ketele, Chastrette, Cros, Mettelin & Thomas, 1989) dans une projection à la fois institutionnelle et de référentialisation (Figari, 2004 ; Legendre, 1993). Il s'agit de définir un cadrage formel en terme de référentiel d'évaluation et d'aller jusqu'au bout de la logique au niveau institutionnel afin de développer un cadre de référence cohérent mais aussi dynamique et actualisable. »

L'essentiel est de savoir qui priorise et pour qui !

L'exemple du référentiel activité qui suit est sans équivoque :

Activités	
MK 26 septembre 2008	Autre profession paramédicale 15 janvier 2009
1. Elaborer un diagnostic en kinésithérapie	1. Evaluer une situation et élaborer un diagnostic dans le domaine de l'ergothérapie
2. Concevoir et conduire un projet d'intervention en kinésithérapie	2. Concevoir un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement
3. Mettre en œuvre les activités de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation dans le domaine de la kinésithérapie	3. Mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie
4. Concevoir et conduire une démarche de conseil, d'éducation, de prévention et dépistage en kinésithérapie et en santé publique	4. Concevoir, réaliser, adapter et préconiser les orthèses et les aides techniques
5. Conduire une relation dans un contexte d'intervention kinésithérapique	5. Elaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique
6. Analyser et améliorer sa pratique professionnelle	6. Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie
7. Rechercher, analyser et traiter des données scientifiques et professionnelles	7. Evaluer et faire évoluer la pratique professionnelle
8. Gérer une structure et ses ressources	8. Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques
9. Coordonner des activités de santé	9. Coordonner les activités et coopérer avec les différents acteurs
10. Informer et former des professionnels et des personnes en formation	10. Former et informer
	11. Gérer un service, une structure et des ressources

Il en est de même pour le référentiel compétence :

Compétences	
MK 26 septembre 2008	Autre profession paramédicale 15 janvier 2009
1. Elaborer un diagnostic en kinésithérapie	1 – Recueil d’informations, entretiens et évaluations visant au diagnostic ergothérapeutique
2. Concevoir et conduire un projet d’intervention en kinésithérapie	2 – Réalisation de soins et d’activités de rééducation, réadaptation, réinsertion et réhabilitation sociale
3. Mettre en œuvre les activités de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation dans le domaine de la kinésithérapie	3 - Réalisation de traitements orthétiques et préconisation d’aides techniques
4. Concevoir et conduire une démarche de conseil, d’éducation, de prévention et dépistage en kinésithérapie et en santé publique	4 - Conseil, éducation, prévention et expertise vis à vis d’une ou de plusieurs personnes, de l’entourage et des institutions
5. Conduire une relation dans un contexte d’intervention kinésithérapique	5 - Réalisation et suivi de projets d’aménagement de l’environnement
6. Analyser et améliorer sa pratique professionnelle	6 - Organisation, coordination des activités en santé et traitement de l’information
7. Rechercher, analyser et traiter des données scientifiques et professionnelles	7 - Gestion des ressources
8. Gérer une structure et ses ressources	8 - Veille professionnelle, formation tout au long de la vie, études et recherches
9. Coordonner des activités de santé	9 - Formation et information des professionnels et des futurs professionnels
10. Informer et former des professionnels et des personnes en formation	

---

# Activité et responsabilité

Intégration Universitaire de la Formation Initiale du Kinésithérapeute

## Activité, responsabilités et ré ingénierie du DEMK

« Les règles de Droit encadrant l'exercice de la médecine servent uniquement à réguler les relations entre acteurs et usagers du système de santé ; elles n'ont pas pour vocation d'humaniser la pratique médicale. Parler d'éthique ne peut donc se confondre avec un discours sur le légal ; c'est évoquer la responsabilité du soignant à l'égard du malade et la nécessité d'une écoute et d'un questionnement sur le sens et les conséquences des choix diagnostiques et thérapeutiques. Face au risque de dislocation qui pèse sur le système de soins dont le coût peut devenir insupportable, l'éthique doit favoriser l'attention des soignants à leurs responsabilités collectives.<sup>12</sup> »

23

Le référentiel activité semble être le plus important dans la méthode de travail utilisée. Il servira d'indication pour les autres référentiels. S'il n'est pas prospectif, comment allons-nous aborder le monde de la Santé de demain, qu'en pensera la population ?

Nous pouvons citer aussi : « L'activité dans une situation professionnelle donnée, a comme objectif de produire un résultat concret. La compétence permet de mobiliser les ressources nécessaires dans une situation donnée pour réaliser cette activité. »

La phrase est claire : il ne faut pas compter sur le référentiel activité pour améliorer nos compétences. Donc, si nous devons nous baser sur le réglementaire actuel, le chemin à parcourir sera court.

Pourtant, depuis de nombreuses années, l'expertise des professionnels de terrain a fortement évolué.

Cette notion d'expertise liée à l'activité est clairement expliquée dans le rapport présidé par le Professeur Yvon BERLAND « La Formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner ».

« Les évaluations des premières expérimentations de coopération montrent au moins trois niveaux différents de modifications possibles dans la redistribution des activités entre le médecin et l'auxiliaire médical : Il peut s'agir de la réalisation **d'un acte technique**, actuellement fait par un médecin, qui serait désormais réalisé par un paramédical, mais sans que cette modification change la nature du métier exercé. Dans le passé, des cas se sont présentés comme la réalisation des électrocardiogrammes, les prélèvements de sang artériel, etc., pour l'avenir c'est le cas de la réfraction oculaire pour les orthoptistes ou la manométrie digestive pour les infirmiers, par exemple.

Il peut s'agir de demander à un professionnel paramédical la réalisation d'une **technique spécifique, ou d'un ensemble d'activités** relevant d'un niveau d'expertise plus élevée, créant une sorte de savoir spécialisé, une « expertise ciblée » pour le métier mais sans en faire une spécialité au sens actuel du terme. Il pourrait s'agir par exemple, de certaines examens ou explorations fonctionnelles (échocardiographie...), de certains groupes d'activités en direction de populations particulières comme les soins aux personnes relevant d'addictions, personnes dialysées, etc. Il pourrait aussi s'agir de confier à un professionnel **un segment d'activités plus large comportant le suivi de personnes** appartenant à une population spécifique, ou positionnant le professionnel dans des fonctions de décision, d'orientation de clientèle, de conduite d'une thérapeutique, etc. Il s'agit là, pour le professionnel, d'atteindre un niveau nettement supérieur à son métier habituel (une « pratique avancée ») qui correspond au développement de connaissances et de compétences nouvelles demandant des capacités de jugement clinique et une autonomie professionnelle. C'est le cas, par exemple, du suivi de personnes atteintes de pathologie chronique, de cancer etc. Ceci correspond à l'expérimentation menée au centre hospitalier de Montélimar dans le suivi des personnes atteintes d'hépatite C. »

D'autres exemples illustrent les différences de fond et de forme comme la notion de responsabilité.

**Au sein des travaux engagés, la responsabilité ne fait pas partie de l'activité. Les notions de responsabilité déclinées, partagées ou déléguées ne sont pas reprises alors qu'il s'agit du coeur des évolutions non reconnues de la profession.**

---

<sup>12</sup> Analyse et commentaires de la Conférence des Doyens des Facultés de Médecine de France suite au Rapport " Ethique et professions de santé", mai 2003

La physiothérapie (cf. WCPT) se réfère à la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) selon laquelle la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

En 2001, conformément à cette définition, l'OMS a créé l'International Classification of Functioning Disability and Health (Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé [CIF]). La CIF est élaborée sur la base des axes suivants: structures et fonctions organiques, activités et participation, facteurs environnementaux, facteurs personnels. L'utilisation de la CIF permet de d'intégrer les aspects biologiques, psychologiques, sociaux et personnels influents sur chaque patient dans la prise en charge physiothérapeutique.

**Comment concevoir de créer un descriptif d'activité qui n'intègre aucun niveau de responsabilité et que ce référentiel serve de base aux deux autres référentiels.**

**Le rapport sur l'Enseignement Supérieur en France <sup>13</sup> aborde les formations paramédicales « Les études paramédicales s'intègrent parfaitement dans le schéma de la formation professionnelle. C'est une formation exigeante, qui se doit de fournir au secteur de la santé des professionnels qui auront d'importantes responsabilités. »**

Cette situation est particulièrement complexe et dangereuse lorsque l'on sait que les travaux de réingénierie alimenteront :

- La fiche du Répertoire National des Certifications Professionnelles (RNCP) sur le diplôme de Masseur Kinésithérapeute ;
- La concertation LMD cogérée par le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Enseignement supérieur.

L'Association Suisse de physiothérapeutes illustre le déroulement d'une prise en charge en physiothérapie :

« Les différentes étapes de la prise en charge en physiothérapie sont : l'examen du patient, l'établissement d'un diagnostic physiothérapeutique, des objectifs de la prise en charge, la planification, l'intervention et le contrôle des résultats ces étapes demeurent toujours les mêmes.

En premier lieu, le physiothérapeute écoute avec attention le patient lui décrivant l'histoire de sa maladie (anamnèse), puis il l'examine en utilisant des tests et des mesures spécifiques (bilan physique). L'anamnèse et le bilan physique constituent l'examen du patient.

En fonction des résultats de l'examen, le physiothérapeute établit un diagnostic physiothérapeutique. Il fixe les objectifs du traitement conjointement avec le patient (et éventuellement avec les proches ou d'autres soignants), puis il planifie le traitement.

Le traitement est mis en oeuvre selon les bases de l'evidence based practice (EBP). Parallèlement à l'application des techniques de traitement, le physiothérapeute fournit des informations à chaque patient. Il lui propose un apprentissage et des conseils, il vérifie les progrès sont vérifiés durant tout le traitement et à la fin, il effectue une évaluation pour savoir si les objectifs ont été atteints. Toutes les étapes du déroulement de la prise en charge en physiothérapie font l'objet d'une documentation écrite. »

« Un acte de soin est le résultat d'une action réalisée en vue de soigner. Il s'agit d'une intervention reconnue légalement qu'un soignant accomplit dans le cadre de son exercice. Les actes des auxiliaires médicaux se réalisent en dérogation à l'exercice illégal de la médecine et engagent la responsabilité de celui qui les décide et de celui qui les réalise. L'acte de soin correspond au décret d'actes et correspond à une définition juridique du métier. » <sup>14</sup>

**La Fédération préfère employer le terme d'« acte de santé » que le terme « acte de soin ». Cette expression conceptualise mieux les évolutions réalisées et celles à venir.**

<sup>13</sup> Rapport du Ministre délégué à l'Enseignement Supérieur et à la Recherche

<sup>14</sup> Compte rendu Ré ingénierie du 17 janvier 2008

**La définition de l'activité par les opérateurs de la ré ingénierie est une construction séquentielle des tâches destinée à une société des savoirs immobile. Ce type de travail suppose normalement un objectif défini et accepté par l'ensemble des pôles (triangle d'adéquation).**

« Une activité comporte plusieurs actions ou actes et renvoie au travail réel. Les activités peuvent être déterminées. Les activités ne correspondent pas nécessairement au décret d'actes (la gestion d'un cabinet par exemple).

Les activités permettent de décrire ce que font les professionnels. Elles correspondent à ce qui peut être écrit dans un agenda et peuvent apparaître réductrices par rapport aux compétences qui sont nécessaires pour les réaliser.

Les activités ne sont pas non plus des responsabilités. Par exemple, « l'analyse de la prescription » constitue bien une activité réalisée par le préparateur en pharmacie hospitalière, même si elle est réalisée sous la responsabilité du pharmacien. »

Il s'agit d'une logique verticale très institutionnelle, elle n'intègre aucune lisibilité. Les notions de responsabilités sectorielles, déclinées, partagées ou déléguées ne sont pas reprises alors qu'il s'agit du cœur des évolutions non reconnues de la profession.

**Cette approche non intégrative dans le secteur de la santé est un refus du renforcement de l'accessibilité à responsabilités, des ressources, méthodes destinés à l'ensemble de ses acteurs : apprenants, enseignants, professionnels, communautés.**

Les récentes évolutions réglementaires (reconnues) de la profession ne sont pas reprises et créé une méthode d'élaboration des référentiels inadaptés aux besoins sanitaires de la population. En effet, que ce soit le Bilan Diagnostic Kinésithérapique, le droit de prescription du kinésithérapeute, le Conseil de l'Ordre ... pour ne citer que ces éléments, les responsabilités acquises confirment que les référentiels élaborés ne sont pas en phase avec le triangle d'adéquation.

De nombreuses démarches existent et sont reconnues sur le terrain comme l'engagement professionnel, la coordination...

**L'accès direct d'une discipline médicale à compétence définie sera un enjeu majeur des débats sur les transferts de tâche et de compétences des années à venir. Notons que ce débat interviendra par volonté professionnelle et par nécessité collective.**

Séances et suivi :

- Accueil du patient/ client et de l'entourage en fonction de la nécessité ;
- Ecoute et analyse de l'entretien ;
- Bilan Diagnostic Masso Kinésithérapique (BDK) ;
- Transcription de l'information (dossier patient / client, bilan, fiches de synthèse...) et communication (MK/ patient / client, MK/ Médecin, MK/ autre Professionnel de Santé, MK/ Structures collectives...) ;
- Geste thérapeutique adapté : massage, physiothérapie, mobilisation passive, mobilisation active ...;
- Evaluation permanente des besoins, des capacités et des attentes et adaptation des gestes thérapeutiques (évolution de la pratique des techniques) ;
- Evaluation des compétences acquises, à maintenir et à renforcer ;
- Difficultés d'autogestion du traitement par le patient adhésion à la démarche (environnement...) ;
- Vécu de la maladie au quotidien ;
- Possibilités de développer des séances éducatives et préventives planifiées ;
- Négociation des objectifs ;
- Classement des objectifs par priorité ;
- ...

Points clefs :

- Etablir un BDK ;
- Développer un geste adapté et évolutif ;
- Comprendre et être compris ;
- Transmettre un savoir, un geste ;
- Expression du soignant et expression du patient (attentes mutuelles) ;
- Négociation ;
- Réponses apportées aux attentes ;
- Réponses informatives/ éducatives/ écoute.

Parallèlement à cette approche, le Masseur Kinésithérapeute entretient une relation privilégiée avec son patient.

« Le travail de soignant est en effet indissociablement lié à la souffrance de l'autre et à l'appel à l'aide qu'elle engendre. C'est bien un acte de confiance qui fonde la relation de soin : l'acte de pouvoir s'en remettre à quelqu'un d'autre mais l'autre n'est pas l'un.

Si le soignant se contente de répondre avec empressement, sans prendre le temps de savoir ce que l'autre attend du soin, il risque fort de se tromper de demande donc de réponse.

Autrement dit, il serait tout à fait vain de vouloir faire l'économie de l'attention et celle de l'écoute. »<sup>16</sup>

C'est une démarche professionnelle qui associe :

- L'acte intellectuel de diagnostic et d'évaluation ;
- Le soin technique et l'évaluation permanente adaptée ;
- L'éducation à la santé et la prévention ;
- Le besoin et l'attente ;
- La production de santé et l'économie de santé ;

<sup>15</sup> Rapport final DM Echanges de Groupe et Dynamique Evaluative FFMKR GEQ 2007 2008

<sup>16</sup> Cécile BOLLY – Véronique GRANDJEAN avec Michel VANHAEKEWYN et Serge VIDAL, L'éthique en chemin – WEYRICH EDITION 2004

- Le professionnel et l'institutionnel ;
- La profession et la santé publique ;
- ...

Il crée surtout un potentiel évolutif à court et à moyen terme dans un domaine où le long terme prime.

Les valeurs formatives et les valeurs éthiques des échanges améliorent le dialogue professionnel/ patient et celui qui concerne les professionnels entre eux.

L'éthique de la discussion s'inscrit dans une éthique de «l'être» et non du «faire». Elle n'exclut pas l'agir, elle en détermine l'espace et l'amplitude.<sup>17</sup>

Le Masseur Kinésithérapeute met l'ensemble de ces savoirs au service de l'autre par une interaction des différents éléments cités. L'évaluation permanente oriente sa stratégie professionnelle et il l'adapte à chaque individu le jour de la prise en charge thérapeutique ou non thérapeutique.

L'échange est orienté vers l'utile ou l'utilisable :

- Ce qui est utile pour le patient ;
- Ce qui est utile pour le professionnel (salarié ou libéral) ;
- Ce qui est utile pour la profession ;
- Ce qui est obligatoire, réglementé, référencé...

« L'une des questions majeures est celle de savoir si l'éthique s'enseigne de manière académique ou par l'expérience. Cette question ne se pose pas bien sûr pour l'enseignement de la déontologie et des textes de référence concernant notamment les droits du malade. »

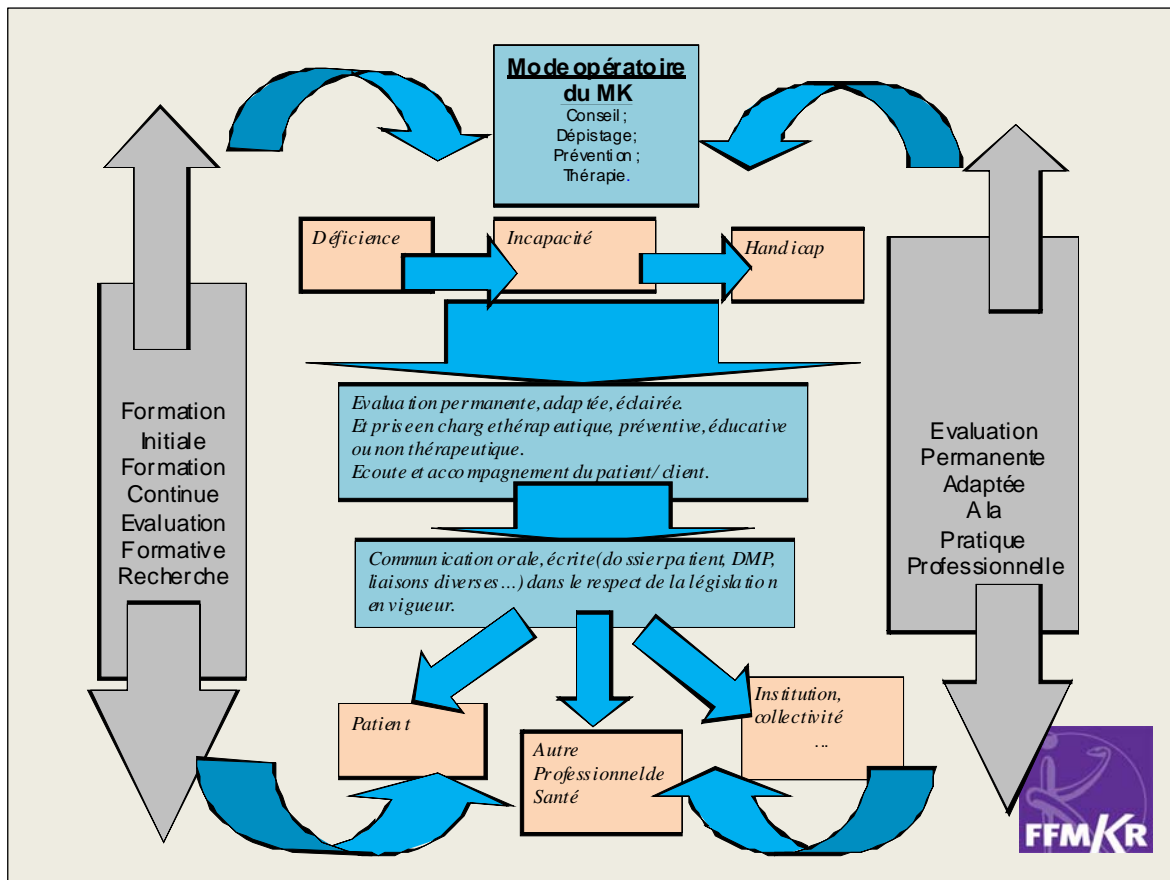
« La réflexion éthique se nourrit d'abord du travail en équipe et de l'exemplarité des « anciens », puis d'un « travail » personnel. Cette étape est nécessaire et indispensable, rien ne peut la remplacer<sup>18</sup>.

La démarche d'analyse et de choix du professionnel se base notamment sur :

- Formation initiale ;
- Formation continue ;
- Revues, livres ;
- Congrès ;
- Autres professionnels ;
- Internet ;
- ...

<sup>17</sup> Cécile BOLLY – Véronique GRANDJEAN avec Michel VANHAEKEWYN et Serge VIDAL, L'éthique en chemin – WEYRICH EDITION 2004

<sup>18</sup> Commission de réflexion « Ethique et Professions de Santé », initiée par Monsieur le Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées.



**La pratique du kinésithérapeute est un processus qualité engendré par une évaluation permanente. Elle passe par une démarche qualité totale intégrant deux niveaux.**

La **qualité externe** est notamment liée à la satisfaction des patients et ou des clients, de la profession. Il s'agira de réaliser une prestation conforme aux attentes. Ce type de démarche passe nécessairement par une écoute potentielle (démarche d'analyse fonctionnelle projetée) mais doit également permettre de prendre en compte des besoins implicites, non exprimés.

La **qualité interne** correspond à l'amélioration du fonctionnement interne de la démarche. L'objet de la qualité interne est de mettre en œuvre des moyens permettant d'analyser au mieux les actes de santé, de repérer et de limiter les dysfonctionnements. La qualité interne passe par une étape d'identification et de formalisation des processus internes réalisés grâce à une action d'auto évaluation.

L'amélioration de la qualité, interne et externe, permet au professionnel de travailler dans de meilleures conditions.

Cette approche organisationnelle permet un progrès permanent dans la résolution des non-qualités.

La qualité de la structure est constituée par les caractéristiques du cadre dans lequel sont fournies les prestations de kinésithérapie, dont notamment les ressources humaines et matérielles ainsi que la structure d'organisation.

La qualité des processus résulte du déroulement du traitement autrement dit, de l'ensemble des moyens et activités employés en corrélation les uns avec les autres, dans le but de transformer les données existantes au début du traitement, en résultats.

La qualité des résultats est obtenue dans le cadre d'une activité spécifique et constitue l'un des paramètres principaux lors de l'appréciation de l'efficacité des prestations fournies. Il peut s'agir de l'influence quantifiable d'un traitement sur l'état de santé d'un patient ou du degré de satisfaction obtenu, ou encore de l'efficacité des moyens utilisés.

« La compétence médicale repose donc :

D'une part sur des acquisitions théoriques et pratiques qu'il convient de définir a priori en fonction des spécificités de chaque spécialité médicale et d'entretenir tout au long de l'exercice professionnel ;

D'autre part sur des aptitudes et attitudes individuelles à définir de manière transversale et prendre en compte pour assurer un exercice médical de qualité. »<sup>19</sup>

Ces compétences acquises par le processus qualité permettent au kinésithérapeute de gérer son cabinet et d'encourager la prise en charge de sa responsabilité au sein de la politique professionnelle et sanitaire.

L'entreprise libérale d'une profession de santé est complexe. L'association des stages et des cours théoriques doit s'orienter vers une formalisation des situations dans une optique de champs de compétences intégrées.

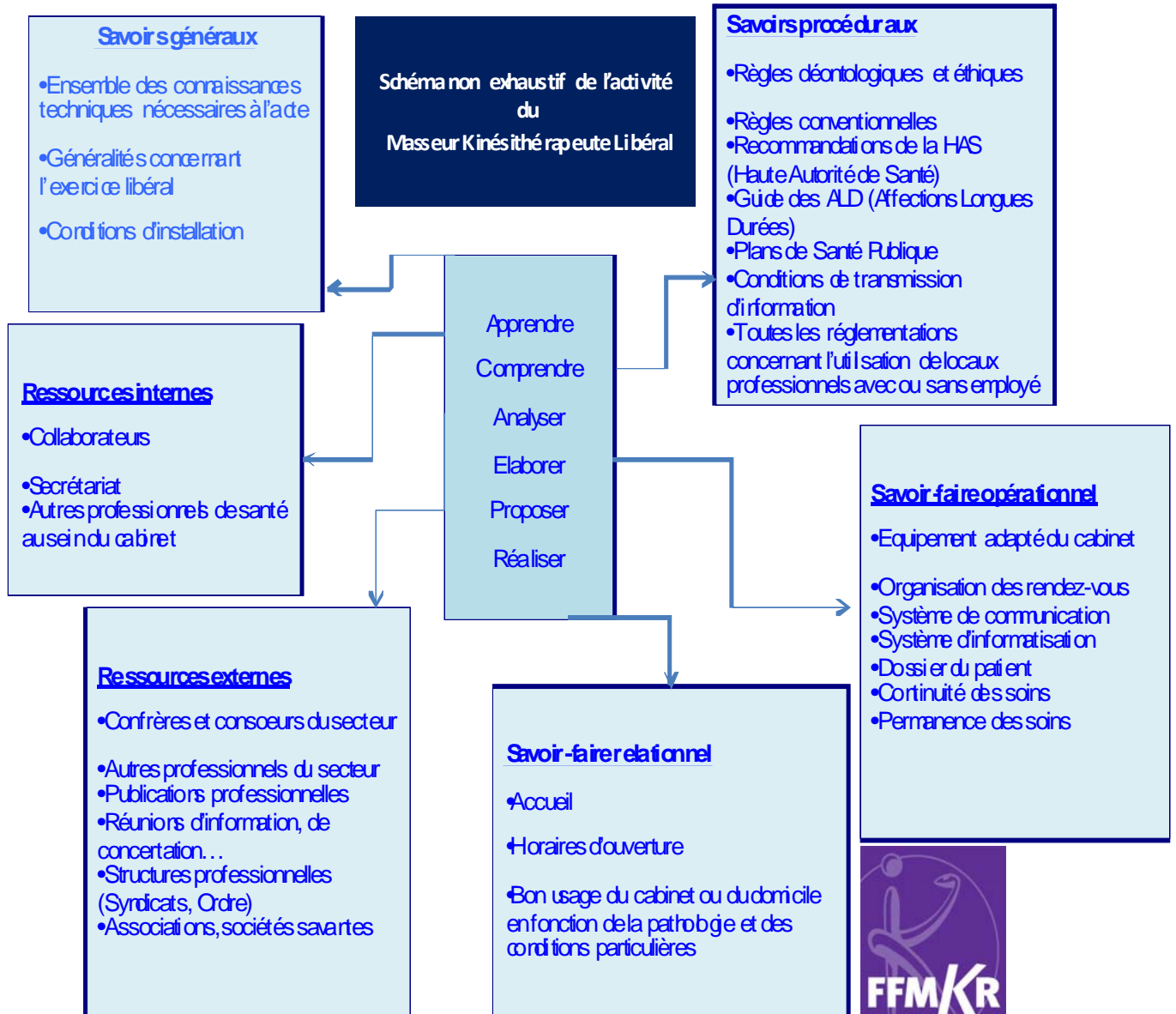
Le caractère intégré ne se réduit pas à l'exercice, il intègre toutes les formes d'exercice que l'apprenant pourra développer au long de sa vie professionnelle.

« De façon générale, des modalités pédagogiques adaptées permettent de transformer les capacités en compétences. A priori, un apprenant n'a, à l'université, que des capacités professionnelles mais la mise en situation par les stages ou l'alternance telle l'apprentissage permet d'opérer la transformation de ces capacités en compétences professionnelles ; la mise en situation la plus aboutie est évidemment l'insertion professionnelle. Par conséquent, les formations universitaires permettent l'acquisition de compétences universitaires mais aussi professionnelles.<sup>20</sup>

---

<sup>19</sup> Rapport du Professeur MATILLON, Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles médicales 2005

<sup>20</sup> «La déclinaison des diplômes LMD en compétences et la présentation de l'annexe descriptive» 24 séminaire AMUE – mardi 6 juillet 2004



---

# Compétences

Intégration Universitaire de la Formation Initiale du Kinésithérapeute

**« Les Compétences essentielles non seulement reflètent les exigences auxquelles doivent répondre les physiothérapeutes, mais elles traduisent également la nature dynamique et évolutive de la profession de physiothérapeute. Elles sont la base sur laquelle les physiothérapeutes peuvent fonder leur perfectionnement professionnel continu. »<sup>21</sup>**

Or pour la DHOS, les enjeux de la réingénierie des diplômes du secteur sanitaire sont :

Une offre de certification lisible en vue d'une inscription au Répertoire National des Certifications Professionnelles (RNCP),

Une construction structurée et correspondant aux normes actuelles, notamment celles régissant le dispositif LMD.

« Les diplômes d'Etat du secteur sanitaire s'inscrivent dans le cadre législatif et réglementaire qui précise les règles d'exercice des professions concernées. La démarche de réingénierie des diplômes ne modifie en rien ce cadre. La démarche de validation des acquis de l'expérience ne peut en aucun cas s'inscrire dans le cadre d'un exercice illégal.

La démarche de réingénierie s'appuie sur le principe suivant : le diplôme garantit que la personne maîtrise les compétences nécessaires pour répondre à l'exigence de qualité des soins et de sécurité du patient. Cette démarche diffère sensiblement de celle consistant à définir un diplôme par un programme de formation.

La démarche de réingénierie vise à rechercher l'articulation et la cohérence entre l'ensemble des diplômes du secteur, en lien avec les travaux effectués par l'observatoire de la fonction publique hospitalière.

Le diplôme à finalité professionnelle porte sur des compétences professionnelles définies en relation avec les activités professionnelles du métier ciblé et est défini par un référentiel de certification. »

« L'Université est un complexe composite qui, appliqué aux Facultés de médecine (mais aussi d'odontologie) signifie l'addition d'un savoir et d'un exercice professionnel. Il faut en effet se souvenir que depuis l'ordonnance de 1958, les Facultés de médecine sont à la fois des composantes de l'Université et parties constitutives des CH&U : les enseignants-chercheurs de médecine sont ainsi les seuls (avec les odontologistes) à enseigner ce qu'ils pratiquent et à pratiquer ce qu'ils enseignent. Voilà pourquoi les Facultés de médecine, représentants spécifiques et insubstituables des Universités doivent être institutionnellement impliquées dans la réflexion et la mise en œuvre de l'évaluation des compétences. »<sup>22</sup>

**La définition des compétences du rapport « Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles médicales » ne les résume pas à une énumération d'items : « La notion de compétence peut d'une manière générale être définie comme « la mise en œuvre d'une combinaison de savoirs (connaissances, savoir-faire, comportement et expérience) en situation ».<sup>23</sup>**

**Il est capital de sensibiliser le Monde de la Santé à l'importance de la réflexion sur la formation initiale des kinésithérapeutes qui doit être conçue comme un exercice de discernement des enjeux de la recherche et des soins sur la dignité de la personne humaine. La réflexion consiste à repérer les conflits de valeurs suscités par les progrès de connaissance et de mettre la formation en conformité avec les niveaux de responsabilité des professionnels.**

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) a quant à lui défini en 2000 la compétence comme « la première exigence de la morale professionnelle ». Cette approche est fondée sur l'article 11 du Code de déontologie : « Tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue. Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles. » Pour le CNOM, la compétence « suppose non seulement un savoir aussi large que possible mais elle doit englober une bonne adaptation à l'exercice de l'activité médicale. (..) En effet, il n'est pas pertinent de ne concevoir la compétence que comme une somme de savoirs. Si l'exercice de

<sup>21</sup> Description of physiotherapy in Canada 200 and beyond, publié par la Canadian Physiotherapy Association, 2000

<sup>22</sup> Analyse de la Conférence des Doyens des Facultés de Médecine de France du rapport du Professeur MATILLON sur les compétences professionnelles médicales lors du séminaire de restitution du rapport juillet 2006

<sup>23</sup> Rapport du Professeur MATILLON, Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles médicales 2005

la médecine ne peut se faire sans une connaissance exhaustive des « données acquises de la science », il ne peut se concevoir sans certaines aptitudes humaines et organisationnelles. Cette conjonction de « savoir-faire » et de « savoir-être » est tout aussi indispensable à un exercice médical de qualité que les connaissances cliniques. »<sup>24</sup>

L'évaluation des compétences n'est « en aucun cas un processus standardisé, stéréotypé. Evaluer une compétence est un exercice difficile qui doit s'attacher à juger autant le résultat que l'action, c'est-à-dire la performance accomplie, que le processus dynamique qui sous-tend l'action, c'est-à-dire le raisonnement et l'argument. ».<sup>25</sup>

L'AFNOR définit la compétence comme « une capacité éprouvée à mettre en oeuvre des connaissances, des savoir-faire et des comportements en situation d'exécution ». Une personne compétente sait agir avec pertinence dans un contexte donné en choisissant et mobilisant un double équipement de ressources : des ressources personnelles et des ressources de réseau mises à sa disposition.

Dans le paysage économique et social, il existe de nombreuses structures institutionnelles : ONDAM<sup>26</sup> , PLFSS<sup>27</sup> , UNCAM<sup>28</sup> , URCAM<sup>29</sup> , PRS<sup>30</sup> , PTS, CTS, CRS<sup>31</sup> , SROS<sup>32</sup> , ...

Le professionnel/ praticien/ acteur de santé y participe directement ou indirectement :

- Directement : membre d'une commission, élu professionnel, élu syndical ...
- Indirectement : professionnel de santé d'un bassin de vie, membre d'une association, intervenant en HAD<sup>33</sup> ...

Les participations actuelles sont multiples et sont souvent le fruit d'une volonté personnelle au sein d'une organisation professionnelle (le plus souvent syndicale) ou d'une nécessité de coordination thématique (par pathologie).

Il est indispensable de promouvoir cette culture de l'Economie de Santé pour favoriser un exercice libéral fort et entier comme indépendant responsable dans un espace sanitaire complexe.

Le cabinet libéral est une entreprise libérale axée sur un ou plusieurs professionnels de santé. Il est ainsi basé sur les critères qui les définissent tous les deux (avantages, inconvénients, contraintes...).

Cela nécessite de la part du professionnel une organisation de ces éléments avec une hiérarchisation structurelle et fonctionnelle permettant une adaptation aux évolutions des conditions d'exercice.

<sup>24</sup> Conseil national de l'ordre des médecins. Qualité de l'exercice professionnel, compétence et déontologie : vers un système intégré de la gestion de la compétence des médecins. Paris : 2000.

<sup>25</sup> Collège national des généralistes enseignants (CNGE). Les compétences du médecin généraliste. Groupe de travail Certification. 2005

<sup>26</sup> ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

<sup>27</sup> PLFSS : Plan de Loi de Finance de la Sécurité Sociale

<sup>28</sup> UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

<sup>29</sup> URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

<sup>30</sup> PRS : Plan Régional de Santé

<sup>31</sup> CRS : Conférence Régionale de Santé

<sup>32</sup> SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

<sup>33</sup> HAD : Hospitalisation A Domicile

Les compétences utiles à l'activité de santé sont la combinaison de différents facteurs :

- Cogérer le capital santé du patient ;
- Assurer la prise en charge d'un problème aigu ;
- Assurer la prise en charge chronique ;
- Prendre en compte l'ensemble des facteurs liés aux points cités ci-dessus pour développer la « globalisation spécifique » de la prise en charge d'un individu ;
- Se donner les moyens de mettre en œuvre l'ensemble de la démarche.

34

Pour que cela soit possible, il faut prendre en compte les compétences nécessaires, les connaître et connaître le contexte dans lequel elles sont nécessaires pour les développer. Il s'agit alors d'une démarche qualité collective respectueuse des patrimoines professionnels.

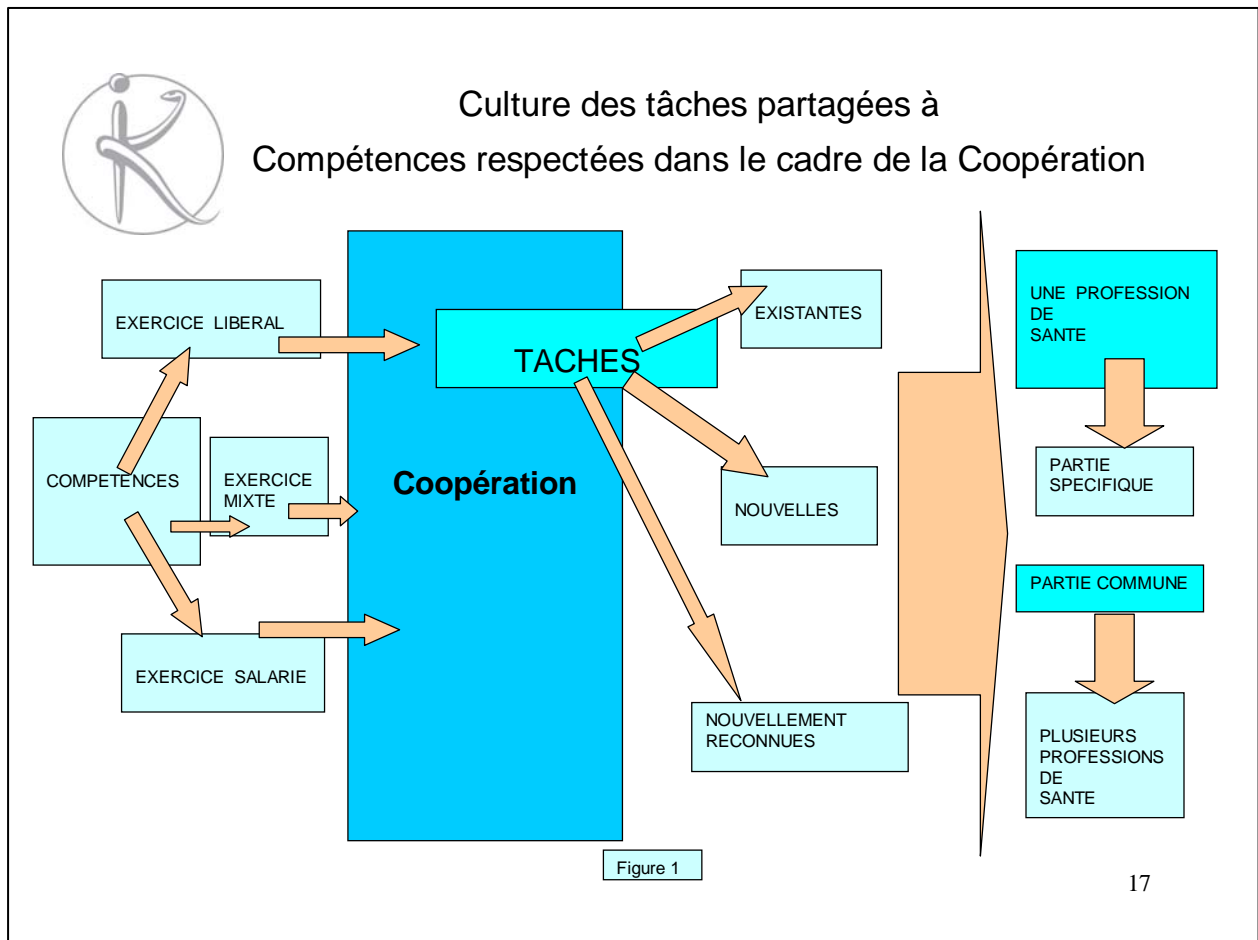


Figure : Nouvelles formes de coopération entre Professionnels de Santé FFMKR janvier 2008

« 1. la définition claire et précise du ou des métier(s) visé(s) ;

2. la qualité du partenariat avec le monde professionnel dans la conception de la formation, l'offre de stages, la participation aux enseignements (au moins 25% de professionnels dans les domaines qui constituent le cœur du métier et l'aide à l'insertion)... »<sup>34</sup>

L'idée d'une culture commune entre professionnels de la santé doit s'imposer comme l'un des principes fondamentaux d'une réforme.

Ce principe d'intégration initiale est identifié dans l'une proposition du rapport du Professeur BACH<sup>35</sup> « Créer un programme commun national entre les 4 filières de médecine, d'odontologie, de pharmacie et de sage-femme, intitulé « L1 Santé », avec le double but d'ouvrir le maximum de possibilités aux étudiants et de créer un ciment pour les futurs acteurs des professions de santé : programme complètement commun pour le premier semestre (S1) et plus partiellement pour le second (S2) en raison de l'introduction de modules spécifiques propres à chaque filière, à dose raisonnable, étant entendu que liberté serait donnée aux facultés de pharmacie de dispenser en leur sein leurs enseignements. »

**La Fédération, fermement attachée à la généralisation du PCEM 1 et son évolution en L1 Santé, est dans cette logique d'intégration de la Kinésithérapie aux professions citées dans le rapport du Professeur BACH.**

---

<sup>34</sup> Circulaire Habilitation du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, septembre 2007

<sup>35</sup> Réflexions et propositions sur la première année des études de médecine, d'odontologie, de pharmacie et de Sage-femme, Professeur BACH, février 2008

---

# Formation

Intégration Universitaire de la Formation Initiale du Kinésithérapeute

« Faut-il une ou plusieurs procédures de qualification ? Le rapport décline les trois procédures actuelles de qualification : l'Université pour la formation initiale, l'Ordre des médecins par ses commissions de qualification (permettant le plus souvent des requalifications et entérinant les diplômes d'Etat pour les qualifications, le Ministère de la Santé pour des autorisations individuelles d'exercice de médecins étrangers. Le rapport pose la question de l'évolution vers une structure de qualification (et de re-certification) unique. La Conférence des doyens n'y est pas opposée. S'il n'existe en effet qu'une seule structure qualifiante elle pourrait regrouper l'Université (par ses facultés de médecine), l'Ordre, le ministère de la Santé. »<sup>36</sup>

Le rapport<sup>37</sup> « Evaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales » vise à donner un avis aux Ministres de tutelle sur les questions et les attentes des professionnels concernant le LMD.

37

Certes, la mission confiée à l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et à l'Inspection Générale de l'Administration de l'Education Nationale et de la Recherche (IGAENR), à laquelle ont contribué deux conseillers généraux des établissements de santé, n'était pas facile. Il s'agissait d'étudier les possibilités de réformes des études paramédicales dans le cadre du processus européen de Bologne qui prévoit une uniformisation des formations supérieures européennes et d'en identifier les principaux.

#### Les auteurs du rapport considèrent que :

- Il est opportun d'inscrire les formations sanitaires dans le processus LMD ;
- Les attentes en matière de reconnaissance professionnelle portées par les organisations professionnelles sont légitimes ;
- La France ne peut rester en retrait de la mise en œuvre du processus de Bologne qui constitue une occasion de faire converger les formations au niveau européen ;
- L'inscription des professions paramédicales dans le dispositif LMD constitue une perspective positive de nature à répondre à des problématiques importantes telles que : la prise en compte des nouveaux métiers, la constitution d'une recherche clinique qui fait aujourd'hui défaut.

Les recommandations du rapport plaident pour une « universitarisation maîtrisée des études ». En effet, la mission fait état de certaines précautions qui sont jugées nécessaires telles que : le maintien d'une finalité professionnelle clairement affirmée, le développement d'une filière complète du L, du M et du D, le coût financier de l'opération qui doit être raisonnable.

La Fédération regrette de ne pas avoir été auditionnée par les auteurs du rapport dans la mesure où notre profession apporte toutes les garanties d'une « universitarisation maîtrisée » (PCEM 1/ L1 Santé existant, faible coût sur la masse salariale du fait de la forte proportion de libéraux...).

La FFMKR partage certaines des observations du rapport quand il souligne que « la France serait de plus en plus isolée si elle se maintenait dans un système sans aucun lien avec le dispositif LMD » et qu'il est nécessaire de « revisiter le contenu des formations ». Autres points positifs, selon la fédération : la volonté d'instaurer « des passerelles entre les filières d'études médicales et paramédicales », le projet de « conception de formations supérieures (masters 1 ou 2) et d'un doctorat permettant le développement de la recherche clinique ».

---

<sup>36</sup> Analyse de la Conférence des Doyens des Facultés de Médecine de France du rapport du Professeur MATILLON sur les compétences professionnelles médicales lors du séminaire de restitution du rapport juillet 2006

<sup>37</sup> IGAS, IGAENR, Evaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales, septembre 2008

## L1 Santé- Licence et Master

La première année (L1) peut ainsi être divisée en deux semestres :

- Le premier structuré en tronc commun santé qui existe déjà en PCEM1 avec les professions médicales.
- Le second reprenant la biomécanique, l'anatomie et la physiologie avec des modules spécifiques et transdisciplinaires.

38

La L1 Santé sera divisée en S1 et S2. Une analyse en décembre par des QCM interprétables rapidement, permettrait d'adapter et d'orienter vers le choix de concours spécifiques le plus adapté aux résultats de l'étudiant et lui offrant le moins de risque d'échec.

La nouvelle organisation permettra une réorientation plus ferme des étudiants sur un délai court (12 à 18 mois) évitant ainsi un gâchis massif.

Ces dispositions sont conformes aux propositions 2 et 3 du rapport du Professeur Jean-François BACH à savoir :

Favoriser l'orientation active par une information précoce et diversifiée auprès des lycéens sur les études et les métiers de la santé, au lycée dès la seconde, puis après le dépôt d'un dossier d'inscription en L1 Santé, en imposant un entretien avec des enseignants, soulignant la difficulté et la longueur des études de chacune de ces filières.

*Et Réorienter le plus rapidement possible les étudiants n'ayant pas encore le niveau nécessaire pour les filières auxquelles ils aspirent, attesté par une note à l'épreuve de fin de S1 ou au concours à la fin de S2, inférieure à 7/20, note dont les statistiques montrent qu'elle ne laisse quasiment aucun espoir à ces étudiants d'être reçus au 2° concours. Cette réorientation laisserait la possibilité aux étudiants qui le désirent, de recommencer un L1 Santé après une remise à niveau scientifique de 18 ou de 12 mois selon qu'ils ont été réorientés après le S1 ou après le S2. »*

La FFMKR sera très attentive afin de tout mettre en œuvre pour obtenir un haut niveau de sortie permettant un exercice responsable de la kinésithérapie.

Ce niveau de sortie se situe au grade de Master répondant au double objectif défini par le Ministère de l'Enseignement Supérieur :

1. Leur offrir un parcours menant à une qualification et une insertion professionnelles de haut niveau ;
2. Préparer les étudiants, via les études doctorales, à se destiner à la recherche.

Le premier objectif concernera un faible pourcentage de population professionnelle mais garantira un enrichissement professionnel conforme aux exigences de l'enseignement supérieur.

Le second concernera l'essentiel de la profession et garantira un niveau de connaissance et de responsabilité adapté aux évolutions du système sanitaire.

**Cette filière universitaire permettrait également l'identification d'un corps professoral de kinésithérapeutes enseignants.**

**« Ramener la sélection en début de M afin de supprimer la rupture entre M1 et M2 et encourager une continuité de cursus pour les deux années du M :**

Dans le droit fil de la préconisation précédente, le master doit constituer un bloc homogène d'un point de vue pédagogique et doit être lisible comme tel par tous. De ce fait, en toute logique, le système L/M/D/ devrait bien reposer sur une sélection à l'entrée du M et du D mais sans sélection entre l'année 1 et l'année 2 du M.

Cela nécessitera certes un travail de la part des universités pour construire leur offre dans ce sens mais le système y gagnera beaucoup en lisibilité pour les étudiants, les entreprises et les partenaires étrangers. »

**« Prévoir la fusion des masters professionnels et des masters recherche**

Pour les masters, certains universitaires craignent que le LMD ne réduise la visibilité des filières professionnalisantes qui avaient pourtant fait leurs preuves en matière d'insertion professionnelle des diplômés sur le marché du travail. C'est notamment le cas pour un grand nombre d'anciens DESS qui sont devenus des parcours professionnalisants très prisés par les étudiants et par les employeurs. L'enjeu est de parvenir à maintenir leur visibilité et leur réputation auprès des employeurs.

La coexistence de deux intitulés (masters professionnels et masters recherche) est de nature à créer une dichotomie préjudiciable à la lisibilité de l'offre de formation au niveau M. Cela n'interdit pas aux universités de proposer aux étudiants, à l'intérieur des programmes du master, des modules plus spécifiquement orientés vers la préparation à la recherche. La commission pense que cette question mérite d'être mise à l'étude afin d'être en plus grande harmonie avec les pratiques internationales en matière de masters. »<sup>38</sup>

---

<sup>38</sup> Rapport de l'université à l'emploi, Commission du débat national présidée par le Professeur HETZEL

## Passerelles

Cette notion est à définir avec beaucoup de précautions.

Objectif : Diminuer le nombre de doublants de la première année de médecine.

Création de passerelles dans des parcours professionnels plus courts.

**Les autres professions de santé non médicales** pourraient également bénéficier d'une telle passerelle et réintégrer une des quatre filières concernées par le LMD à condition d'avoir obtenu leur diplôme d'exercice, validé un niveau Master et d'avoir exercé une activité professionnelle pendant un laps de temps qui reste à déterminer.

**Ce flux entrant d'étudiants pourrait représenter environ 5 à 10 % du numerus clausus** qui s'ajoute au flux entrant d'étudiants admis par passerelle en L2. Ce qui nécessite bien évidemment une nouvelle adaptation du numerus clausus du L1, de la même façon que cela avait été envisagé pour les passerelles concernées par le niveau L2.

**Les liens entre ces professions permettent d'envisager l'établissement de liens plus étroits entre ces futurs professionnels** qui sont destinés à travailler ensemble.

Il faudra progressivement envisager le fait que certaines activités soient partagées par plusieurs professions de santé pour établir des compétences transversales et spécifiques. **Mais attention, les passerelles ne doivent à aucun moment faire oublier l'acte volontaire qu'est l'engagement fort vers une discipline de santé choisie.**

Cette mise en commun de devrait permettre in fine la mise en place d'une évaluation qualitative collective, d'un travail pluri-professionnel autour d'un patient

« En effet, l'entrée en vigueur progressive du processus dit de Bologne, notamment avec le LMD, la semestrialisation des études et les crédits d'études transférables (ECTS), devrait favoriser un déroulement des études tant de façon verticale (vers un niveau d'études supérieur) qu'horizontale (même niveau d'études, mais de nature différente). Ainsi, les passages entre filières générales et professionnelles devraient être facilités. Cela pourrait se faire sur la base, à chaque niveau d'études, d'épreuves adaptées et d'une individualisation permettant à chaque étudiant de suivre un enseignement renforcé dans certaines matières si nécessaire. »<sup>39</sup>

Ces notions de passerelles sont actuellement fortement débattues avec la répartition des tâches et les transferts de tâches et/ ou de compétences. La réflexion du Professeur MATILLON concernant les compétences nécessaires avec une maîtrise de combinaison de savoirs (Connaissances, savoir-faire, comportement et expérience) en situation, est transposable aux discussions sur la Formation Initiale.

Il faut à nouveau distinguer deux sortes de passerelles :

- Une première passerelle permettant à des personnes ayant fait d'autres études (définir le cadre et le niveau de ces études) de rejoindre celles de masso-kinésithérapie en définissant le niveau (en quelle année et selon quelles modalités) ;
- Une deuxième passerelle permettant aux MKDE de poursuivre un cursus universitaire à partir de M1 ou M2.

<sup>39</sup> Rapport de l'université à l'emploi, Commission du débat national présidée par le Professeur HETZEL

Nous refusons une mutualisation cloisonnante à niveau bas pour préférer une réelle recherche créant des troncs spécifiques et des troncs communs santé qui respectent les particularités et les diversités professionnelles, quid des rapports du Professeur THUILLEZ (réforme des professions médicales), du Professeur DEBOUZIE (définition des professions de santé et des passerelles et troncs communs en culture santé) et du Professeur BACH.

**Encore une fois, ces éléments majeurs d'une réforme sont cités dans le rapport du Professeur BACH : « Enrichir le programme pédagogique de première année en renforçant les enseignements de sciences fondamentales et en restructurant les sciences humaines et sociales avec introduction de la santé publique et de la culture générale, sans oublier l'information sur les métiers de la santé. »**

Cette pensée devrait ouvrir le champ des compétences acquises vers des compétences complémentaires de type universitaire en complément de compétences d'exercice professionnel.

Nous souhaitons ouvrir notamment cette formation à des nouvelles disciplines comme l'Anglais, les Sciences de l'Education, le Droit, le Management et bien d'autres champs communs.

**Le DU élargit le spectre des compétences qui donne la possibilité de s'orienter vers d'autres études. Le complément universitaire doit avoir un vrai contenu universitaire lisible et fongible avec les autres disciplines.**

« Il est indispensable de souligner que nous pouvons aller très loin dans de l'ingénierie de plus en plus standardisée. C'est alors que la question de la pertinence reprend le dessus et le pour « quoi » choisir l'APC. Ces allers retours sur la question du sens et des dérives de toute directive pédagogique devraient être constants et venir par là nourrir les choix des référentiels d'évaluation. Ceci est d'autant plus important qu'on sait l'impact que ces choix ont sur la formation et l'apprentissage. »

Le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche sera le garant de la formation et de la délivrance et du parcours **pour les enseignants et les chercheurs.**

**Il sera nécessaire de créer un statut d'enseignant-praticien pour la mise en œuvre du programme de formation pour les filières intégrant l'Université. Depuis la suppression de la formation de moniteur cadre, le statut actuel de cadre de santé n'est pas adapté.** Beaucoup de directeurs d'écoles se plaignent de difficultés à recruter des enseignants masseurs-kinésithérapeutes et se plaignent du vieillissement des cadres enseignants.

L'année M2 peut représenter un second niveau de passerelle en insérant à nouveau des troncs communs et des particularités qui pourraient être déclinés en modules d'enseignements divers.

« La durée des études conduisant au diplôme d'état devra correspondre au temps nécessaire d'acquisition des savoirs théoriques, procéduraux et pratiques pour exercer les compétences des différents métiers ». <sup>40</sup>

---

<sup>40</sup> Lettre de cadrage, Monsieur Xavier BERTRAND, Ministre de la Santé et des Solidarités et Monsieur François GOULARD, Ministre Délégué à l'Enseignement Supérieur et à la Recherche, décembre 2006.

## Parcours clinique

Il est nécessaire de mettre en place une vraie réflexion sur le parcours clinique de L2 L3 et M1, ainsi que sur l'année de fin d'Etudes M2.

Les stages cliniques devront faire l'objet d'un travail écrit présenté oralement. Il faut habituer l'étudiant à acquérir et à gérer :

- Les savoirs généraux ;
- Les savoirs procéduraux ;
- Les savoir-faire opérationnels ;
- Les savoir-faire relationnel ;
- Les ressources internes ;
- Les ressources externes.

Ces mises en situation clinique associées à un travail écrit autour de cas concrets permettront de développer la méthodologie de la recherche et l'analyse de sa pratique en référence à des pratiques attendues.

Il faut dissocier les stages cliniques du travail de fin d'Etudes qui permettra à l'étudiant, après validation des premières années du cursus et validation de la scolarité par l'institut, d'orienter son choix de vie professionnelle par une mise en situation.

Après une première année axée sur l'acquisition de savoirs théoriques et des pratiques fondamentales, les deuxièmes et troisièmes années doivent s'orienter vers la prise en charge globale du patient. Le nouveau parcours doit s'intégrer dans un complexe plus large et assimiler toutes les évolutions des modes d'exercice en s'imprégnant des mutations du système sanitaire.

L'intégration d'un niveau supplémentaire s'associe parfaitement avec la problématique de la démographie, il réunit le professionnel, la profession et la collectivité.

Il s'agit également d'un retour au praticien et à ses valeurs. « Le travail de fin d'études est une étape essentielle pour la formation de l'étudiant. Il permet au futur professionnel d'accéder à un degré de conceptualisation nécessaire, ce qui le différencie d'un simple applicateur. »<sup>41</sup>

Conformément aux attentes de la Fédération, les stages cliniques doivent rester incorporés avec les cours théoriques. C'est-à-dire 6 stages temps plein de 1 mois répartis sur deux ans. Ils doivent inclure un stage libéral de 1 mois.

En ce qui concerne le stage de fin d'Etudes, il existe deux alternatives :

- Sans réforme de la formation initiale : stage d'avril (fin de troisième année) à fin septembre ;
- Avec réforme de la formation initiale : stage en Master 1, niveau professionnalisant (niveau d'autorisation d'exercice).

Il est entendu que ce parcours pratique est indissociable d'un travail théorique important.

Ces différents éléments doivent nous inciter à mettre en place une réforme progressive des stages cliniques.

---

<sup>41</sup> ADERF 2008

Il existe trois possibilités organisationnelles pour le stage de fin d'Etudes :

- Stage à vocation en établissement ;
- Stage à vocation libéral ;
- Stage mixte.

Cette mise en situation professionnalisante induit la démarche du futur praticien.

A l'issue de sa formation, le nouveau diplômé sera libre de toute contrainte pour choisir un exercice libéral, hospitalier ou mixte.

43

**« Valoriser, encadrer les stages et prévoir un stage obligatoire dans chaque cursus, y compris dans les licences généralistes**

La relation entre une personne et un emploi se réalise par la rencontre entre un potentiel et une opportunité. Il faut permettre et faciliter au maximum cette rencontre potentiel/opportunité en cours d'études. C'est la raison pour laquelle, la place du stage en entreprise est centrale. Toutefois, elle doit être moralisée et structurée parce que certaines dérives sont constatées. Celles-ci dégradent et délégitiment les pratiques de stage, ce qui est hélas fort dommage.

Le stage en situation de travail permet de découvrir, de rencontrer, de comprendre, d'apprendre, etc. Il est un moment essentiel de la relation formation initiale/emploi.

Tout doit être mis en œuvre pour valoriser les stages voire les relégitimer en leur donnant la place qu'ils méritent et en invitant les partenaires sociaux à en négocier les modalités d'exercice pour le rendre efficace. C'est ainsi qu'il convient de réaffirmer le principe que le stage s'inscrit dans le cadre de la délivrance d'un diplôme. Sans convention préalable, les entreprises ne peuvent recruter un stagiaire.

L'accès à ces stages doit respecter le principe d'égalité des chances. La commission a pris acte du fait que le MEDEF, la CGPME, l'UPA, l'APCM et l'ACFCI vont fortement mobiliser leurs membres et adhérents sur cette question. »<sup>42</sup>

**Le schéma souhaité par la FFMKR donne une place prépondérante à l'analyse de la cohérence entre les différentes compétences et le programme de formation.**

---

<sup>42</sup> Rapport de l'université à l'emploi, Commission du débat national présidée par le Professeur HETZEL

---

# Conclusion

Intégration Universitaire de la Formation Initiale du Kinésithérapeute

**La Fédération souhaite appliquer une méthode qui priorise les moyens pour atteindre un objectif cohérent, et non un objectif socioconstructiviste sans fondement.**

« Le référentiel d'évaluation peut être un facteur renforçant essentiel pour engager l'institution éducative dans des changements de pratiques d'évaluation, d'enseignement et d'apprentissage en cohérence au concept de compétence véhiculé.

L'enjeu est de taille car il se situe non seulement dans la complexité même des dispositifs à créer, mais aussi dans le continuum qui devrait exister pour les professionnels de la santé entre l'évaluation de leurs propres compétences et celles des patients et des communautés. A partir du moment où le lien entre évaluation, formation et compétences est mieux cerné (schéma 4), le professionnel de la santé sera plus à même de développer des dispositifs pédagogiques adéquats dans le domaine de l'éducation thérapeutique du patient et celui de la prévention et de la promotion de la santé. En effet, l'objet de l'évaluation se situe principalement à trois niveaux :

- La formation initiale qui vise l'apprenant comme futur professionnel de la santé ;
- La formation continuée qui vise le professionnel de la santé ;
- L'éducation thérapeutique, l'éducation à la santé et la promotion de la santé qui visent le patient et la communauté. »<sup>43</sup>

**Les étudiants et les professionnels en exercice sont les éléments moteur de cette analyse constructive. Les opérateurs, c'est-à-dire les responsables de la formation, sont les liens qui permettent aux uns de devenir les autres.**

La lettre de mission de décembre 2006 précisait :

« En premier lieu, les formations dispensées doivent continuer à avoir une finalité professionnelle, les Diplômes d'Etat et les certificats dispensés au cours de ces formations attestent des compétences requises pour exercer un métier de la santé. »

**L'évaluation est le cœur de notre art. Pourquoi ne pas s'en servir pour définir les bases de cette réflexion collective. Il est impossible de décrire le résultat sans concertation réelle des objectifs attendus.**

**Cette pensée devrait ouvrir le champ des compétences acquises vers des compétences complémentaires de type universitaire en complément de compétences d'exercice professionnel.**

**La structuration dans le cursus LMD doit se faire en complémentarité avec l'aspect professionnalisant de notre métier. Les passerelles et le partage des compétences devront être étudiés plus finement en rapport avec la démographie.**

**Il s'agit de la structuration d'une démarche professionnelle qualitative prenant en compte la diversité des modalités d'exercices et des méthodes possibles.**

« L'agir compétent est indissociable de l'intelligence des situations, cette compréhension que les personnes ont des situations et du comment faire pour y être efficaces, soit en y adaptant ce qu'elles sont et leur déjà-là, soit en y construisant de nouvelles ressources. Au-delà de l'action, la conceptualisation est indispensable : « réfléchir sur son agir compétent, le mettre en mot et en parler hors de la situation ». A défaut l'apprentissage

<sup>43</sup> Formation, compétences et constructivisme : le référentiel d'évaluation, outil de cohérence dans les programmes de formation en santé, Florence Parent, Ecole de santé publique de l'ULB, juin 2007

reste instrumental et ne permet pas l'adaptation de ce qui est appris à d'autres situations. Ce qui est appris stagne alors dans une situation et ne pourrait être réutilisé que dans des situations strictement isomorphes à celles dans lesquelles les nouvelles ressources ont été apprises. Or, les chercheurs démontrent que cet isomorphisme des situations n'est qu'une illusion (Jonnaert 2004). L'intelligence des situations va bien au-delà du simple agir compétent qui risque de cantonner l'apprentissage scolaire à la dimension instrumentale du stricte traitement de situations. »<sup>44</sup>

Ce modèle démontre clairement que la conceptualisation est indissociable, elle doit par conséquent s'appliquer aux utilisateurs de la méthode à condition qu'ils deviennent des apprenants réfléchis. Par défaut, le risque serait de prioriser un procédé global (prisme normatif décontextualisé) qui nuirait à la démarche et aux acteurs concernés. C'est exactement ce qui se passe avec la ré ingénierie du diplôme de masseur kinésithérapeute et l'objectif du présent rapport est d'être un outil pédagogique visant à développer un programme de formation adéquate.

**Nous souhaitons une réforme innovante et prospective qui ne limite pas le Kinésithérapeute (l'ensemble de nos propositions concernant la ré ingénierie a toujours été dans ce sens) à un rôle passif du système.**

Les étudiants doivent être considérés comme de futurs exerçants responsables de leurs choix thérapeutiques et non comme des apprenants temporaires.

Nous souhaitons lutter contre l'inégalité d'accès à la formation de kinésithérapeute liée à une approche publique et privée avec les conséquences financières que cela entraîne.

Cette réforme de la formation initiale tant attendue par notre profession, doit être **un élément d'émancipation** et en aucun cas, réduire le Kinésithérapeute à un simple technicien. La pertinence de cette conception des programmes d'enseignement associera l'apprenant et l'exerçant.

« Enoncer une définition globale et incomplète du concept ne permet pas de construire quoi que ce soit de pertinent en éducation. »<sup>45</sup>

L'organisation du diplôme doit se faire autour des activités et des compétences auxquelles il prépare. C'est-à-dire, celles d'un praticien responsable au sein d'un système de Santé Publique en pleine mutation.

Si la volonté des tutelles s'associe à celle de la profession, nous réussissons l'intégration d'une profession de santé au processus d'intégration universitaire conformément aux rapports du Professeur THUILLEZ et du professeur BACH.

La généralisation de la première année commune avec PCEM1 qui permettra aussi de supprimer l'année blanche de préparation au concours, et son intégration au L1 santé qui permettra également de développer une Culture Santé dès la formation initiale pour favoriser l'interaction des missions professionnelles. Le L1 Santé est la réponse à l'intégration des kinésithérapeutes dans ce programme d'études.

De plus, il est temps d'étendre les **premières expériences qui datent de 1989, soit près de 20 ans.**

<sup>44</sup> La compétence comme organisateur des programmes de formation initiale revisitée, ou la nécessité de passer de ce concept à celui de « l'agir compétent », Philippe Jonnaert, Genève, Suisse, Bureau international d'éducation de l'UNESCO, septembre 2006

<sup>45</sup> La compétence comme organisateur des programmes de formation initiale revisitée, ou la nécessité de passer de ce concept à celui de « l'agir compétent », Philippe Jonnaert, Genève, Suisse, Bureau international d'éducation de l'UNESCO, septembre 2006

L'intégration de cette 1<sup>ère</sup> année dans le cursus d'Intégration Universitaire facilitant la démarche LMD conformément au processus de Bologne.

Cette réforme aurait un **coût relativement faible pour les comptes publics** puisque seulement 20 % des MK exercent en tant que salariés, contrairement à d'autres professions.

« Les masters, conditions d'excellence et de l'attractivité de notre enseignement supérieur et de sa reconnaissance internationale, expriment la spécificité des compétences des universités. Les dénominations nationales, qui en sont la traduction, doivent de ce fait être lisibles pour les étudiants, les partenaires professionnels et le monde scientifique, en France comme à l'étranger ...

47

En sus des principes généraux énoncés plus haut, je souhaite que les établissements s'attachent à réunir les conditions suivantes qui garantissent la qualité des cursus menant au diplôme national de master et la réussite des étudiants :

- 1. L'adossement aux résultats d'une recherche scientifique et technologique de haut niveau, au travers de l'équipe pédagogique, est un élément essentiel dans l'évaluation de tout master.
- 2. Le master est une formation organisée en quatre semestres débouchant, soit sur une insertion professionnelle, soit sur une entrée en formation doctorale. Son organisation pédagogique doit contribuer à l'orientation progressive des étudiants, notamment par le développement de cursus offrant cette double finalité ou par la mutualisation, au sein d'une mention, des enseignements des premiers semestres, pouvant aller jusqu'à la constitution d'un tronc commun permettant des passerelles et la possibilité d'accès à chacune des spécialités. Elle doit permettre la définition du projet professionnel des étudiants, leur accompagnement au sein des parcours cohérents et d'une préparation à l'insertion professionnelle. Dans l'éventualité de débouchés professionnels avérés à l'issue des deux premiers semestres, les établissements peuvent délivrer, à ce niveau, le diplôme intermédiaire dont l'intitulé est celui de la mention du master correspondant.
- 3. L'importance du lien entre la formation et les métiers nécessite une professionnalisation accrue des diplômes, grâce à un partenariat renforcé avec le monde professionnel dans la conception de la formation, l'offre de stages, la participation aux enseignements et le suivi de l'insertion professionnelle des étudiants. »<sup>46</sup>

**Cette définition du niveau de sortie résume parfaitement les propositions de la Fédération et les attendu légitime d'une profession aux responsabilités reconnues.**

**« Le temps passé en temps pensé est un bien précieux gagné pour l'avenir. »<sup>47</sup>**

---

<sup>46</sup> Circulaire Habilitation du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, septembre 2007

<sup>47</sup> DM 2003

---

# Références utilisées

Intégration Universitaire de la Formation Initiale du Kinésithérapeute

- Analyse de la Conférence des Doyens des Facultés de Médecine de France du rapport du Professeur MATILLON sur les compétences professionnelles médicales lors du séminaire de restitution du rapport juillet 2006
- Analyse et commentaires de la Conférence des Doyens des Facultés de Médecine de France suite au Rapport " Ethique et professions de santé" - Mai 2003
- Circulaire Habilitation du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche - septembre 2007
- Compte rendu de la réunion de ré ingénierie du 16 janvier 2009, Marie Ange COUDRAY, DHOS
- Collège national des généralistes enseignants - Les compétences du médecin généraliste - Groupe de travail Certification - 2005
- Commission de réflexion « Ethique et Professions de Santé » - initiée par Monsieur le Ministre de la Santé de la Famille et des Personnes Handicapées
- Conseil national de l'ordre des médecins - Qualité de l'exercice professionnel - compétence et déontologie vers un système intégré de la gestion de la compétence des médecins. Paris 2000
- Description of physiotherapy in Canada 200 and beyond - Canadian Physiotherapy Association - 2000
- Formation, compétences et constructivisme - le référentiel d'évaluation, outil de cohérence dans les programmes de formation en santé - Florence Parent - Ecole de santé publique de l'ULB - Juin 2007
- La compétence comme organisateur des programmes de formation initiale revisitée, ou la nécessité de passer de ce concept à celui de « l'agir compétent » - Philippe Jonnaert - Genève, Suisse, Bureau international d'éducation de l'UNESCO - Septembre 2006
- La déclinaison des diplômes LMD en compétences et la présentation de l'annexe descriptive 24 séminaire AMUE – Mardi 6 juillet 2004
- L'éthique en chemin - Cécile BOLLY - Véronique GRANDJEAN avec Michel VANHAEKEWYN et Serge VIDAL– WEYRICH Edition 2004
- Lettre de mission de Monsieur Xavier BERTRAND - Ministre de la Santé et des Solidarités et Monsieur François GOULARD - Ministre Délégué à l'Enseignement Supérieur et à la Recherche, décembre 2006
- Rapport IGAS, IGAENR, Evaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales - Septembre 2008
- Rapport du Professeur BACH - « réflexion et propositions » - 2008
- Rapport de la Commission de Concertation sur les missions de l'Hôpital, présidée par M. Gérard LARCHER 2008
- Rapport final DM - Echanges de Groupe et Dynamique Evaluative FFMKR GEQ - 2008
- Rapport de l'université à l'emploi, Commission du débat national présidée par le Professeur HETZEL
- Rapport FFMKR - Nouvelles formes de coopération entre Professionnels de Santé - Janvier 2008
- Rapport du Professeur MATILLON - Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles médicales - 2005
- Rapport du Ministre délégué à l'Enseignement Supérieur et à la Recherche- François GOULARD
- Rapport du Professeur THUILLEZ - Commission sur l'intégration des professions médicales et pharmaceutiques au cursus LMD - Juillet 2006
- WCPT - Education Policy Statement, Chypre - Education Policy Statement - Mai 2004