



FFMKR & UNION

Réflexion concernant La Réforme des Etudes

Décembre 2008

Préambule	3
1. Réforme de la Formation Initiale et PCEM 1	4
1.1. Particularité de la Formation de Masseur Kinésithérapeute.....	4
1.2.Admission au Concours	4
1.3. Vers une réforme	6
1.4. Passerelles.....	6
2. Réforme du Parcours Clinique	9
2.1. Conditions	9
2.2. Parcours clinique.....	10
3. Conclusion	12

Préambule :

Le Kinésithérapeute est un professionnel capable de gérer un suivi à la fois **thérapeutique, préventif et éducatif**. Ses connaissances dans ces différents domaines permettent de valoriser une ou plusieurs actions.

Le kinésithérapeute, professionnel de santé, par son approche singulière et spécifique évalue et accompagne l'individu dans son projet de santé. Il puise dans ses savoirs pluriréférenciels les éléments qui lui permettent, avec le patient de construire un programme adapté, qui se réajuste et se régule en permanence au cours de ses traitements. Il porte ainsi la responsabilité entière de son intervention.

De nombreuses thématiques nécessitent que la profession développe la connaissance et la reconnaissance de ses diverses compétences.

Ces savoirs doivent s'appuyer sur deux éléments : l'un correspondant à la profession et l'autre au mode d'exercice, les deux étant bien sûr indissociables.

La réflexion engagée en juin 2008 doit prendre en compte ces éléments pour créer une réforme pertinente **de la formation Initiale**. C'est-à-dire qu'il faut réaliser un processus d'intégration lisible (méthodologie, crédibilité, habilitation...) et accessible à l'ensemble des futurs Kinésithérapeutes.

Ces différents fondements nécessitent une **obligation de connaissance** des uns et des autres, ce qui à l'heure actuelle est très difficile. Il faut donc que la réforme des études soit le reflet d'une volonté d'ouverture au dialogue de compétences et de missions respectées. Plus qu'un défi, c'est un enjeu de Santé Publique.

La réforme doit avoir une portée plus large que la simple réorganisation d'un cadrage léguant un savoir-faire. Le questionnement nécessaire à cette mutation profonde vise à prendre en compte la faisabilité d'un élargissement de l'apprentissage des savoirs en vue d'une adaptation croisée des qualités professionnelles et collectives.

Ainsi les travaux entrepris lors de la ré ingénierie devront permettre d'analyser les références qui concernent les acquis de l'apprentissage qui s'expriment en terme de niveau de compétences, compétences qui sont elles mêmes une combinaison dynamique des aptitudes cognitives, du savoir et de la compréhension, des aptitudes relationnelles, intellectuelles, pratiques et éthiques.

Les missions de Santé Publique ayant toujours une obligation de moyens pour s'orienter vers un devoir de résultat, il est nécessaire de mieux développer les possibilités de chacun et de mettre en conformité nos études avec un cursus novateur conservant son caractère professionnalisant et en conformité avec les exigences Européennes.

La réforme du stage clinique doit s'intégrer dans un processus global de réforme de la formation initiale.

1. Réforme de la Formation Initiale et PCEM1

1.1. Particularité de la formation de Masseur Kinésithérapeute (MK)

La profession de Masseur Kinésithérapeute a la particularité d'avoir une première année de sélection qui s'effectue de trois manières différentes :

- **Soit par la sélection en PCEM (actuellement 60% des IFMK représentant 66% des étudiants sont des sites dits expérimentaux)**
- **Soit par la sélection par le concours dans des écoles privées ;**
- **Soit par le cursus des études effectuées en Belgique.**

L'arrêté du 23 décembre 1987 modifié fixe les conditions d'accès des candidats aux études conduisant au Diplôme d'Etat de Masseur Kinésithérapeute, les modalités d'admission et la nature des épreuves : *La formation est ouverte aux bacheliers après un examen basé sur les épreuves de biologie, chimie et physique de 1^{ère} et de T. S. Il a lieu fin mars – début avril sous le contrôle de la DRASS. Actuellement, le concours d'entrée ne représente pas une sélection qualitative des étudiants et encore moins une sélection par orientation volontaire et ciblée.*

La réponse de la Ministre de l'enseignement supérieur lors du débat l'Assemblée Nationale précédent le vote sur la création du L1 Santé n'a pas éclairci cette situation inégale pour les étudiants en première année de kinésithérapie en ne décidant pas d'intégrer de façon unitaire l'ensemble des étudiants par le PCEM1.

1.2. Admission par concours

13 IFMK sur 37 sont concernés par ce mode de sélection. Quota de 802 étudiants pour 20644 inscriptions au concours. Pour 742 candidats admis, 99 % possèdent un Bac Scientifique et pour 522 étudiants admis, 74, 6 % d'entre eux ont passé entre 7 et 12 concours.

L'année de préparation au concours n'apporte aucune connaissance en santé et ne permet pas l'initiation indispensable à une culture de santé commune aux professions médicales et paramédicales.

Coût de la rentrée pour la préparation au concours (Physiques Chimie Bio) 2007 (KA n° 1303.08)

	PARIS	PROVINCE
Total Frais Exceptionnels de Rentrée (1)	4 916,00 €	4 592,00 €

(1) Incluant le coût moyen d'un concours à savoir de 120 euros auquel il faut ajouter, une somme moyenne de 40 euros correspondant aux courriers envoyés. La plupart des postulants passent entre 6 et 11 concours (7 en moyenne). Soit un coût moyen de 840 €, sans compter les frais de déplacement.

Admission à l'issue d'une première année universitaire (PCEM) : Orientation majoritaire mais toujours dérogatoire

21 IFMK sur 37 sont concernés par ce mode de sélection. Pourtant il s'agit de l'exception très satisfaisante notamment du fait du tronc commun comme l'a souligné une évaluation de l'IGAS.

Ce type d'admission concerne un quota de 755 pour 6080 candidats

Coût de la rentrée universitaire 2007 pour un étudiant en PCEM1 (KA n° 1102 du 13.03.08)

	PARIS	PROVINCE
Total Frais de Rentrée (2)	1745,57 €	1421,57 €

(2) Le fait que l'étudiant soit boursier ou non boursier, n'a pas été pris en compte dans ce calcul. De même, le coût d'une préparation privée au PCEM1 n'a pas été pris en compte dans la mesure où le tutorat préconisé par le rapport Bach apparaît comme suffisant à la FNEK.

+ Pourquoi l'exception PCEM 1 ?

Ce fonctionnement dérogatoire fait suite aux Etats Généraux de la Santé de 1987. Cette année permet aux étudiants d'acquérir des savoirs fondamentaux scientifiques et d'y intégrer une partie de l'enseignement de première année.

La formation dure 3 ans et aboutit à la délivrance d'un Diplôme d'Etat (constitué d'une mise en situation professionnelle, de la soutenance d'un travail écrit auxquelles s'ajoute la note des contrôles continus de troisième année obtenue par validation modulaire), délivré par le Préfet de région.

Le nouveau diplômé peut ensuite exercer en libéral, en salariat ou de manière mixte.

1.3. Vers une réforme

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.

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 les 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. »

1.4. Passerelles

Cette notion est à définir avec beaucoup de précautions.

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

Créer 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. Pour envisager cette passerelle, il sera indispensable que le professionnel concerné ait obtenu son diplôme d'exercice, validé un niveau Master et qu'il ait 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 devrait permettre in fine la mise en place d'une évaluation qualitative collective, d'un travail pluri-professionnel autour d'un patient

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 réflexions 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.

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.

Le kinésithérapeute, de part le large spectre que couvre son exercice, est en confrontation avec l'ensemble des pathologies issues de la médecine. Il agit fréquemment sur le terrain comme un coordinateur spontané partageant ses compétences dans un espace coordonné à responsabilités partagées. Il devra à l'avenir acquérir des connaissances et des compétences supplémentaires dès sa formation initiale afin de devenir un coordinateur de plein exercice pour garantir et optimiser l'efficacité de son action.

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 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.

Le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche sera le garant de la formation, 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 conduisant au certificat de moniteur cadre, le statut actuel de cadre de santé n'est pas adapté. Beaucoup de directeurs d'Instituts 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 tronc communs et des particularités qui pourraient être déclinées en modules d'enseignements divers.

2. Réforme du Parcours Clinique

2. 1. Conditions :

Pour ces différentes raisons :

- Cette réflexion sur le stage clinique ne remet pas en question notre volonté de généraliser le PCEM 1. Développer le PCEM1 en intégrant la kinésithérapie au L1 santé permettra de développer une Culture Santé dès la formation initiale pour favoriser l'interaction des missions professionnelles. Cette année (PCEM 1) permet aux étudiants d'acquérir des savoirs fondamentaux scientifiques et d'y intégrer une partie de l'enseignement de première année.
- Les modifications doivent être réalisées à l'échelle nationale, le DE doit conserver une validité identique sur l'ensemble du territoire ;
- Créer un cadrage national cohérent sur l'ensemble du territoire (y compris pour les contrats liant les IFMK aux maîtres de stages libéraux) ;
- La plupart des Masseurs Kinésithérapeutes libéraux étant conventionnés, il sera nécessaire de prévoir avec l'Assurance Maladie une modification par Avenant pour permettre l'exercice de la profession par des étudiants sans risque sanitaire, juridique ou financier ;
- Il est nécessaire de prévoir une formation/ information pour les maîtres de stage libéraux ;
- Il est nécessaire de prévoir une assurance complémentaire gérée par les IFMK pour éviter d'avoir des maîtres de stages libéraux en difficulté ;
- La mise en place prochaine des ARS ne devra pas modifier le cadrage national au bénéfice des besoins régionaux au détriment de l'identité professionnelle. Le développement des stages cliniques ne doit pas être une solution détournée pour résoudre les problèmes de démographie. Il doit par contre contribuer à orienter le futur exerçant par un meilleur accès aux situations professionnelles.
- La réflexion engagée ne doit pas aboutir rapidement à un cadrage restrictif. Il nous faut prendre les différentes modalités proposées, les expériences existantes. Cette mutualisation réfléchie garantira le résultat.

2. 2. 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.»¹

En attendant d'obtenir une Ré ingénierie pertinente, conformément aux attentes de la Fédération et de l'Union, les stages cliniques doivent rester incorporés avec les cours théoriques. C'est-à-dire 6 stages temps plein de 1mois 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),

¹ ADERF 2008

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.

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.

3. Conclusion :

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 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.

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 réussirons 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.

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

L'intégration de cette 1^{ère} 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.

La profession est également impliquée au sein de la WCPT².

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

² World Confederation for Physical Therapy

niveau d'exercice étant ensuite compatible avec un accès vers l'enseignement ou la recherche.

La FFMKR et l'UNION seront très attentifs à 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.