



IFMK de la Réunion

**MEMOIRE REALISE EN VUE DE L'OBTENTION DU
DIPLOME D'ETAT DE MASSEUR-
KINESITHERAPEUTE.
2024**

Comment les masseurs -kinésithérapeutes vogueront ils dans l'océan de demain ?

Étude prospective du métier de masseur-kinésithérapeute
De nouvelles perspectives d'avenirs

*« On dit que le temps change les choses, mais en fait le temps ne fait que
passer et nous devons changer les choses nous-mêmes » Andy Warhol*

ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE NON PLAGIAT

Je soussigné(e)LAGAISSE MAEVA..... déclare sur l'honneur que ce mémoire est le fruit d'un travail personnel et que je n'ai ni contrefait, ni falsifié, ni copié tout ou partie de l'œuvre d'autrui afin de la faire passer pour mienne.

Toutes les sources d'information utilisées (supports papiers, audiovisuels et numériques) et les citations d'auteur ont été mentionnées conformément aux usages en vigueur.

Je suis conscient(e) que le fait de ne pas citer une source ou de ne pas la citer clairement et complètement est constitutif de plagiat, que le plagiat est considéré comme une faute grave au sein de l'Université et qu'il peut être sévèrement sanctionné.

Date et signature de l'étudiant :



Le 17.05.24

Règlement intérieur de l'Université de la Réunion (tel que validé par le Conseil d'Administration en date du 11 décembre 2014)

Article 9 : «Protection de la propriété intellectuelle : Faux et usage de faux, contrefaçon, plagiat »

« Le plagiat est constitué par la copie, totale ou partielle d'un travail réalisé par autrui, lorsque la source empruntée n'est pas citée, quel que soit le moyen utilisé. Le plagiat constitue une violation du droit d'auteur (au sens des articles L 335-2 et L 335-3 du code de la propriété intellectuelle). Il peut être assimilé à un délit de contrefaçon. C'est aussi une faute disciplinaire, susceptible d'entraîner une sanction.

Les sources et les références utilisées dans le cadre des travaux (préparations, devoirs, mémoires, thèses, rapports de stage...) doivent être clairement citées. Des citations intégrales peuvent figurer dans les documents rendus, si elles sont assorties de leur référence (nom d'auteur, publication, date, éditeur...) et identifiées comme telles par des guillemets ou des italiques.

Les délits de contrefaçon, de plagiat et d'usage de faux peuvent donner lieu à une sanction disciplinaire indépendante de la mise en œuvre de poursuites pénales. »

Remerciements

Tout d'abord je tiens à remercier mon directeur de mémoire, NIVOIT Bruno, qui a réussi à m'aiguillée dans cette aventure et ce, jusqu'au dernier instant.

Son écoute et ses encouragements m'ont aidée à progresser et à atteindre mes objectifs.

Je souhaite également remercier l'équipe pédagogique de l'IFMK de la Réunion. Leurs enseignements rigoureux ont enrichi ma réflexivité. Vos enseignements innovants nous poussent chaque jour à devenir les kinés de demain ! Merci à mathieu LOTHORE de m'avoir écoutée et supporté mes blagues durant ces années.

Un grand merci à tous ceux qui m'ont soutenue et accompagnée durant ces années de reconversion. Les débuts ont été houleux et vous avez toujours été là. Je pense tout particulièrement à adèle, manue et audrey. A quand la prochaine virée ?

A charlotte, pour tous ces repas partagés ensemble et ton soutien tout au long de cette formation. L'année prochaine, c'est à ton tour !

Un grand BIG UP aux copains du surf et tout particulièrement aux « insolites », les vrais, les purs ! Un grand merci à vous Nico, Fred, Auré pour tout ce soutient lors de ces derniers mois A tous nos fous rire insolites sur l'eau! Be careful I'm back on the wave!

Un immense merci à ceux qui ont contribué à la relecture critique de ce travail de recherche.

Vous m'avez apporté le recul nécessaire pour que ce mémoire puisse être compris par tous (enfin, j'espère !).

J'aimerais également remercier toutes les personnes ayant répondu « présentes » pour réaliser cette recherche. Vous vous êtes montrés disponibles et réactives dans nos échanges et ce travail n'aurait pu aboutir sans votre richesse.

Enfin, comment ne pas remercier mon « patou ». Contrairement à tous ceux qui m'ont accompagnée, tu as vécu l'autre partie : les colères parce que je ne pouvais plus surfer, le découragement et les insomnies dans mes moments d'incertitude et de panique. Il y a cinq ans, tu as accepté de m'accompagner dans ce projet. Sans toi, je n'aurais pu ouvrir ce nouveau chapitre de ma vie ! Une nouvelle vie nous attend, le lion va pouvoir sortir de sa cage !

Enfin, merci à vous lecteurs, lectrices qui prendrez le temps de lire ce travail ! Qu'il puisse éclairer vos visions !

ABSTRACT

Since the 2000s, the profession of physiotherapy has been evolving towards gradual autonomy. At the same time, the healthcare system is experiencing both an economic crisis and a insufficient of healthcare services, necessitating a redefinition of the roles of healthcare professionals. Physiotherapy occupies an important place in the French healthcare system. It is therefore logical that the evolution of physiotherapy profession should accompany the metamorphosis of this system. This led me to ask myself this research question :

"How will the profession of masseur-physiotherapist evolve by 2040 ?"

Research objective : The main objective of this research is to study the internal and external developments likely to influence the evolution of the profession between now and 2040. The aim is to inform and help physiotherapists anticipate these changes.

Aim of study A "professionnal foresight" methodology was used to carry out this research. Twelve semi-structured interviews were conducted with experts recruited according to the inclusion criteria. Manual transcription of these interviews allowed a qualitative analysis to be carried out vertically and then horizontally. Emerging themes were used to draw up a "prospective" survey questionnaire, administered to the group of experts (n=8) and then distributed in the same way to independent physiotherapists (n=24). The consensus of agreements from this questionnaire, correlated with the qualitative analysis of the interviews, enabled the construction of prospective trend scenarios.

Results : The results highlighted three main themes: the need to enhance the value of the profession, the impact of public health policies on the profession, and a necessary and inevitable mutation for physiotherapy 2.0. They highlight the usefulness of redefining the role of physiotherapists, engaged in collaborative practice. These developments should encourage physiotherapists to engage in a "communication" process to defend the recognition of their profession at the heart of the French healthcare system.

Discussion : Developments in the profession of physiotherapist are envisaged in 3 prospective trend scenarios. The evolution of the physiotherapy profession will prospectively include a technical axis linked to initial training, a technological axis related to a 2.0 physiotherapy practice and finally a political axis linked to the engagement of physiotherapist.

Key words : *healthcare system, professional foresight, developments, coordination, collaboration, communication, physiotherapis*

Liste des abréviations :

AM : l'Assurance Maladie

APL : indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée

ARS : Agence Régionale de Santé

BPS : Bio-Psycho-Social

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

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

CNS : Conférence Nationale de Santé

CNRTL : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

CSBM : Consommation de Soins et de Biens Médicaux

CSP : Code de la Santé Publique

DE : Diplômé d'État

DRESS : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

HAS : Haute Autorité de Santé

HCAAM : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

HCSP : Haut Conseil de Santé Publique

IA : Intelligence Artificielle

IFMK : Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé

MK : Masso-Kinésithérapie, Masseur-Kinésithérapeute ; Masso-Kinésithérapique

MKDE : Masseur-Kinésithérapeute Diplômé D'État

MSSanté : Messagerie Sécurisée de Santé

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

NIHCM : National Institute for Health Care Management

NTIC : Nouvelles technologies de l'Information et de la Communication

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEC : Prise En Charge

RSN : Réseaux Sociaux Numériques

SNS : Stratégie Nationale de Santé

SS : Sécurité Sociale

TIC : Technologies de l'information et de la communication

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
I. QUESTIONNEMENT PROFESSIONNEL	2
1. Contextualisation : un constat général d'évolution.....	2
2. Décontextualisation : télésoin et pratique clinique	3
3. Recontextualisation : une évolution de la pratique dans un système de santé en mutation	4
II. THEORISATION DES CONCEPTS.....	6
1. Le métier de masseur-kinésithérapeute.....	6
1.1 L'évolution du métier de masseur-kinésithérapeute : vers une autonomisation	7
1.2 La répartition démographique des masseur-kinésithérapeutes en France : une inégalité dans l'offre de soins.....	8
1.3 Les caractéristiques de la pratique des masseurs-kinésithérapeutes : de nombreux champs d'interventions et une pratique libérale majoritaire	9
2. Le système de santé	10
2.1 L'organisation du système de santé en France : 3 grands sous-systèmes	11
2.2 Organisation des structures ambulatoires dans le système de santé : des dépenses à restructurer.....	13
2.3 Les enjeux du système de santé : vers une restructuration des parcours de soins...	14
3. Les tendances	16
3.1 Les tendances du système de santé : parcours de soins et autonomisation	16
3.2 Les tendances démographiques vieillissement de la population, évolution exponentielle des professionnels MK	17
3.3 Les tendances sociétales : pathologies chroniques, patient expert de sa santé, un équilibre entre vie professionnelle et personnelle	19
3.4 Les tendances technologiques : e-santé et intégration dans la pratique MK.....	21
3.5 Les tendances de la pratique clinique des masseurs-kinésithérapeutes : vers un travail en collaboration	23
III. QUESTION DE RECHERCHE	25
IV. METHODOLOGIE DE RECHERCHE	26

1. Choix de la méthode de recherche : une méthodologie prospective.....	28
2. Description de la population des « experts » aux profils variés	28
3. Présentation générale de la méthode prospective « métier » : 5 étapes	30
3.1 Description de l’appréhension contextuelle : entretiens semi-directifs et guide d’entretiens	31
3.2 Description de la 1ère phase de la pré-formulation : une analyse thématique des données.	32
3.3 Description de la 2e phase de la pré-formulation : l’élaboration du questionnaire d’enquête	33
3.4 Description de la construction : une recherche de consensus	34
3.5 Description de la validation : mise en œuvre des scénarii	35
V. PRESENTATION DES RESULTATS BRUTS	36
1. Description de l’échantillon interrogé : 12 entretiens semi-directifs réalisés.....	36
2. Analyse des résultats bruts : 1ère phase de l’étape pré-formulation... ..	37
2.1 La kinésithérapie : un pilier de santé publique à valoriser	38
2.2 L’impact des politiques de santé publique sur la profession.....	39
2.3 Une mutation nécessaire et inévitable pour une kinésithérapie 2.0	43
VI. INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS	55
1. Interprétation des résultats des « entretiens semi-directifs » : étape 4 « construction » de la méthode P.M.....	55
1.1 La kinésithérapie : un pilier de santé publique à valoriser	55
1.2 Une mutation nécessaire et inévitable pour une kinésithérapie 2.0	57
1.3 L’impact des politiques de santé publique sur la profession.....	60
2. Interprétation des résultats issus du questionnaire d’enquête prospectif : étape 4 « construction » de la méthode P.M	61
2.1 Thème 1 : La restructuration du système de santé et leurs impacts possible sur la profession	64
2.2 Thème 2 : Demain, le profil du kinésithérapeute	66
2.3 Thème 3 : Demain, la pratique de la kinésithérapie	70
3. Les scénarii : étape 5 « validation » de la méthode P.M.....	72
3.1 SCENARIO 1 : La reconnaissance du métier de kinésithérapeute	75
3.2 SCENARIO 2 : L’évolution d’une kinésithérapie 2.0	76

3.3 SCENARIO 3 : L'émergence d'une nouvelle profession	77
4. Critique du dispositif de recherche : de nombreuses limites identifiées.....	78
4.1 La validité interne ou crédibilité de l'étude	78
4.2 La validité externe ou transférabilité de l'étude.....	78
4.3 La fiabilité de l'étude	79
4.4 La confirmabilité de l'étude	79
VII. INTERETS ET PERSPECTIVES DE RECHERCHE	81
1. Intérêts de l'étude.....	81
2. Perspectives de recherche	82
VIII. CONCLUSION DE LA RECHERCHE	82
1. Réponse à la question de recherche	82
2. Perspectives scientifiques	83
3. Perspectives professionnelles.....	83
IX. CONCLUSION GENERALE.....	84

INTRODUCTION

Le monde change, il devient différent : alors que les conflits internationaux éclatent, les échanges d'informations se multiplient à un rythme effréné au sein des réseaux de communication devenus omniprésents dans la société actuelle. Ce changement sociétal s'accompagne d'une évolution des besoins de santé de la population. Le vieillissement et la prévalence croissante des maladies chroniques entraînent une augmentation des coûts de santé. Cela représente un retentissement significatif pour notre système de santé nécessitant une **restructuration** majeure. Face à ces défis, les directives du plan stratégique national de santé « **ma santé 2022** »¹ ont mis l'accent sur la **prévention** et l'amélioration de l'**accessibilité aux soins**. Cette transition vers une approche davantage centrée sur le patient promet une révolution culturelle dans les métiers de la santé. Désormais, la **collaboration interprofessionnelle** apparaît comme « essentielle » (HAS,2019). Cette approche met en avant la nécessité d'une **coordination** efficace entre les différents acteurs de santé pour garantir une offre de soins globale et de qualité (DRESS,2022). Ainsi, l'avènement des **Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC)** ouvre de nouvelles perspectives pour **améliorer la prise en charge et répondre aux besoins** des patients. Par ailleurs, dans le cadre de la loi de **modernisation du système de santé** de 2016², les expérimentations en accès direct et l'introduction des pratiques avancées pour les kinésithérapeutes reflète une **adaptation** nécessaire de la profession aux besoins changeants de la société et du système de santé. Bien que la kinésithérapie ait connue une avancée dans la prise en charge des patients lors de la pandémie liée à la covid-19, ce contexte d'évolution dessinant la morphologie du 21e siècle appelle à s'interroger sur les **mutations** de la **profession de Masseur-Kinésithérapeute (MK)**. Dans un monde en quête de sens, la **prospective** émerge comme une méthode fondamentale pour explorer les futures évolutions du métier de MK. Comme le soulignait Jacques Attali dans son ouvrage « une brève histoire de l'avenir » (2006) : « *anticiper pour éviter de subir* ». Il est donc nécessaire de prendre du recul et d'éloigner l'horizon. Ainsi, à travers ce mémoire, je vous invite à embarquer à bord de mon navire pour entreprendre un voyage vers **l'horizon 2040**, une perspective à la fois lointaine, permettant une vision différente, et suffisamment proche pour que vous lecteurs, puissiez la contempler.

1 « Ma santé 2022 » et la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé n°2019-774 du 24 juillet 2019 (DRESS,2022)

2 REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (Journal Officiel de la République Française, 21 novembre 2016)

I. QUESTIONNEMENT PROFESSIONNEL

1. Contextualisation

De nos jours, les plateformes tels que Facebook®, Instagram®, Youtube® etc. sont des outils de communication et de divertissement devenus incontournables dans notre société. Cette obsession d'utilisation à ces **Réseaux Sociaux Numériques (RSN)** ne fait pas partie de mon univers et c'est seulement lors de mon entrée à l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie (IFMK) que j'ai pris conscience de l'attrait des étudiants pour ces RSN et ce, notamment dans le domaine de la kinésithérapie. Durant ma formation, j'ai donc rejoint le jeu en explorant les contenus proposés par les influenceurs Masseur-Kinésithérapeute Diplômé d'État (MKDE) (@majormouvement, @monsieurclavicule, @hemtonkine etc.). Au cours de mes stages cliniques, j'ai pu observer une **évolution des attitudes et des attentes des patients** influencées par les informations accessibles sur les RSN. Il n'était pas rare que les patients me mentionnent avoir réalisé des exercices et/ou des étirements proposés par des MKDE sur les plateformes (Instagram®, Youtube®) et qu'ils me demandent mon avis à ce sujet.

Mais c'est lors de mon stage en Master 1 que j'ai été confrontée à une réalité inattendue : la Prise En Charge (PEC) à distance des patients. Non formée à ce type de pratique lors de ma formation, cette situation m'a perturbée. De nombreuses questions ont émergées quant à l'adaptation de ma pratique professionnelle.

Fin 2022, une météorite frappe notre société : le 20 Novembre 2022, ChatGPT3 arrive sur le marché et provoque un véritable « bigbang » sociétal. Dans les cadres des politiques anti-plagiat et d'honnêteté intellectuelle, les équipes pédagogiques de notre institut de formation n'ont pas échappé à ce phénomène quant à la remise en question de la notation de ce travail.

Depuis, l'Intelligence Artificielle (IA) est omniprésente dans les médias et nombreux sont les articles parus (Figure 1) :

³ Chat Generative Pre-trained Transformer est basé sur des langage d'OpenAI GPT-4. Cette IA est capable de générer du contenu écrit et spécialisé dans le dialogue (Laurent,2023)



Figure 1 : Différents articles traitant de l'Intelligence artificielle

- Le point (18 mai 2023)
- Les Echos (4 octobre 2018)
- Pour la science n° 115 (mai 2023)

Ainsi, cette tendance et le constat général qui s'est dégagée de mes stages cliniques tout au long de mes quatre années de formation me donne le sentiment que le métier pour lequel je viens d'être formé connaîtra lui aussi un certain changement. Les compétences acquises à la fin de ma formation seront-elles en adéquation avec les attentes et les besoins des patients ?

2. Décontextualisation

Le 17 mars 2020, la France n'échappe pas à la pandémie de la covid-19 : le gouvernement Français place la population en confinement et les cabinets de kinésithérapie doivent fermés. Cependant, il est nécessaire d'assurer la continuité des soins pour les patients atteints de maladie chronique (HAS,2020). Conformément à l'arrêté du 16 avril 2020 (JORF,2020), le télésoin connaît ses débuts en France et les MK connaissent un changement dans leur Prise En Charge (PEC) « classique » par l'alternative d'une vidéotransmission (CNOMK,2020). Cette PEC est remboursée par la Sécurité Sociale (SS) et les actes entrant dans le cadre de cette pratique sont décrits en Annexe I (JORF,2020).

Lors des séances, le MK est autorisé a utilisé diverses plateformes telles que WhatsApp®, FaceTime® ou Zoom® (CNOMK,2020). Au préalable, il doit avoir vu le patient au moins une fois en présentiel et ne peut pas réaliser de bilan intermédiaires (CNOMK,2020). Le télésoin n'est pas adapté à tous les patients et il semble indispensable d'avoir recours à une première consultation avec le MK pour une PEC efficace à distance (Kaur et al.,2004). Même si la télésoin a été prouver à travers une revue systémique de littérature sur 28 études (Kairy,2010).

En France, plusieurs obstacles se sont présentés lors de sa mise en œuvre. D'une part, ils incluent le manque de compréhension, de connaissance ou encore des problèmes de connexion (Pearson et al.,2016 ; Moffet et al.,2017). D'autre part, des défis liés à la représentation des MK dans leur profession (Roquet et al.,2016) et la création d'une relation thérapeutique à distance (Moffet et al.,2017).

Malgré ces limitations, cette approche présente plusieurs avantages. Elle contribue à **réduire les dépenses de santé générales** (Ministère des Affaires sociales et de la santé, 2020), ce qui est également avantageux pour le patient grâce à la **diminution des frais de déplacement** (Tousignant et al.,2015). De plus, elle améliore **l'accessibilité aux soins** pour les patients résidants dans des **régions « sous-dotées »**, ou pour ceux ne pouvant juste pas se déplacer (Tuason & ho,2015 ; cottrel et al.,2017). Enfin, elle favorise **l'autonomisation** et la **responsabilisation** en permettant aux patients d'acquérir de **nouvelles connaissances** sur leur santé et en les **impliquant activement** dans leur PEC. Ce dernier aspect s'inscrit dans le cadre de l'éducation thérapeutique (Salmon & hall,2013 ; Eriksson, lindström & Ekenberg,2011).

Cette nouvelle approche thérapeutique fait partie des « **technologies du numérique** » (Commission européenne,2009) et fait référence à « **l'application des Technologies de l'information et de la communication (TIC)** dans tous les domaines d'activités liés à la santé » (Commission européenne,2009). Depuis le 3 juin 2021⁴, elle est incluse dans les « outils » thérapeutique des MK (JORF,2021). Le MK est chargé d'évaluer la pertinence de chaque séance (CNOMK,2020). Il est également responsable de garantir le respect du secret professionnel, la traçabilité des actes (dossier médical partagé, suivi des séances, etc.) et la sécurisation des données médicales (JORF,2021). Actuellement, les politiques de santé gouvernementales portent un intérêt croissant aux NTIC en santé en raison de leurs perspectives sanitaires, économiques et sociétales permettant de répondre aux défis de l'offre de soins (Commission européenne,2009). La **santé numérique** risque donc de trouver progressivement sa place dans la pratique MK.

3. Recontextualisation

En 2021, **95%** des Français indiquent utiliser quotidiennement leur **smartphone**. (INSEE,2021). Aujourd'hui, environ **40%** des Français déclarent **surveiller quotidiennement** leur santé (sommeil, poids...) en utilisant des objets connectés (INSEE,2021). Ainsi, la

⁴ Décret n°2021-707 du 3 juin 2021 relatif à la télésanté et arrêté du 3 juin 2021 définissant les activités du télésoin s'inscrivent dans le code de la santé publique Art R.6316-1

technologie offre des solutions via les objets connectés (montre, tensiomètre...) aux smartphones (INSEE,2021). Le développement des objets connectés favorise le développement d'une **kinésithérapie participative** où le patient devient un acteur de son traitement (Guy,2014). Ainsi, une nouvelle ère se profile grâce au **développement des NTIC** qui se sont massivement imposées dans le quotidien des français.

Par ailleurs, le **système de santé français** est confronté à des défis majeurs tels que, les **déserts médicaux** et **l'accessibilité aux soins** pour tous (Frelaut,2018). Pour y remédier, le gouvernement a lancé le **plan e-santé 2020⁵** (Ministères des Affaires sociales et de la santé,2016), visant à **moderniser le système de santé français** (ministères des affaires sociales et de la santé,2020). Leur **objectif** : « *accompagner les acteurs du système de santé dans le numérique* » (Ministères des affaires sociales et de la santé,2020).

Ces mesures énoncées ont été renforcées et consolidées dans la conclusion du **Ségur de la Santé** (Ministère du travail et de la santé et des solidarités,2021). Afin d'optimiser l'accès et la qualité des soins pour tous, l'attention est portée sur la **télésanté** et **l'exercice coordonné** (Ministère du travail et de la santé et des solidarités,2021).

« *L'avenir de la santé passe par la santé numérique et deviendra incontournable* » (Grandemange, 2020). Ces nouvelles technologies contribueront aux changements du système de santé et à l'offre de soin (Ministères des affaires sociales et de la santé,2020). Les **MK** ne sont donc pas exclus et vont **devoir s'adapter** à ces évolutions.

A la fin de l'année 2024 je serai diplômée et comme beaucoup d'entre nous, je souhaite exercée en secteur « libéral ». Face à cette accoutumance, je ne peux m'empêcher de me dire que demain, le métier de MK « libéral » risque de subir des modifications remarquables. Ainsi à l'aube de cette modernisation dans notre système de santé, la question de la place du MK dans cette transition semble prendre tout son sens.

Question professionnelle :

« A l'avenir, quelle sera la place du masseur-kinésithérapeute dans le système de santé ? »

⁵ Stratégie nationale e-santé : Rapport « *Le numérique au service de la modernisation et de l'efficacité du système de santé* » (Ministères des Affaires sociales et de la santé,2016)

II. THEORISATION DES CONCEPTS

1. Le métier de masseur-kinésithérapeute

Selon Osty (2002), le **concept de métier** est lié à l'acquisition des compétences, engendrant ainsi la création de connaissances pratiques individuelles et collectives donnant lieu à **l'acquisition d'une culture professionnelle** (Osty,2002). Au fur et à mesure des années, l'évolution de cette culture professionnelle va conduire à la construction d'une **identité professionnelle** englobant à la fois les dimensions personnelles, professionnelles et de spécialisation (Osty,2002 ; Dubard, Tripier & Boussard,2015) (Figure 2). Ainsi, une fois identifié à leur métier, les MK développeront un sentiment d'appartenance à une communauté professionnelle, contribuant ainsi à leur **reconnaissance au sein de la société**. (Sainsaulieu & Alter,2019).

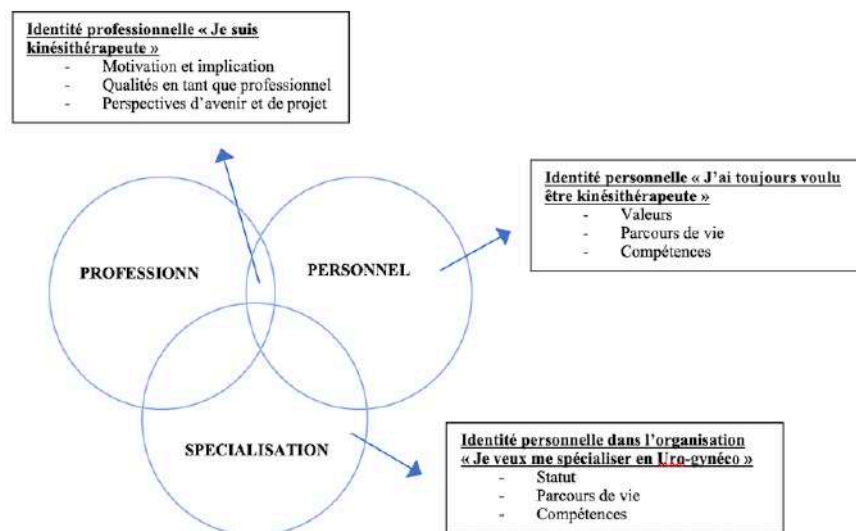


Figure 2 : Modélisation de la construction d'identité professionnelle (Osty,2002)

Aujourd'hui, le MK est un professionnel de santé titulaire du **diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute (MKDE)**. Cette profession est répertoriée au **Code de la Santé Publique (CSP)** et est défini par le **Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes (CNOMK)** comme « *une discipline de santé et une science clinique centrée sur le mouvement et l'activité de la personne. La masso-kinésithérapie, exercée dans un but thérapeutique ou non, intervient à partir d'un diagnostic kinésithérapeutique, notamment au moyen de*

techniques éducatives, manuelles et instrumentales. Elle favorise la santé, la forme physique et le bien-être de personnes » (CNOMK,2016)

1.1 L'évolution du métier de masseur-kinésithérapeute

Depuis le début des **années 2000**, l'évolution des **textes réglementaires** entourant la profession témoigne d'une **évolution** du métier de MK vers un plus haut niveau d'**autonomie** et donc vers des **responsabilités** accrues pour les MK. En effet, depuis le décret du 3 novembre 2008 ⁶ (JO du 5 novembre 2008), la profession de MK est régie par un code de déontologie. Celui-ci pose le cadre de la pratique en définissant l'exercice de la profession et en précisant les différentes obligations du MK.

De plus, la **réingénierie** de la formation initiée par l'arrêté de 2015⁷ (JO du 4 Septembre 2015), a permis d'entreprendre une restructuration de la maquette de formation dont l'objectif est de former des professionnels « **autonome, responsable et réflexif** » (Gatto et al.,2016). Cette réforme a conduit au développement de nouvelles compétences, et en 2016, les principes de la pratique ont été actualisés⁸ (CNOMK,2016). Désormais, le domaine des compétences du MK s'articule autour de la **promotion** de la santé, la **prévention**, le **diagnostic kinésithérapique** et le **traitement** « *des troubles du mouvement* », « *de la motricité* » et « *des déficiences ou altérations des capacités fonctionnelles* »⁹ (CNOMK,2016). A la sortie de la formation, le MK valide l'acquisition de **11 compétences professionnelles** comportant **2 axes majeurs** : « **cœur de métier** » et « **réflexivité sur l'exercice professionnel** » (Rall et al.,2021)

La figure 3 ci-dessous retrace les étapes clés de l'évolution de la profession de MK depuis sa création en 1946 jusqu'aujourd'hui.

6 Art L.4321-21 du code de la santé publique : Décret n°2008-1135 du 3 novembre 2008 portant sur le code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes (JORF,2008)

7 Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute (Art 2 à 24) (JORF,2015)

8 Art L4321-1 du code de la santé publique : loi n°2016-41 du 26 janvier 2016-art123 (CNOMK,2016)

9 Art L4321-1 du code de la santé publique : loi n°2016-41 du 26 janvier 2016-art134 (CNOMK,2016)

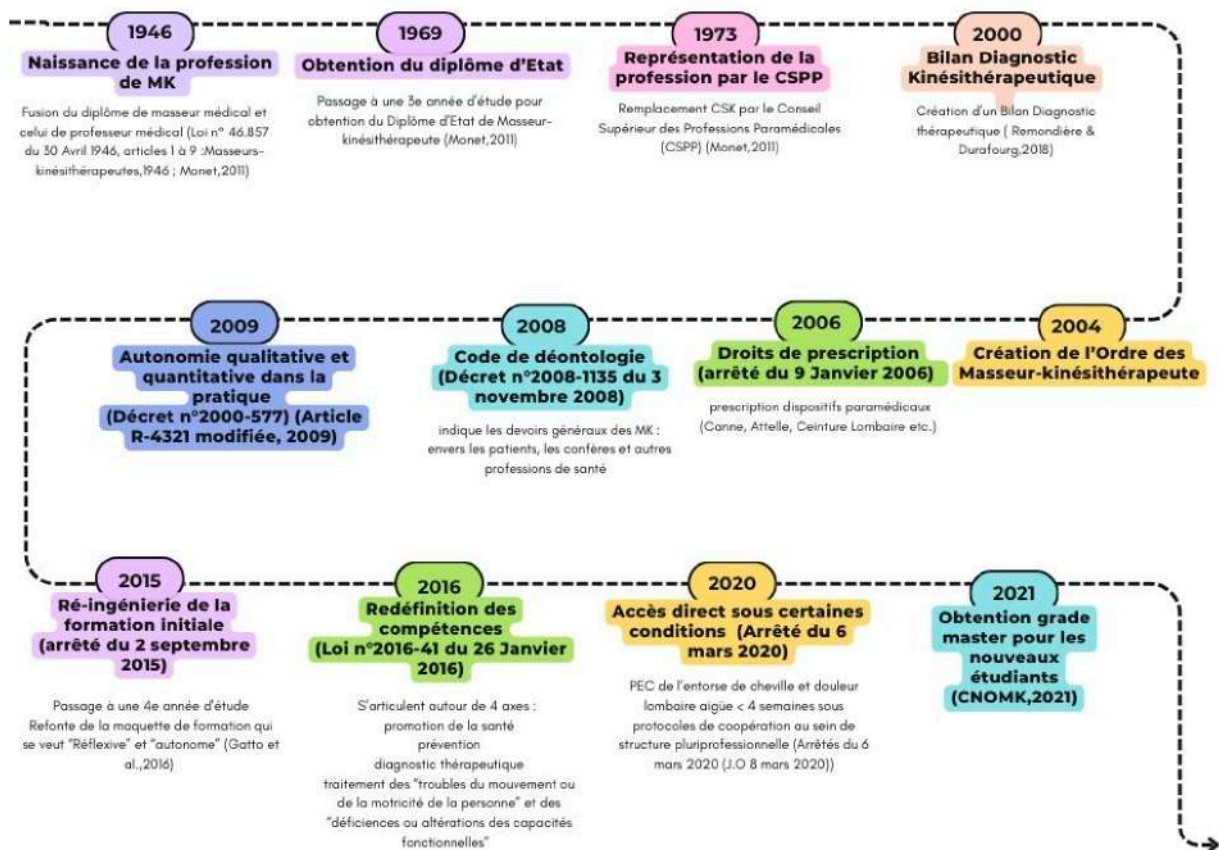


Figure 3 : frise chronologique des « évolutions clés » de la profession de MK de 1946 à 2021

1.2 La répartition démographique des masseur-kinésithérapeutes en France

En 2022, le CNOMK recensent 97 790 MK (CNOMK, 2022). Le métier compte 52% de femme et l'âge moyen d'exercice est d'environ 40 ans (CNOMK, 2022). Cependant, l'**inégalité de la répartition géographique** des MK (Annexe II) sur le territoire Français crée une inégalité de l'offre de soins (CNOMK, 2022)

La densité des MK dépends du **numerus clausus** et des **quotas d'entrée** dans les IFMK (CNMOK, 2022). Cependant, les numerus clausus ne tiennent pas compte des flux des MK diplômés à l'étranger (CNMOK, 2022). Ces derniers représentent **62,5% des MK** (CNOMK, 2022). Ce manque de maîtrise de flux créer des tensions supplémentaires pour l'installation des MK (CNMOK, 2022).

Afin d'évaluer l'adéquation entre l'offre et la demande de soins, la **Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES)** et l'**Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé (IRDES)** ont développé l'indicateur

d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) (Bardet et al.,2012). Ce dispositif statistique démographique repose sur l'utilisation d'une méthodologie dite de « **zonage** » (Bardet et al.,2012). En analysant la répartition des MK sur le territoire, l'APL va pouvoir identifier les zones présentant une offre de soin insuffisante ou excessive en fonction de la population. Pour ce faire, l'**Agence Régionale de Santé (ARS)** a mis en place **5 catégories de zonage** allant de zones « sous-dotées » à « sur-dotées » (Ministère des solidarités et de la santé, 2018). Initialement conçu pour les MG, il a été étendu à la profession de MK en février 2018 suite à l'application de l'**avenant n°5**¹⁰. L'objectif est de restreindre le conventionnement dans les zones excédentaires en mettant en place un contrat « **incitatif** » afin d'encourager l'installation des MK dans les zones « sous et très sous dotées » (SSMKR,2020). En 2023, ce dispositif a été renforcée suite la signature de l'**avenant 7**¹¹ à la convention nationale des MK (Ameli,2021). La figure 4 ci-dessous présente les différences et les implications en termes d'installations pour les MK exerçant en libéral entre ces deux avenants.

AVENANT 5 5 ZONES	AVENANT 7 4 ZONES
Zones surdotées : 12,5% de la population française	Zones non prioritaires : 30%* (12,5% actuellement) Concerne environ 1 kiné sur 2, principe du 1 départ pour 1 arrivée.
Zones très dotées	
Zones intermédiaires	Zones intermédiaires : 40% Pas de régulation
Zones sous dotées	Zones sous-dotées : 15% Pas de régulation ni d'aide
Zones très sous dotées	Zones très sous-dotées : 15%* Maintien de l'aide actuelle

Figure 4 : Restriction d'installation pour les masseurs-kinésithérapeutes d'après les données de la SNMKR (SNMKR,2022)

1.3 Les caractéristiques de la pratique des masseurs-kinésithérapeutes

Malgré l'assouplissement des critères de prescription depuis l'arrêté de février 2000, l'accès à la kinésithérapie reste soumis à la prescription médicale dans le parcours de soins du patient (Article R4321-2, Code de la santé publique).

La pratique MK comporte « la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapeutique et le traitement des troubles du mouvement ou de la motricité de la

10 Art L.162-15 du code de la sécurité sociale : avis relatif à l'avenant 5 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes, signée le 3 avril 2007

11 Art L.4321-1 du code de la santé publique ; avis relatif à l'avenant 7 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes, signé le 13 juillet 2023

personne ; des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles » (Article L4321-1, Code de la santé publique).

Le MK peut « également concourir à la formation initiale et continue, ainsi qu'à la recherche » (Article L4321-1, Code de la santé publique).

Les MK français peuvent exercer à la fois dans le domaine salariat et/ou libéral. Aujourd'hui, 85% des MK exercent en **secteur libéral** : il représente la majorité de la pratique clinique (CNOMK,2022). Leur champ d'intervention est vaste allant des troubles neuromusculaires, respiratoires, à la rééducation orthopédique etc. (CNOMK,2021). Ainsi, le MK est habilité à prendre en charge une diversité de tableau clinique présent chez les patients (CNOMK,2021). La Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 recentre le patient au cœur du dispositif de prise en charge. Ce modèle **Bio-Psycho-Social (BPS)** exige au MK une approche **globale** du patient en prenant en compte ses caractéristiques psychologiques, biologiques, sociales et économiques (Wade & Hallogan,2017 ; Adler,2009). Ainsi, le patient devient un **acteur actif** dans son processus de PEC avec le MK (Berquin,2010).

SYNTHESE DU CONCEPT 1

Concept 1 : Le métier de masseur-kinésithérapeute

Sous-thème 1.1 « L'évolution »

Sous-thème 1.2 « La répartition démographique »

Sous-thème 1.3 « La pratique »

Depuis le début des années 2000, l'évolution des textes régit par le code de la santé publique et la création d'un ordre professionnel dédié a permis des changements au sein de la profession.

Cette évolution a conduit à une autonomisation progressive, marquée par l'abolition de la prescription qualitative et quantitative, l'élaboration du BDK et la réingénierie de la formation initiale.

Cette restructuration a permis au MK d'acquérir un statut « d'ingénieur de santé », marqué par la reconnaissance du grade master pour les étudiants MK à partir de 2021.

Ces changements ont favorisé le développement de nouvelles compétences et une approche plus globale du patient basée sur une pratique autour d'un « raisonnement clinique ».

Cependant, la régulation de la profession instaurée par le numerus clausus et les quotas régis par l'avenant 5 et 7 crée une inégalité dans l'offre de soins sur le territoire Français.

2. Le système de santé

En France, notre système de santé est reconnu comme l'un des plus performants offrant à chacun une **gratuité** dans l'accessibilité aux soins (Askenazy et al.,2013). Cependant, selon la synthèse de l'IRDES (2021) portant sur la loi relative à « l'organisation et à la transformation

du système de santé », ce dernier présente des **contraintes organisationnelles** et est confronté à des **tensions financières croissantes** (Tenand,2012). Avec une place au **4e rang** parmi les professionnels de santé (CNMOK,2022), les MK se situent au cœur de ce système.

2.1 L'organisation du système de santé en France

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), un système de santé « englobe l'ensemble des organisations, des institutions et des ressources dont le but est d'améliorer la santé ». Le système de santé s'organise autour de trois grands sous-systèmes (Figure 5) (HAS,2018).

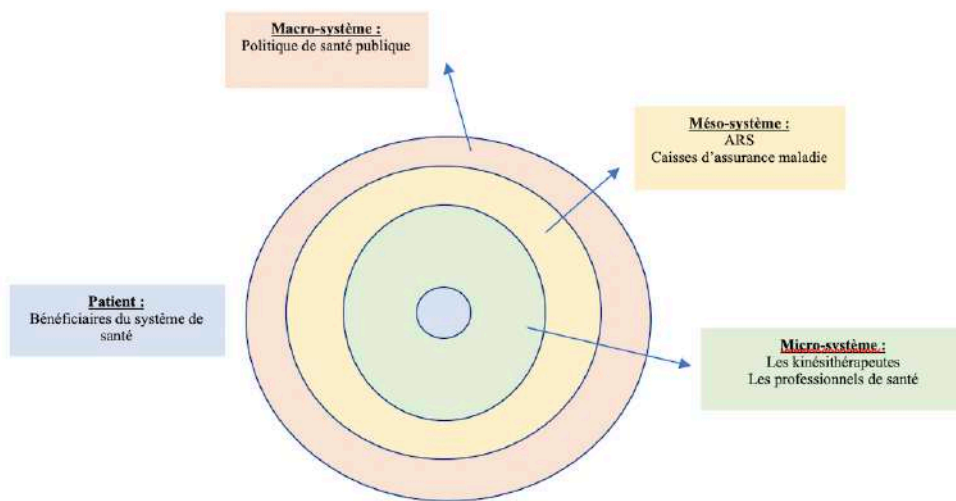


Figure 5 : Modélisation de l'organisation du système de santé (HAS,2018)

Le système de santé est **centralisé par l'État** dont l'objectif est d'améliorer et de promouvoir les soins de santé sur l'ensemble du territoire.

La HAS, le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) et l'instance consultative de la Conférence Nationale de Santé (CNS) sont les trois principaux organismes contribuant à l'élaboration des stratégies nationales de santé. Ils concrétisent les **orientations politiques de santé**, d'adaptation et de gestion économique du système de santé dont l'État est responsable (Haut Conseil de la santé publique, 2017). Par la suite, l'État va s'appuyer sur les ARS, chargées de mettre en œuvre les politiques de santé dans leur région respective. En collaboration avec les autorités locales et les professionnels de santé, les ARS coordonnent les activités de santé et vont jouer un rôle essentiel dans la promotion de la santé publique (Figure 6) (HAS,2019).

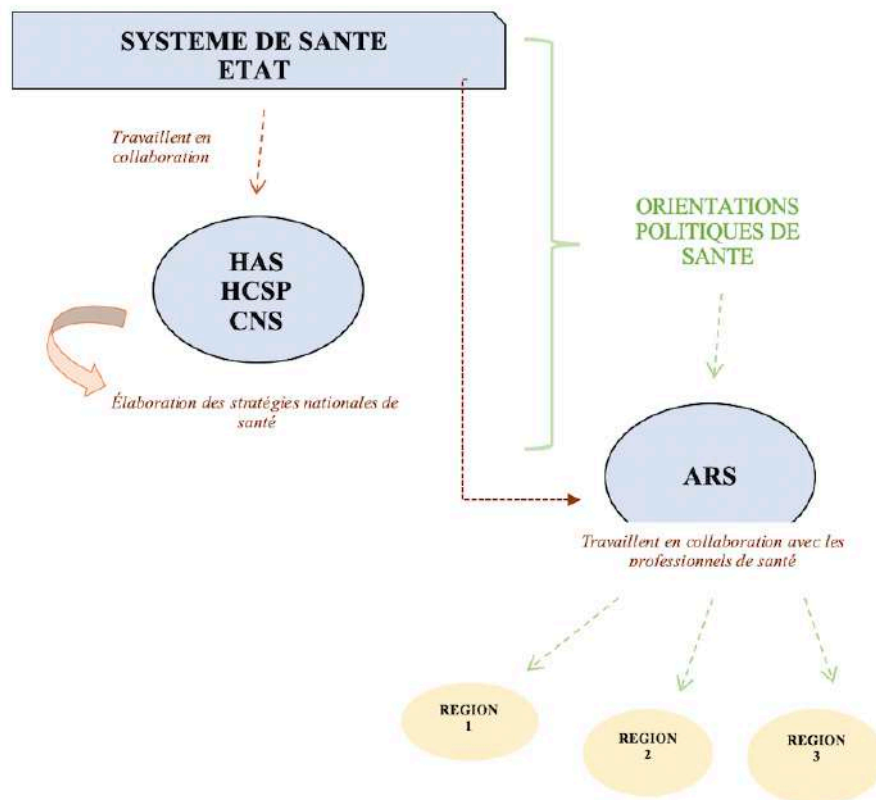


Figure 6 : Modélisation de la coordination des différents organismes mettant en place les orientations politiques de santé (HAS,2019)

Le système de santé évolue donc en fonction des orientations stratégiques établies par les politiques en place au sein du gouvernement. Au cours de ces dernières années, plusieurs stratégies ont été mises en place (Tableau I) témoignant la volonté du gouvernement d’améliorer la qualité des soins et la performance économique de ce système (Ministères des Affaires et de la solidarité,2018).

Lois et stratégies nationales de santé	Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 Portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires	2013-2017 Stratégie nationale de Santé (Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 2013)	Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 De modernisation de notre système de santé	Stratégie nationale 2017-2022 Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 2017)
<u>PRINCIPAUX AXES</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Modernisation - Améliorer l'accès aux soins - Prévention - Améliorer l'organisation du territoire pour l'accès à la santé 	<ul style="list-style-type: none"> - Prioriser la prévention - Egalité dans l'offre de soins - Organiser les soins dans une logique territoriale 	Innovation	<ul style="list-style-type: none"> - Prévention et promotion de la santé - Améliorer l'inégalités sociales et territoriales - Améliorer la qualité des soins

Tableau I : principaux axes donnés par les lois et stratégie nationale de santé portant sur la modernisation du système de santé (Haut Conseil de la santé publique,2017)

En France, la majeure partie des dépenses de santé (environ **80%**) sont **couverts par la Sécurité Sociale (SS)** (Ameli,2019). Les 20% restant sont pris en charge par les complémentaires d'assurance (Ameli,2019). En 2021, la **Consommation de Soins et de Biens Médicaux (CSBM)** s'élève **227 milliards d'euros** en France (INSEE,2021). Le coût de la santé ne cesse d'augmenter et la **maîtrise des dépenses de santé** devient de plus en plus difficile à contrôler (Ministères des Affaires et de la solidarité,2018). Quatre facteurs principaux entrent en jeu : la **généralisation** de la protection sociale, **l'évolution des techniques médicales**, le **vieillessement** de la population et le **mécanisme de financement** des soins (Raimondeau,2021).

2.2 Organisation des structures ambulatoires dans le système de santé

Ce système est composé de trois différents types de structures : sanitaires, médico-sociales et ambulatoires (Ministères des Affaires et de la solidarité,2018). **85 %** des MK font partie de la structure dite « **ambulatoire** » (CNOMK,2022) définit selon l'INSEE (2016) par « *des soins dispensés au titre de l'activité libérale* ».

En secteur libéral, la majorité des MK pratique une activité dite « Conventionnée » (CNOMK,2022). En 2007, la **convention nationale de MK a été signée** (JO du 16 mai 2007). Ainsi, les séances dispensées par un MK conventionné et conforme à la **Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP)** fixée par l'**Assurance Maladie (AM)** sont prises en charge par la caisse d'AM (Ameli,2020). En 2021, la consommation de soins courants de

MK s'élève à **6,6 milliards d'euros** soit une augmentation d'environ 4% par rapport à l'année 2020. Parmi les actes remboursés, 64% représentent la rééducation ostéo-articulaire (AMS) (CNAM,2019). Les **Troubles Musculo-Squelettiques (TMS)** représentent un **élément majeur** dans la PEC en MK. Ils touchent des millions de personnes entraînant des **dépenses** non négligeables tant directes qu'indirects pour les systèmes de santé (James et al., 2018).

Par ailleurs, cette convention a été **modifiée et actualisée** notamment à travers les **avenants 5 et 6** permettant une revalorisation des cotations d'actes (FFMKR,2020).

2.3 Les enjeux du système de santé

D'après le rapport du **Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM)** (2018), le système de santé actuel devient « de plus en plus coûteux et de moins en moins efficient », ce qui le rendrait non rentable sur le long terme (HCAAM,2018). La SS est confrontée à une **augmentation des coûts des soins**, en raison de l'augmentation des maladies chroniques et du vieillissement de la population (HCAAM,2018).

D'autre part, la répartition géographique des professionnels de santé dont les MK est inégale et entraîne un phénomène de désertification médicale (Vergier et al., 2017). Sur le territoire Français, cette situation engendre une inéquation entre « **l'offre** » et la « **demande** » ayant un impact direct sur **l'accessibilité aux soins** pour les usagers (Ministères des Solidarités et de la santé,2018).

Ces problématiques sont omniprésentes dans les débats publics actuels. Pour y répondre, la Stratégie Nationale de Santé (SNS) « **Ma santé 2022** » a été lancée en 2019 (Ministères des Solidarités et de la santé,2018). Cette stratégie repose sur **4 axes principaux** (Figure 7) (Institut Montaigne,2020).



Figure 7 : Modélisation des principaux axes et objectifs de « Ma santé 2022 » (Institut Montaigne,2020)

Pour relever les défis liés à l’offre de soins, deux principales solutions sont envisagées : le **regroupement des professionnels** de santé et la **redéfinition des compétences** des professions paramédicales (Hénart,2011).

Selon l’**Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé (IRDES)**, la **collaboration interprofessionnelle** serait le moyen le plus efficace pour lutter contre les déserts médicaux (IRDES,2021).

Contrairement à la pluridisciplinarité, l’**interprofessionnalité** implique une **collaboration** et une **coordination** entre les différents **professionnels de santé** (Leem,2020). Ces derniers vont donc devoir se « coordonner » autour du **projet de santé**¹² ou de soin du patient (Leem,2020). Le gouvernement Français a donc mis en place différentes structures de soins coordonnées telles que les **Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CTPS)** et les **Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP)** (Ministères des Solidarités et de la santé,2018). Actuellement, les MK ont leur place pour travailler dans ce type de structure. Actuellement, les MK ont leur place pour travailler dans ce type de structure.

¹² Le projet de santé est « à la fois un projet professionnel (organisation, coordination, partage de l’information médicale) et un projet de prise en charge des patients (continuité des soins, prévention, éducation thérapeutique) ». Il est organisé autour de 3 axes : l’accès aux soins, le travail en équipe pluriprofessionnelle et le partage d’informations (Kustos,2016)

SYNTHESE DU CONCEPT 2

Concept 2 : Le système de santé Français.
Sous-thème 2.1 « L'organisation »
Sous-thème 2.2 « Les structures ambulatoires »
Sous-thème 2.3 : « Les enjeux »

Le système de santé Français fondé sur un modèle « Birmskien » (Giddens & Blair,2002) est confronté à des tensions financières et des contraintes organisationnelles croissantes.

La répartition géographique inégale des professionnels de santé, dont les MK influencent une inégalité à l'accès aux soins.

Le modèle social Français doit être repensé pour l'adapter aux nouveaux besoins de la population. Les politiques de santé influencés par ces changements évoluent et s'adaptent pour répondre aux nouveaux besoins de la population.

Pour y remédier, des stratégies telles que la création de structures coordonnées et la collaboration interprofessionnelle ont été mise en place.

3. Les tendances

Le **Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL)** définit le concept tendanciel par « l'évolution d'un phénomène » entraînant une orientation pour des planifications stratégiques face à cette évolution (<http://www.cnrtl.fr/definition/tendanciel>). La notion tendancielle peut également être liée à la notion **d'évolution anticipée** (Jouvenel,2002). Ces évolutions se produisent en gardant une partie de l'état initial : ce sont les **tendances observées**. Celles-ci peuvent être liées à divers domaines : **économiques, démographiques, sociétales ou encore technologiques** (Batifoulier, Domin & Gadreau,2007). A partir des modèles statistiques, ces tendances vont être extrapolées dans le futur en supposant que l'état initial reste constant (Jouvenel,2002).

3.1 Les tendances du système de santé

Selon le rapport du HCAAM « contribution à la transformation du système de santé » (2018), **trois scénarii d'évolution** possible du système de santé Français ont été exposés (Tableau II)

SCENARII	<u>Scénario 1</u> « Au fil de l'eau »	<u>Scénario 2</u> « Concentration menée à son terme »	<u>Scénario 3</u> « Différenciation »
	Les inégalités sociales s'accroissent.	Une restructuration du système de santé a abouti à la formation de pôles de soins spécialisés regroupant les	Une diversité d'organisations de soins (hospitalières et ambulatoires) est présente.

RESUME	<p>Les structures libérales connaissent une faible attractivité conduisant les professionnels de santé vers les centres hospitaliers.</p> <p>Les professionnels de santé sont de plus en plus spécialisés engendrant des pénuries de soins adaptés à une population vieillissante.</p>	<p>professionnels de santé médicales et paramédicales.</p> <p>Le manque d'expertise transversale complexifie la prise en charge des patients polypathologiques.</p>	<p>Les avancées technologiques et scientifiques favorisent l'évolution pour répondre aux besoins croissants liés aux pathologies chroniques.</p> <p>Les structures hospitalières ne sont plus au cœur du système de santé.</p> <p>La e-santé permet l'hospitalisation à domicile permettant de réaliser des soins pour mieux répondre aux besoins de santé.</p>
---------------	--	---	---

Tableau II : Résumé des scénarii proposés par le HCAAM concernant l'évolution du système de santé (Leem,2020)

Comme évoqués précédemment, les évolutions du système de santé sont déjà en cours. En 2003, le **National Institute for Health Care Management (NIHCM)** a initié une étude prospective dont le **scénario tendanciel** envisage un **décloisonnement des pratiques** et des **acteurs de santé** (Gerard,2021). Ce changement prévoit une transition d'une pratique individuelle vers une **collaboration interprofessionnelle** (Gerard,2021). Cette pratique serait marquée par une évolution progressive des mentalités, abandonnant l'aspect « vocationnel » de la profession au profit d'une approche centrée sur une **entraide professionnelle** (Gerard,2021).

En 2030, les parcours de soins évolueront progressivement vers des **parcours de santé** avec pour conséquence une **profonde transformation des métiers** de la santé où les professionnels verront **leurs missions** et **leurs rôles** changer (Leem,2020). L'objectif principal est d'intégrer un modèle de **collaboration** et **coordination** entre les **cabinets libéraux**, le secteur **médico-social** et **l'hôpital** afin de répondre aux demandes des patients (Leem,2020). Ces parcours de santé seraient constitués par **4 grands acteurs** : les MG, les maisons de santé regroupant les **professions médicales et paramédicales**, le secteur médico-social et les hôpitaux (Leem,2020).

3.2 Les tendances démographiques

3.2.1 De la population

L'évolution démographique de la population Française a un impact sur l'adaptation du système de santé et ses besoins en ressources (humaines, financières ...). (INSEE,2020).

Selon les tendances démographiques de l'INSEE, d'ici **2040**, la population Française devrait atteindre **73 millions d'habitants**. Environ un tiers de la population aura **60 ans**. Entre 2040 et 2070, la proportion de personnes âgées de 60 ans passerait de 26% à **29%** (Figure 8) (INSEE,2020).

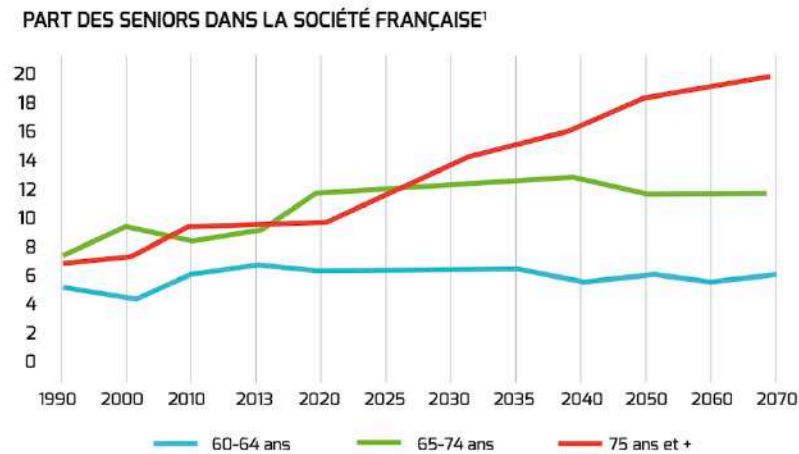


Figure 8 : Évolution des personnes âgées à l'horizon 2070 (INSEE,2020)

Sous l'effet de cette évolution démographique, une tendance à la hausse d'environ **24% de la demande de soins** et du nombre de personnes nécessitant une aide à l'autonomie est prévue d'ici 2030 (INSEE,2020). En effet, environ **1,7 million de personnes seront dépendantes** d'ici 2030 (INSEE,2020).

3.2.2 Des masseurs-kinésithérapeutes

D'ici **2040**, la profession MK devrait compter **54% de femmes**, ce qui montre une tendance marquée vers la féminisation (CNMOK,2022). Selon la DRESS (2018), le **nombre de MK** devrait augmenter de **57%** entre 2016 et 2040 (Figure 9) (DRESS,2018). D'après le scénario tendanciel de la Figure 8 ci-dessous, l'offre de soins a été calculée en Équivalent Taux Plein (ETP). D'ici 2040, il y aura assez de MK pour pouvoir répondre aux besoins de santé (DRESS,2018). Par ailleurs, cette croissance se concentrera principalement dans le **secteur Libéral** où **89%** des professionnels exerceront en **2040** contre 85% actuellement (DRESS,2018).

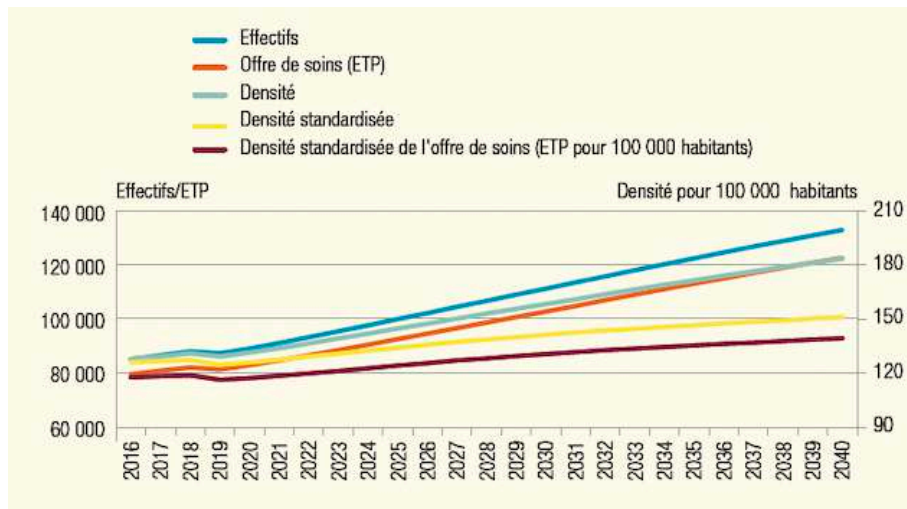


Figure 9 : Scénario tendanciel d'après la DRESS concernant l'effectifs des MK et l'offre de soins (DRESS,2018)

3.3 Les tendances sociétales

3.3.1 L'évolution de l'état de santé de la population (Annexe III)

On estime que le nombre de patients en **Affection de Longue Durée (ALD)** pourrait augmenter de **50%** (Leem,2020). Les tendances actuelles prévoient une **hausse** continue des **maladies chroniques**, de **l'hypertension artérielle** et de **multi-pathologies** (Leem,2020). Les **PA** souffriront de **4 à 6 pathologies** différentes (Leem,2020). L'obésité, le tabagisme, l'alcoolisme, la sédentarité, le stress et le vieillissement sont les principaux facteurs de risque qui devrait s'accroître en raison du mode de vie (sédentarité) et de la consommation moderne dans la société (Leem,2020).

D'ici 2030, environ **25%** des Français seront en **surpoids** (Ifop,2017) et selon l'OMS (2016), le **diabète** deviendra la **7ième cause de décès mondial**.

3.3.2 L'évolution vers un « patient expert »

La demande croissante d'accès à l'information (7 patients sur 10) (INSEE,2018) et la **volonté** du patient de **gérer ses propres données de santé** illustrent l'évolution du rôle du patient qui devient un **acteur actif** de sa propre santé (Experton,2017). Cette tendance implique une **éducation thérapeutique** et un apprentissage visant à favoriser cette participation active en tant que « **patient expert** » dans son **parcours de soins**. (Baudelot & Caillé, 2017 ; Berthod-Wurmser et al., 2017). Le développement de l'éducation thérapeutique est témoin de l'**autonomisation** du patient (Compagnon, 2017).

La tendance vers un « **patient autonome** » ne sera possible que par l'utilisation du numérique en santé (Figure 10) (Leem,2020).



Figure 10 : Illustration de l'autonomie du patient dans l'accès de ses données de santé, issue du rapport Leem « santé 2030 » (Leem,2020)

D'ici 2030, grâce à l'intégration du DMP (Décret n°2021-1047 du 4 août 2021), le patient disposera d'un carnet médical électronique lui permettant d'organiser son suivi (Leem,2020). Cette PEC digitalisée permet de **redéfinir la place du patient** au sein de son parcours de soins (Annexe IV) (Leem,2020).

Dans les années à venir, l'expertise des patients sera de plus en plus intégrée. Pour ce faire une initiative se profile : « l'université des patients » (Leem,2020). L'idée est de fournir aux patients un accès à la formation, notamment dans le domaine de l'éducation thérapeutique. L'objectif est de renforcer la capacité des patients à dialoguer avec les professionnels de santé dans le cadre de leur parcours de santé (Leem,2020).

3.3.3 L'évolution du parcours de vie des générations

Le paysage professionnel subit des mutations importantes, en particulier sous l'influence des **nouvelles générations**, qui expriment des attentes et des critères différentes de leurs prédécesseurs (Dalmas, 2022 ; Saba,2017).

Cette évolution se traduit notamment par une augmentation significative des **démissions** chez les moins de 30 ans, en raison du manque de sens souvent ressenti dans leur parcours professionnel (François & Damman, 2022). Le travail possède une **perspective économique** faisant référence au revenu et à la sécurité de l'emploi et une perspective expressive amenant l'individu à l'épanouissement personnel au travers par exemple le **bien-être au travail** (Lewi,2018). Les **sociétés actuelles** se rapprochent de plus en plus de la **perspective expressive** (Plomb, 2018). Les jeunes kinésithérapeutes, issus de la génération Alpha¹³, seront donc en quête de sens et **d'équilibre** entre leur **vie personnelle** et leur pratique **professionnelle** (Plomb, 2018). Ils aspireront à des missions qui **correspondront à leurs valeurs éthiques** et cela aura un **réel impact pour les patients** (Méda & Vendramin, 2017). Dans ce contexte, **l'avenir** de la

¹³ Les générations Alpha représente la population née entre 2010 et 2024 (Radio France,2024)

kinésithérapie pourrait être marqué par une plus grande importance accordée à la **dimension humaine** et à la prise en compte des **besoins spécifiques** des patients, en lien avec les aspirations des nouvelles générations sur le marché du travail (Lenel, Huerre & Le Coz, 2019). Cependant, si les nouvelles générations ne parviennent pas à concilier vie professionnel et personnel, il est envisageable qu'une tendance plus pessimiste se profile. La profession de MK pourrait être confronté à un turnover important. Ainsi, la **culture professionnelle** développé dans le concept 1 « Métier » (Osty,2002) ne serait pas totalement acquise pouvant engendrer un « **gap** » dans la pratique clinique.

3.4 Les tendances technologiques

3.4.1 La e-santé

Selon l'HAS, le terme « e-santé » recouvre : « un vaste domaine d'applications des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) au service de la santé » (HAS,2021). D'après l'OMS, cela inclut les services de soins, la surveillance de l'état de santé, la documentation médicale, l'éducation à la santé et la recherche (OMS,2013).

La **e-santé** comprend 3 grands ensembles : la **télésanté**, la **m-santé** ou **santé mobile** et la **télé médecine** (Commission Européenne,2019) (Figure 11)

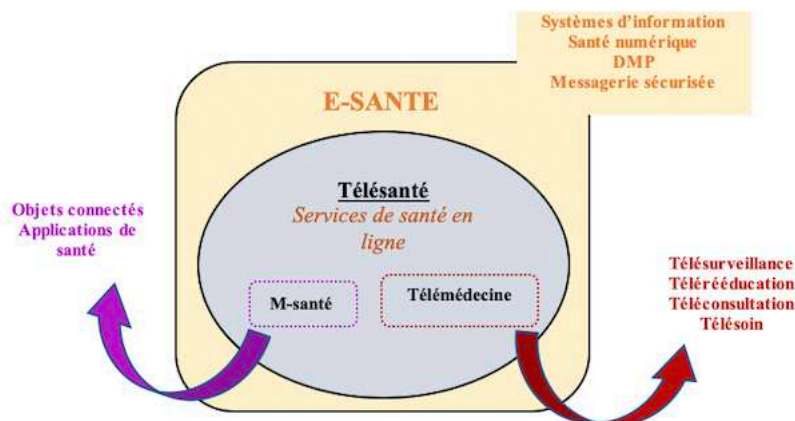


Figure 11 : Organisation de l'e-santé (CNMO,2015)

Ces dernières années, l'émergence des objets connectés et des smartphones nouvelles générations ont fait connaître à la **santé mobile** un essor non négligeable en termes de prévention primaire et d'accès aux soins (Richad,2015). Elle représente le **1^{er} enjeu de la e-santé** (Richad,2015).

Grâce aux données récupérées, elles sont ensuite transmises aux différents acteurs de santé (Leem,2020). Il en découle une amélioration du suivi du patient et une meilleure qualité de PEC (Leem,2020).

D'une part elle permettrait une **diminution des coûts** des soins estimait à **99 milliards d'euros** dans l'Union Européenne (ARS,2021). D'autre part, les patients pourraient mieux contrôler leur santé (Leem,2020).

« *Les patients s'investissent dans leur santé et souhaitent la prendre en main* » (Genève,2020). Cela renvoie à la notion de « **quantified-self**¹⁴ » qui par définition « *regroupe les outils permettant à chacun de mieux se connaître, de mesurer des données relatives à notre santé, à notre état général et à nos objectifs fixés* » (Billmann & Delorme,2017). Cette notion renvoie aux **tendances sociétales** du « patient expert » vu précédemment.

Cette tendance numérique fait partie intégrante du plan « ma santé 2022 ». Il sera proposé aux acteurs de santé une **plateforme professionnels** où diverses informations (DMP, annuaires professionnels, etc.) sur le patient pourront être **accessible** depuis le **logiciel métier** (Leem,2020). S'ajoute à cela, l'intégration d'une **Messagerie Sécurisée de Santé (MSSanté)**, de la **e-cps** et de la **e-prescription** (Leem,2020).

Ainsi, les perspectives d'utilisation de la **santé numérique** semblent multiples et variées (Leem,2020).

3.4.2 Les kinésithérapeutes dans l'ère de la santé numérique

Pour Marin Guy¹⁵, « *le développement des objets connectés entraîne le développement de la kinésithérapie participative, avec un patient qui devient acteur de son traitement* » (Guy,2017). La **m-santé** permettrait donc d'inciter le patient à s'impliquer davantage dans sa rééducation à domicile (Essery et al.,2017). Bien que la profession de MK soit avant tout basée sur un contact manuel, les MK devront se **familiariser** avec ces nouveaux outils numériques pour faire face aux nouveaux défis liés au vieillissement de la population et à l'augmentation des pathologies chroniques (Vaillant,2018). A l'avenir, l'intégration de la santé numérique risque de devenir une **composante essentielle de l'arsenal thérapeutique** des MK (Picard,2018). Cela impliquera des changements dans la manière dont les MK prendront en charge leur patient et la place qu'ils occuperont dans le système de santé (Picard,2018).

14 Le quantified-self est défini par la CNIL par « la pratique de la mesure de soi » consistant à analyser son activité physique ou son mode de vie (<https://www.cnil.fr/fr/definition/quantified-self>)

15 Marin Guy est un kinésithérapeute, vice-président du Conseil Départemental de l'Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes de Gironde (CNOMK,2019)

3.5 Les tendances de la pratique clinique des masseurs-kinésithérapeutes

Selon le rapport du HCAMM (2018), il est envisagé qu'à l'avenir, tous les professionnels exerçant en libéral travailleront au sein de **structures pluriprofessionnels** (HCAMM,2018). Ainsi, ils seront responsables de fournir une **orientation** du patient approprié dans le système de santé (HCAMM,2018). Les avantages de cette pratique sont nombreux. Pour les professionnels de santé, cela implique **un élargissement des compétences** et une **diversification** du champ d'activité. Pour le patient, cela se traduit par une **amélioration de l'offre de soins** primaires (HCAMM,2018). Cette tendance est rejointe par l'OMS (2008) et la HAS (2007) qui place la « collaboration interprofessionnelle » comme un atout essentiel pour faire face aux enjeux de santé publique (Elbaum et al.,2007)

3.5.1 L'évolution de la pratique

La loi de modernisation du système de santé de 2016, ouvre des perspectives d'évolution pour les MK. La mise en place des structures de soins telles que les CTPS ou les MSP permettent de placer le MK en tant que « pivot » dans le parcours de soin du patient.

En France, depuis les arrêtés du 6 mars 2020 (JO du 8 mars 2020), l'accès direct pour les MK exerçant au sein de structure de soins coordonnées est autorisé. A l'heure actuelle, la mise en place des protocoles de coopération permet la PEC de la lombalgie aiguë inférieur à 4 semaines et l'entorse de cheville (URPS,2022).

La loi n° 2023-37 du 19 mai 2023 (JO du 19 mai 2023) autorise l'accès direct aux MK dans le cadre des CPTS. Le nombre de séances est limité à 8 (CNMOK,2022). Les expérimentations de l'accès direct à venir au sein des CTPS dans 6 départements Français promettent un avenir vers plus de responsabilités et d'autonomie.

La Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 préconise « *le développement de nouveaux métiers de santé, correspondant à un niveau de formation intermédiaire entre celui des professionnels paramédicaux et des médecins, incluant le transfert de compétences* ».

Dans le cadre de cette stratégie, la **pratique avancée** peut être expérimentée par d'autres professionnels paramédicaux depuis le 26 avril 2021. Selon la **World Physiotherapy Advanced Practice Physiotherapy (2019)**, les MK en pratique avancée réalisent des actes médicaux transférés (diagnostic, prescription...) au sein d'une équipe pluriprofessionnelle. Les MK exerçant cette pratique sont donc amenés à mobiliser des compétences au-delà de celles habituellement mobilisées (URPS,2021). Actuellement **expérimentée en Île-de-France**, cette pratique pourrait faire évoluer le MK vers la **définition d'un nouveau rôle**.

Par ailleurs, les **évolutions technologiques** modifient progressivement la pratique clinique vers la **télémédecine** et la **télééducation** (Léger,2016).

Cette tendance d'évolution du système de santé est en accord avec les **5 priorités de l'ordre** des MK visant à « *améliorer l'accès aux soins, soutenir le **déploiement du numérique** en kinésithérapie, améliorer les **conditions d'exercice** des kinésithérapeutes, **promouvoir** des pratiques basées sur la science et **encourager le rôle** des kinésithérapeutes dans la **prévention** » (CNMOK,2022).*

SYNTHESE DU CONCEPT 3

Concept 3 : Les tendances

Sous-thèmes 3.1 « système de santé »

Sous-thèmes 3.2 « démographiques »

Sous-thèmes 3.3 « sociétales »

Sous-thèmes 3.4 « technologiques »

Sous-thème 3.5 « pratique MK »

Le système de santé Français fait face à une complexité croissante, alimentée par divers enjeux économiques, sociologiques, démographiques, épidémiologiques et territoriaux.

Les nouvelles stratégies de santé visent à améliorer la communication et la coordination des parcours de soins entre les secteurs sanitaires, social et médico-social.

L'augmentation de la prévalence des pathologies chroniques est un des facteurs mis en avant dans la littérature pour promouvoir la prévention et la responsabilisation du patient qui, d'un statut passif devient actif.

Ces changements entraîne l'émergence de la santé numérique. Bien que la modernisation visant à adapter le système de santé. La gestion des ressources humaines comme la politique du numerus clausus et des quotas d'installation présente des lacunes. Pour répondre aux besoins de santé du territoire, les stratégies basées sur des expérimentations (pratique avancée, création de pôles et maison de santé etc.) mettent en évidence une restructuration du métier de kinésithérapeute

III. QUESTION DE RECHERCHE

Dans un contexte de transition du système de santé, mon questionnement initial portait sur la place des MK à l'avenir dans ce système. Suite à une revue de la littérature portant sur les concepts « métier » ; « système de santé » et « tendanciel », plusieurs constats se sont dégagés. Tout d'abord, l'évolution du cadre réglementaire a marqué un tournant dans l'évolution du métier de MK. Par ailleurs, la profession se trouve à la **croisée des chemins** face aux défis posés par le système de santé Français, notamment en termes d'accessibilité aux soins et de tensions financières (Benamozig & Alla,2017). Les rapports officiels des différentes Stratégie Nationale de Santé reconnaissent une **inadaptation du système de santé** et des ressources face aux défis sociétaux, économiques et technologiques prévisibles au 21ème siècle. D'après la synthèse de l'IRDES (2021), la perspective actuelle de cette transformation du système de santé serait « de considérer les soins de santé primaire sur un territoire de proximité en termes de qualité et d'équité » (IRDES,2021).

Pour répondre aux besoins de santé du territoire, les stratégies basées sur des **expérimentations** (pratique avancée, création de pôles et maison de santé etc.) mettent en évidence une **restructuration** du métier de kinésithérapeute, marqué par les expérimentations en accès direct et **pratique avancée** (URPS,2022). Le MK a donc sa place et est apte à travailler dans ce contexte d'évolution.

Parallèlement, les **NTIC** pourraient, à l'échelle du système de soins, permettre de faire des **économies** et **optimiser la PEC** du patient. Ainsi, les changements induits par le « BigData » pourrait placer le MK dans une nouvelle relation avec le patient.

Ce contexte d'évolution suscite des interrogations quant à l'impact possible sur le métier de MK en termes de **reconfiguration** sur les **pratiques**, le **rôle** ou encore les **compétences**.

Face aux innovations structurelles et technologiques du système de santé, le dernier **rapport de l'observatoire OPCO santé** (2022) : « *prospective métiers de la santé à l'horizon 2040* » à présenter la reconfiguration des métiers actuels de santé et les nouveaux métiers émergents. Les MK font partie intégrante du système de santé mais n'ont pas été intégrés dans ce rapport. A ce jour, il n'existe aucune étude ni de travaux de recherches portant sur la **prospective du métier** de MK. Par conséquent ma question de recherche est la suivante :

« Quelles seront les évolutions du métier de masseur-kinésithérapeute à l'horizon 2040 ? »

IV. METHODOLOGIE DE RECHERCHE

Afin d'éclaircir ce chapitre, la figure 12 ci-dessous retrace les différentes étapes de la méthodologie appliquée à la question de recherche : « quelles seront les évolutions du métier de masseur-kinésithérapeute à l'horizon 2040 ? »

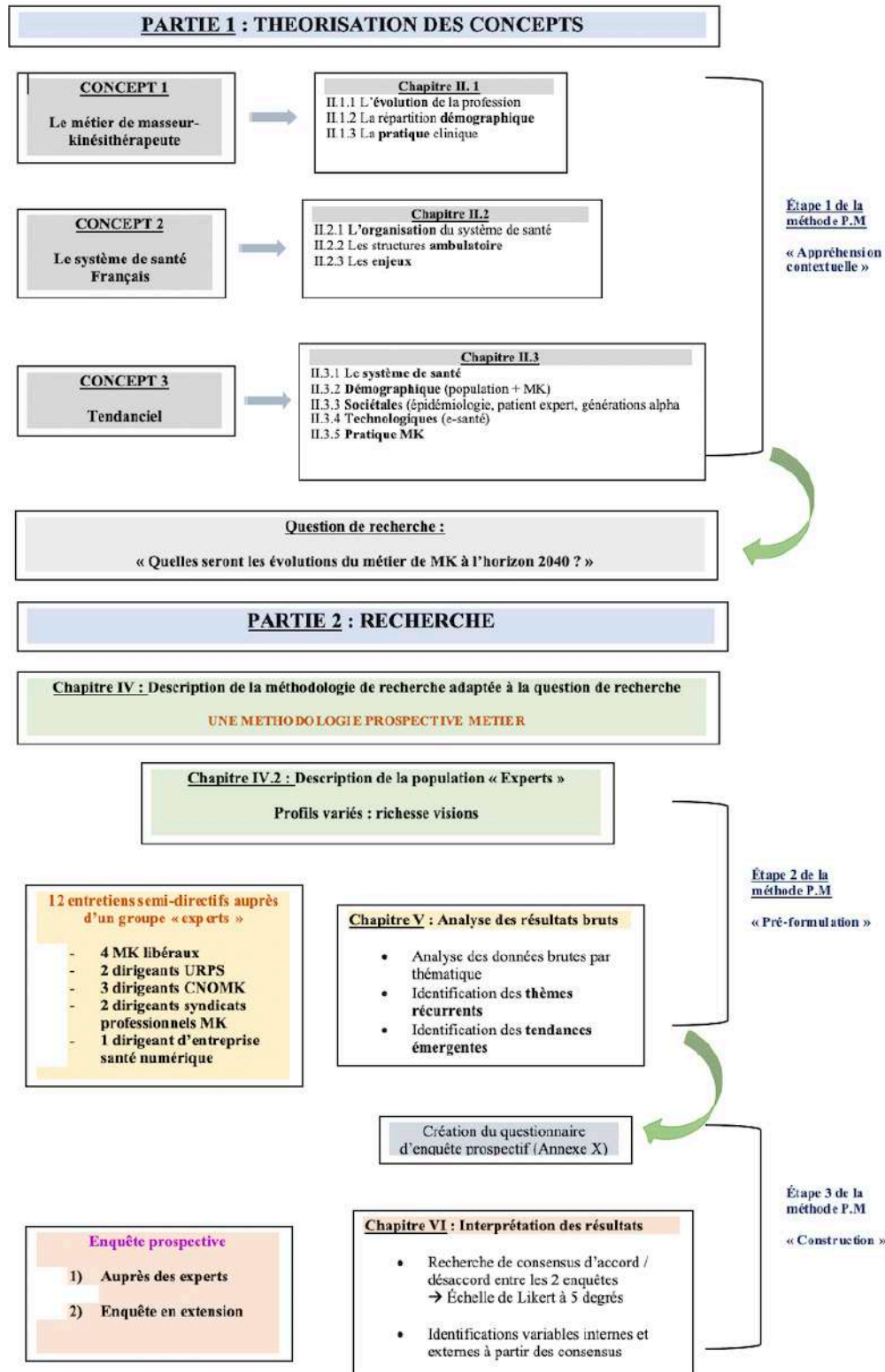


Figure 12 : Synthèse des différents plans constituant les étapes de la méthodologie de recherche

1. Choix de la méthode de recherche : une méthodologie prospective

Lors d'un travail de recherche, il est important de s'appuyer sur un **cadre méthodologique** guidant à la fois la conception du protocole et l'analyse des données qui en découlent (Combessie, 2007). Ce cadre est déterminé par le chercheur en fonction de ce qu'il juge être le plus approprié pour répondre à sa question de recherche et ses objectifs (Aubin-Auger et al., 2008). Dans cette étude, la question de recherche explore une « **vision** » **2040**, dont l'objectif est d'éclairer les **évolutions potentielles** du métier de kinésithérapeute. J'ai donc fait le choix d'adopter la **méthodologie prospective « métier »** définie par Luc Boyer et Aline Scouarnec (2009) (Boyer & Scouarnec, 2009). Bien que cette approche ne soit pas courante dans le milieu académique, elle a été dans le secteur de la santé en France **l'objet de plusieurs études et rapports** se tournant sur les possibles **évolutions du système de santé** et des professionnels de santé (Heard, 2008) (Annexe V). Ainsi, pour mieux m'approprier cette méthode, je me suis attachée à la recherche issue de la littérature grise¹⁶ et de la méthode décrite par Luc Boyer et Aline Scouarnec (2009). Afin de garantir la scientificité de notre démarche, je vais maintenant décrire ce cadre méthodologique en veillant à ce qu'il soit suffisamment précis, permettant ainsi son éventuelle reproduction.

2. Description de la population

Dans le domaine de la prospective, **l'expert** est considéré comme le « pivot » de la méthode et est défini par Cadet (2009) comme : « une personne qui, de par ses expériences actuelles et passées, sa connaissance du métier et du milieu, ses compétences pointues, tant techniques que relationnelles, est le plus à même de pouvoir s'exprimer sur l'ensemble des possibles relatifs au système étudié » (Cadet, 2009).

Cependant, il est important de souligner qu'en recherche qualitative, l'échantillonnage n'a pas nécessairement besoin d'être représentatif de la population étudiée (Livian, 2015), mais doit plutôt inclure des **participants** capables de fournir des **réponses pertinentes** (Blanchet & Gotman, 2007). Au vu de notre question de recherche, cela nécessite **une richesse des visions** à travers des **profils variés** impliqués dans la profession et ce, de manière « directe » ou « indirecte ». C'est un **élément essentiel d'une étude prospective** (Scouarnec, 2002). C'est pourquoi, le **groupe « experts »** sera composé à la fois de **MK libéraux**, de participants représentants des **syndicats professionnels, d'ordres professionnels, d'Union Régionale de Professionnels de Santé (URPS)** ou **d'Agence Régionale de Santé (ARS)**. Des **dirigeants d'entreprise** publique ou privée en lien avec la profession seront également inclus. Les

¹⁶ La littérature grise désigne mes documents produit par le gouvernement, l'administration, l'enseignement et la recherche (Schöppl, 2015)

participants sélectionnés devront répondre à des critères significatif (Borgès Da Silva G, 2001) mais appropriés dont la justification est résumée dans le tableau III ci-dessous (Sumsion,1998).

Participants	Critères d'inclusion	Justifications
KINESITHRAPEUTES	<ul style="list-style-type: none"> - Être diplômé MKDE ou équivalence, en cours d'exercice en France - Exercer en secteur libéral ou avoir exercé dans ce secteur pendant 3 ans - Avoir contribué à un ouvrage (article scientifique, thèse) dans le domaine de la kinésithérapie 	Correspond au niveau d'expertise global requis pour aborder ma problématique
SYNDICATS PROFESSIONNELS, ORDRES PROFESSIONNELS, URPS, ARS	<ul style="list-style-type: none"> -Ne pas avoir de conflits d'intérêts - Être diplômé MKDE ou équivalence, en cours d'exercice en France - Avoir ou exercer en secteur libéral 	
ENTREPRISES PUBLIQUES OU PRIVEE	-Être dirigeants d'une structure publique ou privée ayant un lien avec la profession de kinésithérapeute et travaillant avec des kinésithérapeutes	
<u>COMMUNS A TOUS</u>	Être disposé à partager ses opinions et ses perspectives lors de l'entretien	
Critères de non-inclusion pour tous les participants		Justifications
<ul style="list-style-type: none"> - Ne pas parler français - Ne pas être volontaire pour participer à l'étude - Ne pas être disponible pour l'entretien semi-directif, la réponse au questionnaire 		<ul style="list-style-type: none"> - Indispensable pour une meilleure communication - Nécessaire pour l'engagement dans l'étude et diminuer l'abandon - Nécessaire de vérifier la disponibilité pour l'ensemble de l'étude
Critères d'exclusion pour tous les participants		Justifications
<ul style="list-style-type: none"> - Ne pas effectuer l'entretien dans sa totalité - Refuser d'être enregistré - Ne pas effectuer l'étude dans sa totalité - Ne pas avoir rempli le questionnaire d'enquête exploratoire - Avoir des conflits d'intérêts 		Données non analysables

Tableau III : Critères d'inclusion justifiés de la population d'experts pour l'étude

3. Présentation générale de la méthode prospective « métier »

La méthode prospective a été mise en avant en France par Gaston Berger¹⁷ (1896-1960) qui définit la méthode prospective comme une **attitude** reposant sur cinq principes : « voir Loin, voir large, analyser en profondeur, prendre des risques, penser à l'homme. » (Berger,1964). Selon Godet¹⁸ (1983), elle se définit comme « une démarche d'anticipation, des futurs possibles, dont l'objectif est de donner aux acteurs d'aujourd'hui (ici, les kinésithérapeutes) les clés de compréhension pour favoriser leur adaptabilité plutôt que leur simple adaptation. » (Godet,1983). Au fil des années, cette méthode prospective a conduit au développement d'une méthode spécifique appelée « **prospective métier** » (P.M) (Rémy & Pichault,2011). Ainsi, en savoir en termes de compétences, de qualification, d'activité ou de comportements professionnels » (Boyer & Scouarnec,2008), qui seront demain les plus à même de servir les kinésithérapeutes. Quatre étapes fondamentales caractérisent cette méthode P.M (Boyer & Scouarnec,2008) : **l'appréhension contextuelle, la pré-formalisation, la construction et la validation**. En fonction des besoins spécifiques du chercheur, cette méthode peut être adaptée (Boyer & Scouarnec, 2009). Les **étapes caractéristiques de la méthode P.M** se trouve en annexe VI. La figure 13 ci-dessous présente l'adaptation du déroulement de la méthode P.M liée principalement à la contrainte de temps.



Figure 13 : Modélisation de la méthode P.M adaptée à notre recherche (Boyer & Scouarnec,2002)

17 Gaston Berger est un fondateur de la prospective (1896-1960) (Boyer & Scouarnec,2002)

18 Michel Godet est un économiste membre de l'académie des technologies ayant repris les théories de Gaston Berger et est auteur de plusieurs livres ((Boyer & Scouarnec,2002)

3.1 Description de l'appréhension contextuelle : une méthode qualitative

Dans le cadre de cette première étape, nous nous appuyerons sur une **méthode qualitative** (Boyer & Scouarnec,2002). En effet, l'objectif est d'obtenir une **vision globale des évolutions** possibles du métier de MK à partir de l'expérience des personnes interrogées (Boyer & Scouarnec,2002). En appliquant cette méthodologie, les participants auront la possibilité d'exprimer librement leurs opinions sur leur représentation prospective d'un phénomène donné, ici « **l'évolution** ». (Boyer & Scouarnec,2002). Pour donner un sens lors de l'analyse, le phénomène donné ici sera « **l'évolution** ». Cela permettra d'analyser leurs opinions afin de leur donner un sens (Kohn & Christiaens,2014) (Ntebuste & Croyere,2016). A partir d'entretiens semi-directifs, des données subjective perçues par les enquêteurs sur le terrain seront collectées. L'objectif est de **comprendre** les **effets** de ce **phénomène** dans le « **micro-système** » des **MK**. (Lawrence et al.,2011 ; Denis, Guillemette, & Luckerhoff,2019). Compte tenu du manque de littérature sur le sujet étudié, ces données recueillies permettront de construire des **premières conclusions**. De ce fait, une **approche inductive** sera adoptée dans le cadre de cette recherche (Aubin-Auger et al.,2008).

3.1.1 Description de l'outil utilisé dans l'appréhension contextuelle : le guide d'entretien semi-directif

Comme décrit dans la méthode P.M, le recueil de données se fera au moyen **d'entretien semi directif** (Boyer & Scouarnec,2008) auprès **de groupes « experts »** représentés par les MK libéraux et de professionnels ayant un lien direct et/ou indirect pouvant impacter les évolutions de la profession. Ces entretiens sont réalisés de manière **individuelle**, à la fois pour des raisons pratiques mais aussi pour permettre aux participants une **liberté d'expression** (Demony,2016). Cette approche nous permettra alors d'obtenir des informations pertinentes par rapport à nos objectifs de recherche (Demony,2016). Pour mener à bien ces interviews, il est essentiel de concevoir un guide d'entretien (Imbert,2010). Celui-ci servira de support de base afin de maintenir un **fil conducteur** tout au long des entretiens (Demony,2016). Pour de ne pas orienter les réponses des participants (Demony,2016), ce dernier est composé de **questions ouvertes** basées sur les **thèmes clés de la méthode P.M** (Boyer & Scouarnec,2008). En fonction du type de participants interrogé, les questions posées ont été **adaptées** tout en maintenant les **grands thèmes propres** associés à cette étape : « Appréhension contextuelle » (Aubin-Auger et al.,2008). Le guide d'entretien se trouve en Annexe VIII.

3.1.2 Déroulement des entretiens semi-directifs

Compte tenu de l'éloignement géographique de certains participants, quasiment tous les entretiens ont été réalisés par visioconférence via la plateforme **Zoom®**. Ces derniers ont été enregistrés grâce à l'**enregistreur vocal** d'un téléphone. Avant chaque entretien, les personnes interviewées ont été **informées** de l'enregistrement, de la retranscription faite de leurs entretiens et de l'**anonymisation** des données (Imbert,2010). Lors de chaque entretien, des stratégies de relances à partir de prise de note en « **mot-clé** » ont été réalisées permettant de relancer l'enquêter quand cela était nécessaire. (Demony,2016).

3.2 Description de la 1ère phase de la pré-formulation : une analyse thématique des données
Afin de répondre à la question de recherche initialement posée, nous allons interpréter nos données recueillies à partir de l'analyse des entretiens. A la suite de cette analyse, l'objectif est d'élaborer un **questionnaire d'enquête « prospectif »** à partir des principaux thèmes émergents (Parizot,2012). Ainsi, une méthode d'analyse par thématique me semble la plus appropriée (Aubin-Auger et al.,2008). Cette dernière se déroule en **trois étapes principales** : la **retranscription**, la **codification des données** et la **thématisation** (Intissar & Rabeb, 2015). La figure 14 ci-dessous présente une modélisation du déroulé de l'analyse des entretiens. Au fur et à mesure de ces étapes, nous allons construire des grandes thématiques à partir des **verbatim** suivant une approche inductive (Aubin-Auger et al.,2008). Cela nous conduira à l'élaboration d'une **grille d'analyse** à partir d'un **codage « ouvert »** (Andréani & Conchon,2005).

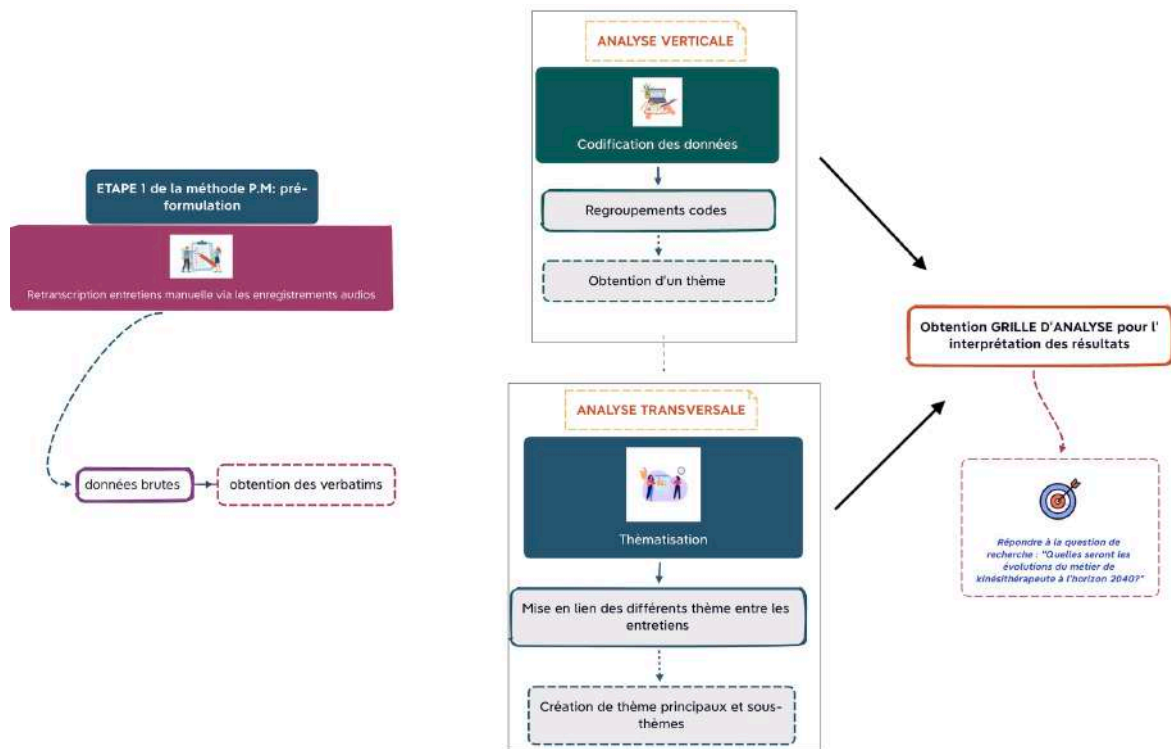


Figure 14 : Modélisation de la 1ère phase de l'étape 2 « pré-formulation » de la méthode P.M

3.3 Description de la 2e phase de la pré-formulation : l'élaboration du questionnaire d'enquête

La grille d'analyse issue de l'étape précédente permet d'élaborer la construction d'un questionnaire d'enquête prospectif (Boyer & Scouarnec,2008). Les **questions** ont donc été **construites** à partir des **thèmes récurrents** et des **tendances émergentes** (Boyer & Scouarnec,2008). L'objectif de cette deuxième phase est **d'évaluer le degré d'accord ou de désaccord** des participants (Boyer & Scouarnec,2002). Les questions ont donc été établies à partir d'une **échelle de Likert à 5 degrés** : Pas du tout d'accord, pas d'accord, sans opinion, d'accord, tout à fait d'accord (Jünger et al.,2017). Un pré-test de l'enquête par questionnaire a été réalisé auprès de trois MK libéraux. Le questionnaire d'enquête définitif est constitué de **39 questions** et a été élaboré sous l'outil « **Google Forms®** » (Annexe XIII). La figure 15 ci-dessous reprend les étapes de cette 2^e phase de l'étape « pré-formulation ».

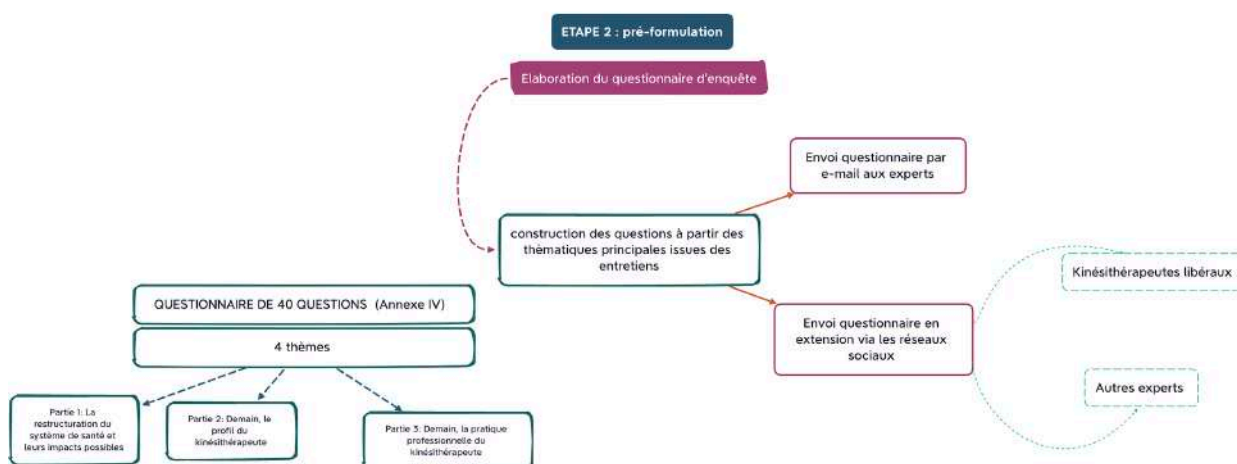


Figure 15 : Modélisation de la 2e phase de l'étape 2 « pré-formulation » de la méthode P.M

3.3.1 Déroulement de l'administration de l'enquête prospective

Comme décrit dans la méthode P.M (Boyer & Scouarnec,2008), le consensus rechercher en « focus group » peut être remplacé par l'administration du même questionnaire d'enquête à deux échantillons (Boyer & Scouarnec,2008). Étant restreint par le temps, le consensus rechercher en « focus group » a donc été remplacé par l'administration du même questionnaire d'enquête à deux échantillons : les « Experts » et les « kinésithérapeutes libéraux ». Le premier groupe est constitué des experts ayant participé aux entretiens. Le deuxième groupe est quant à lui formé par les kinésithérapeutes libéraux et/ ou d'autres « experts ». Après avoir envoyé par e-mail ce questionnaire aux groupes « experts » issus des entretiens, celui-ci a été envoyé via les groupes Facebook « kinés Réunion Mayotte Océan indien » et, par e-mail à d'autres kinésithérapeutes libéraux et/ou experts étant volontaires à répondre : c'est le principe de l'enquête en « extension » (Boyer & Scouarnec, 2008).

3.4 Description de l'étape 3 construction de la méthode P.M : une recherche de consensus

Au cours de cette troisième étape, l'objectif est de mettre en évidence le **degré de rapprochement ou d'éloignement** dans les opinions exprimées issues des deux groupes (Boyer & Scouarnec,2008). Dans un premier temps, les résultats obtenus des deux groupes d'enquêtés seront regroupés par **échelle d'opinion** (Parizot,2012). Pour ce faire, les opinions ont été classés en **trois regroupements : accord fort, neutre, désaccord fort** (Godet,1997). Ces trois groupements vont nous permettre d'établir un **degré d'accord pour chacune des**

questions entre les **deux groupes** (Godet,1997). Cette méthode se rapproche de la méthode Delphi, utilisée dans les démarches prospectives (Godet,1997).

L'analyse quantitative des questionnaires a pour objectif **d'évaluer le consensus d'accord** à travers le taux d'accord et de désaccord des deux enquêtes (Boyer & Scouarnec,2008). Ainsi, le pourcentage d'accord sera fixé à **75%** (Jünger et al.,2017). Pour analyser les données, les moyennes, les médianes ou les pourcentages peuvent être utilisés (McPherson et al.,2018). En s'appuyant sur les recommandations « prospectives » (Godet,2006 ; Boyer & Scouarnec,2008), nous utiliserons dans le cadre de cette recherche (Grant et al.,2018 ; Boyer & Scouarnec,2008). Le logiciel Excel sera utilisé pour obtenir ces deux valeurs (Figure 16).

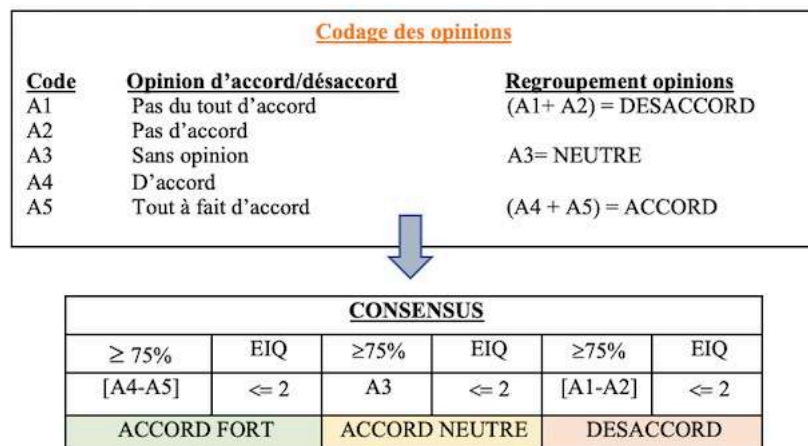


Figure 16 : Méthode d'analyse et d'interprétation des questionnaires d'enquêtes

Ainsi, une analyse et une interprétation par recherche de consensus d'accord entre les 2 groupes pourra être effectuée (Boyer & Scouarnec,2002). Ceci constituera une première base pour le déroulement de nos scénarii (Scouarnec,2008)

3.5 Description de la validation : mise en œuvre des scénarii

C'est au cours de cette dernière étape de la méthode P.M, que les **scénarii** vont pouvoir être construits. C'est « **l'outil** » **essentiel** pour l'élaboration des **avenirs possibles** (Barbandère & Mikolajczak,2008). Le tableau IV récapitule les caractéristiques des deux types de scénarii possibles (Lamonde & Latouche,1975). Au vu de la question de recherche, le **scénario exploratoire dit « tendanciel »** me semble le plus approprié.

	<u>Type de scénario</u>	<u>But du scénario</u>	<u>Principe du scénario</u>	<u>Cheminement utilisé</u>
Scénario exploratoire	Scénario tendanciel	Identifier un futur possible	Prends en compte la prédominance des tendances lourdes	Identifier la continuation de ces tendances dans l'avenir
	Scénario d'encadrement	Délimiter les futurs possibles	Prends en compte la prédominance des tendances lourdes	Faire varier les hypothèses concernant l'évolution des tendances
Scénario d'anticipation	Scénario normatif	Produire une image d'un futur souhaitable et possible	Déterminer un objectif à réaliser	Faire la synthèse des objectifs et reliment de l'image futur au présent
	Scénario contrasté	Produire un futur souhaitable	Déterminer un ensemble d'objectifs à réaliser en s'écartant des objectifs de références	Faire la synthèse des objectifs et reliment de l'image futur par un cheminement possible

Tableau IV : 4 types de scénarii d'après Lamonde & Latouche ,1975

Afin de faciliter la lecture, la présentation de la construction des scénarii se trouve à la suite de l'interprétation des résultats Chapitre VI.3

V. PRESENTATION DES RESULTATS BRUTS

1. Description de l'échantillon interrogé : 12 entretiens semi-directifs réalisés

Pour faciliter la lecture, les experts issus des syndicats professionnels, du CNOMK etc. seront nommés par « **experts internes** », les MK libéraux par « **experts MK** » et les experts dirigeants d'entreprise « **experts externes** ». La dénomination « experts » rassemble les 3 populations. Le recrutement de l'échantillon s'est fait sur la base du **volontariat**. Pour les « experts internes » et « expert externe », un e-mail résumant l'étude leur a été envoyé. Pour les « **experts MK** », un **questionnaire de pré-inclusion** (Annexe VII) a été construit selon les critères d'inclusion puis diffusé par e-mails et sur les réseaux sociaux. Au total **27 personnes « experts » ont répondu.**

2 « experts internes » n'ont pas donné suite aux mails envoyés concernant les prises de rendez-vous et 2 « experts externes » se sont retirés de l'étude après la réalisation des entretiens. En ce qui concerne le questionnaire de pré-inclusion des « experts MK », 15 MK libéraux se sont portés volontaires et étaient éligibles. Après le tirage au sort, seulement 4 entretiens ont pu être effectués. Ainsi, au total **7 « experts interne », 1 « expert externe » et 4 « experts MK »** se sont portés volontaires pour participer à l'étude soit un total de **12 entretiens** (tableau V).

FONCTION	EXPERTS	Durée de l'entretien	Genre
Haut dirigeant au sein du CNMOK	E1	1h53 min	Homme
Haut dirigeant au sein des syndicats professionnels des MK	E2	1h48 min	
	E3	1h36 min	
Second dirigeant au sein du CNMOK	E4	1h47 min	
Haut dirigeant au sein d'un URPS	E5	1h43 min	
	E6	1h51min	
	E7	1h54min	
Dirigeant d'une entreprise spécialisé en santé numérique	E8	1h15 min	
MK libéraux	E9	1h33 min	
	E10	1h02 min	
	E11	1h27min	
	E12	57 min	

Tableau V : Fonction et temps des entretiens pour chaque « experts » interrogés

2. Analyse des résultats bruts : 1ère phase de l'étape pré-formulation de la méthode PM. Un exemple de retranscription d'entretien est figuré en Annexe X. A la suite de l'analyse manuelle du recueil de données brutes, 3 grands thèmes ont pu être identifiés. Parmi ces thèmes, des sous-thèmes émergents spécifiques aux évolutions internes et externes de la profession ont été déterminés (tableau VI). Pour chaque thème, le tableau des verbatims correspondant se trouve en Annexe XII, XII et XIII.

Thèmes	La kinésithérapie : un pilier de santé publique à valoriser	L'impact des politiques de santé publique sur la profession	Une mutation nécessaire et inévitable pour une kinésithérapie 2.0
Sous-thèmes	Un héritage paramédical	Un frein financier	Vers une collaboration interprofessionnelle
	Les rôles et les missions à redéfinir	Un algorithme de l'État non adapté	Nécessité de prendre en compte le numérique
			Une transition Trans-générationnelle
			Avoir des perspectives d'évolutions
			Vers une universitarisation de la profession

Tableau VI : Thèmes et sous-thèmes émergents de l'analyse thématique des entretiens

2.1 La kinésithérapie : un pilier de santé publique à valoriser

2.1.1 Un héritage paramédical

Selon les « experts », la problématique actuelle de la profession est « de définir en termes d'identité à quoi on doit répondre exactement » (E1). En effet, la **reconnaissance sociale** : « Il faut qu'on se fasse connaître. » (n=3) et **professionnelle** (n=2): « Tant qu'on ne sera pas une profession médicale à compétences définies, on sera toujours la dernière roue du carrosse » (E3). Ce besoin de reconnaissance représente un « enjeu » (E1) majeur pour les « experts » qui expriment un sentiment de « dévalorisation » (E3) illustré par l'appellation de « masseurs ». Cette dénomination liée à un « outil » constitue un « réel frein pour l'évolution de notre pratique » (E9). Ainsi cette sous-estimation **nuît à la crédibilité** de la profession de par la **perception des usagers** : « Ça reste un peu ancré dans l'idée de la société que nous sommes des masseurs avant d'être kinésithérapeute » (E10) ; « l'arrivée dans les structures d'autres professionnels de santé pour ne pas les citer [...] a créé une vraie confusion [...] quand on parle sport santé, tout de suite on va voir un EAPA et pas un kinésithérapeute » (E4).

Mais aussi des **professionnels de santé** : « Ils ont une méconnaissance sur notre métier et notre rôle » (E6). Parallèlement, les participants s'accordent sur le fait qu'il est impératif de gagner en **reconnaissance** (n=11) et de montrer « ce que l'on est capable de faire » (E12) pour accroître la « légitimité » (E2) de la profession, cela passant notamment par une **redéfinition** de l'intitulé de la profession : « on n'est plus des masseurs, on est des kinésithérapeutes [...] peut-être que ça va faire avancer les choses. » (E4). En revanche, 2 « experts MK » projettent qu'il est avant tout nécessaire que les kinésithérapeutes : « modifient leur pratique et leur façon de faire » (E10) et : « qu'à l'avenir les personnalités vont être plus pertinentes qu'une fonction et les kinés devront montrer qu'ils aiment leur métier » (E12)

2.1.2 Les rôles et les missions à redéfinir

Les « experts MK » expriment une **multiplicité** des **compétences** autour de la fonction du kinésithérapeute : « [...] le fait d'avoir un domaine aussi large et bien on est moins bon dans un domaine précis donc parfois ça arrive de ne pas répondre aux besoins du patient (n=2). Cette variété de compétences paraît aux yeux de plusieurs « experts » **contre-productive** et accroît la **difficulté à caractériser** le métier de kinésithérapeute : « Quel statut j'ai aujourd'hui, même moi je ne sais pas quoi dire. » (E9). Les « experts interne » soulignent l'importance d'une **redéfinition des rôles** des MK au sein du système de santé : « On ne doit plus tout à fait répondre aux mêmes enjeux et du coup avec une nécessité de redéfinir le rôle des différents professionnels de santé » (E1). Ainsi, les « experts interne » suggèrent de ne **plus parler en compétence** mais plutôt de **définir** des « missions » (n=5) qui vont devoir **évoluer** en fonction

de ce qui nous sera « **confié** » (E3). A l'issu des entretiens, la projection des « experts internes » a fait émerger **3 types de profils de MK** :

- « Le rôle de **coordinateur** dans le parcours de soins » (E1),
- « Le rôle **d'éducateur** » (E1) (E2) (E3) (E6)
- « Le rôle de **décideur** » (E2)

L'objectif est : « d'accompagner nos patients vers **l'autonomisation** » (n=3).

Enfin, tous les experts mettent en évidence le rôle crucial des kinésithérapeutes en tant **qu'acteurs clés de santé publique** : « C'est ce vers quoi l'on tend légalement » (E2) ; « vu la vague démographique qui arrive [...] ça renforce encore plus le rôle du kinésithérapeute comme un acteur de la santé publique » (E1). D'après les « experts », si ce rôle n'est pas « **rempli** » par les MK, ils pensent que ce rôle sera pris par « **d'autres professionnels de santé** » (n=4).

2.2 L'impact des politiques de santé publique sur la profession

2.2.1 Un frein financier

Les « experts MK » expriment principalement leurs inquiétudes quant à la diminution constante de leur **pouvoir d'achat** au fil des années : « « Le pouvoir d'achat des kinésithérapeutes diminuent tristement, inexorablement, de décennies en décennies » (E11). De ce fait, les « experts MK » expriment la nécessité de pratiquer des **dépassements d'honoraires** qui ont tendance à se « **généraliser** » selon les « experts internes » (E4, E5) : On voit que la tendance, c'est de faire des dépassements d'honoraires. Ça se généralise, ça se développe. En tout cas, ça sera inéluctable je pense, de demander quelques euros ». (E4)

D'après **l'expert MK E11**, cela peut **compromettre la qualité des soins** : « [...] un travail qui n'est pas forcément de qualité [...] on ne réponds pas aux demandes du patient parce qu'on veut gagner notre vie donc on prend plus de patient ». En effet, les « experts interne » (E4, E5) pensent que cela conduira à une « kinésithérapie et une médecine à deux vitesses » : « ceux qui ont les moyens, ceux qui n'ont pas les moyens » (E4) ; Ceux qui prétendent avoir des spécificités d'exercice [...] c'est sûr qu'ils ne feront que du dépassement d'honoraire » (E5).

Selon les « experts interne », cette baisse du pouvoir d'achat pourrait « **inciter les kinésithérapeutes** » (n=4) à « **changer de profession** » (n=4). L'expert interne E3 exprime sa crainte quant à une « **perte** » (E3) de la profession : « On voit que le revenu des kinés baisse, le revenu général des kinés baisse par rapport au coût de la vie [...] c'est le risque d'une perte [...] les kinésithérapeutes voudront changer de profession et c'est ce qui est en train de se passer [...] et donc l'État n'hésitera pas à nous remplacer par d'autres professions qui coûte moins cher. » (E3). L'expert MK E9 ajoute : « les gens vont en avoir marre de subir une espèce de pression

de la part de la Sécu avec une revalorisation salariale qui n'est pas du tout présente, ce n'est pas bon pour la profession [...] là moi je me pose beaucoup de questions sur si ça vaut le coup de continuer. »

Ce frein économique est attribué selon les « experts internes » aux **décisions politiques** : « d'un point de vue du financeur principal, **l'assurance-maladie**, le constat est clair la kinésithérapie ne doit **pas coûter trop cher** » (E6) ; « il est fortement discuté [...] parce qu'on est dans des cadres qui ne sont pas très agiles et on se retrouve à négocier tous les 5 ans » (E3) ; « Ça doit venir aussi venir des pouvoirs publics qui peuvent être en mesure de valoriser tout ça [...] quand il n'y a pas d'argent ça va être compliqué de faire bouger les choses. » (E2) ; « Pour la suite, on ne va pas se mentir **regarder les pharmacies est-ce que c'est ma solution ?** non est-ce que j'en ai une ? non. Si j'en avais une je la proposerai à l'heure actuelle » (E3).

S'ajoute à cela, les évolutions **structurelles du système de santé** : « il y a une évolution de la santé financière [...] la santé est en tendance déficit car l'assurance maladie est en tendance déficit. [...] il y a des « **choix** » stratégiques de la part de l'État pour utiliser les kinésithérapeutes » (E6).

En réponse à cette **pression financière « politiques »**, l'expert interne E2 exprime la possibilité d'une « **rémunération forfaitaire** » (E2). Ce dernier avis est rejoint par les « experts MK » : « On va le forfaitiser, tu vois ? » (E10) ; « La prochaine étape sincèrement ça va être la forfaitisation » (E9).

Par ailleurs, la réforme de la **Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP)** est perçue comme un « **frein à l'évolution de notre métier** » (E1). Selon l'expert interne E4, l'arrivée de cette nomenclature ne montre « aucun signe de tendance vers l'accès direct ».

Trois « experts MK » perçoivent l'arrivée de cette dernière comme un « **flicage** ». Pourtant, les « experts internes » (E2) (E3) (E6) pensent que c'est nécessaire pour permettre une meilleure « **traçabilité** » et « **reconnaissance** ».

En revanche, les « experts » se mettent en accord et soulignent la nécessité d'une **simplification des pratiques tarifaires** et envisagent des solutions telles que la « **cotation unique** » (n=5).

Les « experts internes » projettent une :

- « **Rémunération à la consultation** » (E3),
- Rémunération basée sur « est-ce qu'on remplit nos **missions** » (E1)
- « **Sortie de la dépendance** du système conventionnel » (E2).

Les « experts MK » espèrent : « une **revalorisation financière à hauteur** de leurs **compétences** » (E9, E10, E11).

Par ailleurs, les modes de rémunérations suscitent chez les « experts interne » des interrogations quant à l'attractivité d'exercer au sein de structures **salariales** : « il manque 3000 kinés salariés en France [...] ils ne sont pas payés » (E4) ; « est-ce que les jeunes professionnels veulent travailler dans les établissements au regard du rôle du kinésithérapeute dans ces établissements ? » (E6)

Cette situation conduit à « une **pénurie** dans un cas pour les **kinésithérapeutes** dans les établissements et une **explosion** de la démographie des **EAPA** » (E6) ayant pour conséquence une **substitution de tâches des kinésithérapeutes** (n=3). Les « experts internes » perçoivent ainsi une : « une **transition vers d'autres professions** qui n'ont pas la même activité débordante » (n=3).

Deux « experts interne » espèrent que « l'obligation d'exercice pour les futurs diplômés de 2028 a priori » (E3) permettra de compenser ce déficit et donnera « une certaine forme de légitimité » (E2). L'expert interne E7 ajoute « il n'y a pas de kinés parce qu'ils ne sont pas payés [...] le gouvernement devra faire un sacré lobbying auprès des futurs kinés ».

2.2.2 Un algorithme de l'État non adapté

Les « experts internes » remettent en question de la pertinence des statistiques démographiques des kinésithérapeutes et soulignent un « **sous-effectif** » de la profession (n=3) : « En France, c'est faux, on a fait les statistiques, on est en sous-effectif » (E3).

Pour les « experts internes » la régulation inadaptée est liée au **numerus clausus** et aux **quotas** d'entrée dans les écoles IFMK : « L'État français [...] ne maîtrise pas le flux des diplômes européens et donc en fait ça crée une situation où on est censé être une profession protégée qui répond à des besoins de santé et puis finalement on se retrouve à répondre à des demandes parce **qu'on n'arrive pas à maîtriser le flux de population** » (E1) ; « « la législation européenne qui permet la libre circulation des diplômes fait qu'à l'heure actuelle en termes de démographie professionnelle depuis 2022, il y a plus de diplôme (pas de nationalité) d'origine étrangère d'où des grosses complications pour réussir à avoir une offre de soin qui soit réellement en adéquation avec les apports de la totalité du territoire [...] il va falloir s'y pencher, on aura pas le choix. » (E3)

Trois « experts interne » pensent que cette situation est exacerbée par le recours des praticiens formés à l'étranger : « ... ils reviennent dans le système français, donc ils se surajoutent et ça ne va pas, il faut revoir tout ça » (E7) ; « L'État français pourrait à la limite maîtriser le flux

des diplômés d'État, mais qu'il ne maîtrise pas le flux des diplômes européen » (E1) ; « l'Europe nous impose d'accepter les étudiants aux équivalences européennes [...] on en arrive à des problèmes de zonage avec des interdictions » (E5).

L'expert interne E4 n'y voit pas d'inconvénients : « En 2024, on a les chiffres, on va passer à 60-40 au niveau des étrangers [...] mais je le vois d'un bon œil, parce qu'en fait, ça répond à une demande. » (E4)

Cette répartition géographique des kinésithérapeutes pose problème avec des inquiétudes exprimées par les « experts interne » quant à la **capacité du système de santé à répondre aux besoins** de la population : « très mal répartie, ça la CNAM nous le rappelle assez souvent, d'où des grosses complications derrière pour réussir à avoir une offre de soins qui soit réellement en adéquation avec les apports de la totalité du territoire [...] la population vieillit, **il faudra s'y pencher** » (E3).

Néanmoins, tous les « experts internes » s'accordent pour dire qu'il y a « une **forme d'ambiguïté des pouvoirs publics** ».

Pour pallier à cette difficulté, les experts conçoivent **plusieurs solutions** :

- « ouvrir le **bassin de recrutement** des étudiants » (E1) afin « de ne pas obliger les futurs professionnels à s'installer dans des zones non prioritaires ». Pour lui ça serait : « d'ouvrir la formation sur des académies suffisamment larges pour trouver des gens issus toutes les couches sociales [...] Vous avez un peu plus de chance qu'en tout cas, ils retournent dans leur zone d'habitation d'origine » (E1).

- « faire **reconnaître les sessions de stage** en salariat, en zone sous dotée, comme étant des préalables » (E3).

- « **l'accès direct** généralisé » (E4).

- « on aura besoin de **plus de kinés** pour accompagner les personnes qui vont vieillir » (E2)

Enfin pour 4 « experts internes », il serait plus que nécessaire de qualifier « **l'offre de soins** » pour ensuite « **qualifier la demande** ». Parmi eux, deux « experts internes » ayant suggérés cette idée travaillent actuellement sur des **expérimentations** à partir de « **L'application INSICARE** » et du « **Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR)** » pour : « évaluer la répartition de l'offre sur le territoire et voir comment elle répond aux besoins de santé de la population » (E6).

« L'objectif est d'évaluer si sur une région il y a une spécificité manquante [...] l'objectif final étant de rééquilibrer l'offre sur l'ensemble du champ de compétences de la kinésithérapie » (E6).

2.3 Une mutation nécessaire et inévitable pour une kinésithérapie 2.0

Pour une meilleure compréhension des différents points abordés dans cette sous-partie, chaque sous-partie sera synthétisée par les notions émergentes de l'analyse brute.

2.3.1 Vers une collaboration interprofessionnelle (Figure 17)

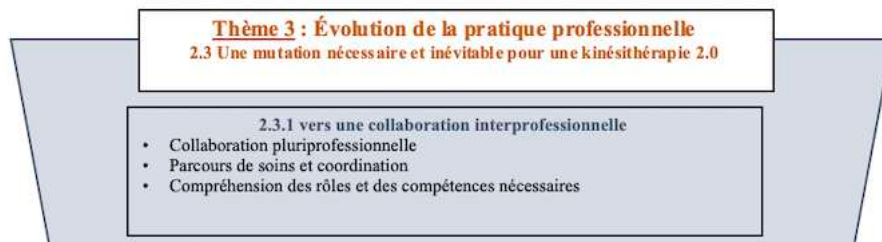


Figure 17 : Synthèse de la sous-partie 2.3.1 reprenant les notions clés de l'analyse brute.

La tendance majeure qui se dégage des « experts » concerne la nécessité d'une **collaboration pluriprofessionnelle** (n=8).

Pour les « experts internes », le MK de demain n'exercera plus de manière « **isolée** ». Selon eux, le kinésithérapeute de demain n'exercera plus de manière « isolé » (E1). Le MK devra davantage s'impliquer dans les **parcours de soins** pour jouer un rôle actif dans la **coordination** des soins (n=3). Il sera amené à travailler en **collaboration** avec d'autres professionnels : Les « **EAPA** » ont cités par tous les participants. Selon ces experts, les MK et les EAPA ont des métiers « **complémentaires** » (n=3).

Cette notion de complémentarité est également notifiée par les « experts MK » : « j'ai appris pleins de trucs en discutant avec les médecins [...] je vois que je gagne du temps et je peux avoir un interlocuteur de qualité » (E9) ; « tu discutes avec d'autres professions [...] c'est quelque chose d'hyper pertinent et intéressant » (E12) ; « j'ai déjà travaillé dans une structure avec les EAPA et la PEC du patient était meilleure pour moi, ils m'ont appris des choses » (E10).

Selon 3 « experts interne » (E2, E3, E7), cette notion de parcours de soins permettrait d'**identifier** les compétences et rôles de chaque acteur de santé : « quels sont les chevauchements ? Est-ce qu'on est en concurrence, en complémentarité ? [...] on pourrait voir ce que l'on pourrait partager et transférer » (E7).

L'expert interne E2 ajoute : « on doit être un **acteur du parcours** [...] le kinésithérapeute doit modifier sa pratique pour orienter ou **être en relais** et être en lien avec l'expertise qu'il a pour évaluer le patient et l'orienter ».

Deux « **experts internes** » (E2, E6) exposent un peu plus leur vision quant à la **coordination** et la **collaboration** : « avec ses compétences et connaissance, le kiné est un peu comme une passerelle entre le monde du sport et de la santé » (E6) ; « ce qui est intéressant par rapport aux maisons sport santé, c'est l'idée un peu du guichet unique de la pratique de l'activité physique. Il faut qu'elle soit adaptée, autonome, supervisée etc. [...] on aura certainement beaucoup plus d'efficacité dans les parcours de prise en charge, notamment de la maladie chronique [...] si on adopte ce rôle de coordinateur d'un parcours de soin [...] Il y aurait ce lien entre le professionnel de santé et les professionnels du sport qui serait fait par les kinés. Le kiné est au centre de ces deux professions » (E2).

Deux « **experts MK** » proposent une **vision de PEC vis-à-vis de cette collaboration** similaire aux « experts interne » : « une fois que le parcours de kiné est fini, l'objectif, ce serait qu'ils reprennent une activité physique régulière. Et donc, dans ce cas-là, peut-être développer des réseaux de soins avec, avec des EPAP, des coachs sportifs, de façon à avoir plus de pertinence sur l'après kiné » (E9) ; « Le patient vient, on fait de la thérapie manuelle, après on transfère à l'EAPA donc on fait une délégation de tâches. Il fait une ou deux séances d'actifs. Si des douleurs réapparaissent, il nous le réoriente etc. tu vois avec un programme bien particulier qu'on aura vu ensemble [...] et l'avantage c'est qu'il est dans ton institut » (E10).

Enfin, les « experts internes » expriment la nécessité d'une meilleure **compréhension** des **rôles** et des **compétences** « entre les professionnels de santé » (n=3).

L'expert interne E6 met l'accent de la complémentarité par la mise en place éventuelle des « **champs inter pro et mono pro** » (E6).

Les « experts interne » (E2, E3, E6, E4) pensent que cette collaboration ne sera que possible s'il y a « **une évolution des mentalités des MK** » car : « les kinésithérapeutes devront faire preuve d'humilité et d'acceptabilité parce qu'il va falloir apprendre à collaborer ensemble (les EAPA) » (E3).

2.3.2 Nécessité de prendre en compte le numérique (Figure 18)

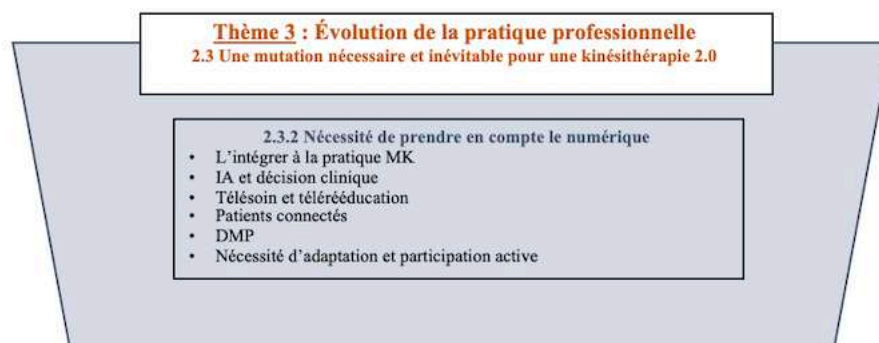


Figure 18 : Synthèse de la sous-partie 2.3.2 reprenant les notions clés de l'analyse brute.

L'impact des avancées technologiques sur la pratique kinésithérapeutique est fréquemment évoqué. Les « experts MK » évoquent un **changement de comportement** des patients : « Et on voit aussi que les patients ont de plus en plus de montres connectées [...] il faudra leur proposer des nouveautés » (E9) ; « les patients changent avec internet, ils ont accès à tout, donc les gens sont tous médecins, kinés. » (E10) ; « les nouvelles générations que je soigne, j'ai quand même l'impression que plus tu développes l'apport des nouvelles technologies et plus tu as de l'alliance thérapeutique, il faudra s'en saisir » (E11). Les « experts internes » rejoignent cette vision et pensent qu'il sera nécessaire « **d'intégrer les nouvelles technologies** » dans les « **pratiques MK** » afin de ne pas être « **décrédibilisé** » (n=4) : « faut essayer de se renouveler un peu au quotidien parce que si tu les ignores, ça va être difficile » (E2).

Les « experts MK » pensent que l'IA émerge comme une **ressource** capable de les **aider** dans leur « **décision clinique** » et dans leur « **diagnostic** » (n=4). L'expert MK E10 ajoute « pour les pathologies rares et complexes [...] ça sera une réelle aide pour nous surtout si ça fait longtemps qu'on n'a pas PEC la pathologie pour laquelle le patient vient nous voir ».

La vision des « experts MK » est confirmées par deux « experts internes » (E1, E7) : « l'IA, il est assez probable que beaucoup de jeunes professionnels souhaitent aller vers ce type d'outil qui va réduire une part d'incertitude » (E1) ; « Les jeunes kinés vont utiliser cet outil, il faudra l'accepter. Ça va réduire leur incertitude [...] C'est un outil, une aide comme d'autres outils » (E7)

D'autre part, quatre « experts internes » et trois « experts MK » jugent qu'il est essentiel d'intégrer le « **télésoins** » et la « **télééducation** » dans la pratique MK. Pour eux, cela permettrait à certains patients « **d'accéder aux soins** » (n=4) : « on a des spécificités démographiques qui font que les patients ont de la difficulté pour se déplacer » (E2). L'expert

interne E3 pense que le MK aurait des avantages en termes de coût : « Les professionnels ont plus de difficultés aussi à aller en déplacement avec l'augmentation des coûts » (E3).

Deux « experts internes » E8 et E3 estiment que « les kinésithérapeutes d'aujourd'hui **doivent s'en saisir** » (E8). Il sera « nécessaire de se former plutôt que de se **fermer** » (E3). L'expert interne E8 ajoute qu'il est nécessaire que les kinésithérapeutes « **ré-invente** » leur métier pour ne pas « **subir** ».

Selon l'expert interne E4 : « il faut trouver la plus-value je pense du kinésithérapeute dans le télésoin ou la télééducation qui soit notre prérogative et qu'on ne puisse pas être pris par un EAPA qui fera comme nous finalement »

Les « experts internes » E3 et E8 ajoutent qu'il y aurait un risque pour les kinésithérapeutes de perdre leur « **patientèle** » s'ils ne **proposent pas à leur patient ces nouveaux outils** : « [...] Et puis après, les patients ont aussi la liberté de choix, pas toujours partout finalement, puisque par obligation ils peuvent se retrouver à aller chez le seul praticien qui est dans le coin, mais on a l'opportunité d'offrir en plus un panel de choix à nos patients » (E3); « [...] et puis qu'à côté il y a une super appli, surtout, tu vois, tout le monde est friand de tout ça, je pense que les gens, ils sont aussi de plus en plus acteurs de leur santé [...] vous serez moins bons dans votre métier que le gars qui s'occupe du numérique, donc votre patientèle, vous allez la perdre » (E8) Cette perspective est nuancée pour 2 autres « experts interne » et l'expert MK E9 par la reconnaissance de la nécessité d'un « **encadrement rigoureux** » et d'une « **validation scientifique** » pour garantir une efficacité et la sécurité de ses outils (n=3).

L'intégration du **Dossier Médical Partagé (DMP)** a été nettement citée lors des entretiens par les « experts internes ». Pour eux, Cet outil numérique serait un réel « **atout** » pour l'évolution de la pratique. **L'expert interne E8** a fait part des **attendus** de « **mon espace santé** » : « par rapport aux applications qu'aurait le patient prescrit par son kiné, le patient fait après le lien avec son espace santé et donc vous **en tant que kiné vous pourriez interagir via l'espace santé du patient** [...] **l'application téléchargée** elle-même par le patient grâce à vous sur cet espace santé permettrait **d'annoncer du contenu** pour le patient etc. Le patient pourrait **vous informer des exercices** qu'il a fait ou non, les douleurs qui sont encore présentes etc. Ça permettrait d'améliorer le suivi » (E8)

Pour l'expert interne E3 cela permettrait au MK une meilleure **coordination et communication** : « « pour les exercices coordonnés désormais avec le numérique [...] ce qui permet justement des exercices coordonnés différents, des ESP, les CPTS justement qui permettent de se coordonner et mieux communiquer entre acteurs ».

Les « experts MK » perçoivent un réel avantage de par les « **informations** » qu'ils pourront « **soutirer** » pour une « **meilleure prise en charge de leurs patients** » (n=4). Pour deux « experts MK » E9 et E10 cela permettrait une meilleure **reconnaissance** : « ça permettra aussi que les médecins comprennent un peu mieux ce que l'on fait » (E9) ; « moi je vais prendre de l'info mais j'ai surtout envie d'envoyer des infos aux médecins et ça permettra aussi qu'ils comprennent un peu mieux ce que l'on fait » (E10).

L'expert interne E3 fait part que dans cet **espace santé du patient** devra être intégré le **BDK** : « À partir du 31 décembre 2024, on est obligé normalement de déposer notre fiche de synthèse du BDK sur le DMP pour contribuer aux informations et à l'échange entre professionnels » (E3). Ce même expert interne ajoute : « On aura aussi l'arrivée de **l'ordonnance numérique** et de **l'application carte vitale** d'ici 2 ans » (E3).

L'expert interne E8 insiste sur le fait que les « **MK doivent prendre conscience** » des « **enjeux de cet espace numérique** » car c'est une « **volonté de l'État** » (E8).

Les experts interne E8 et E3 mentionnent que ça fera partie intégrante de « **l'évolution de la profession** ».

Face à cette dynamique, les « experts internes » soulignent l'importance de rester « **proactif** » face à ces évolutions en se « **formant et en s'appropriant les outils disponibles** » (n=3). L'expert interne E3 met en garde le risque de « **marginalisation professionnelle** » pour les MK « qui ne se saisiraient pas des opportunités offertes par ces avancées » (E3). Les « experts internes » soulignent la nécessité d'une « **adaptation constante pour rester pertinent envers des patients** » (n=3).

Cependant, 3 « experts MK » relèvent « à l'heure actuelle, je ne vois pas en tant que kiné comment je pourrais exploiter ce dossier médical partagé » (E10) ; « au moment où je te parle mon niveau d'information, il est zéro » (E12) ; « Il faudra voir comment c'est gérer parce que là je n'ai aucune idée des attentes » (E9).

Une réflexion est engagée par 3 « experts internes » (E8) (E3) (E6) sur le rôle du MK dans ce **processus de transformation numérique**. Ils espèrent une « **participation active** des kinésithérapeutes » : « rendre acteurs les kinés en les incitant à travailler avec des groupements afin qu'ils puissent être acteurs de la conception des services dans leur ergonomie de manière à ce que le service soit mieux intégré au contexte du visage du kiné » (E8).

Pour ces 3 « experts interne », cette participation est « **indispensable** » pour garantir que cette évolution « **bénéficie à la fois aux patients et à la profession elle-même** » (n=3). L'expert interne E3 travaille actuellement sur « l'aide à la formation en numérique [...] ça permettra « de mieux engager les kinésithérapeutes dans cette évolution » (E3). Pour lui, les MK d'aujourd'hui « n'y prêtent pas attention par « manque de besoin et de temps » et pense que : « le **numérique va être perçu** à un moment donné comme une **obligation** et non pas comme une aubaine pour avoir les informations [...] et ce n'est pas bien pour la profession. » (E3)

L'expert interne E8 a fait part des engagements de l'État sur « l'intégration d'un module numérique pour la formation initiale » à partir de la rentrée 2024.

2.3.3 Une transition Trans-générationnelle à considérer (Figure 19)

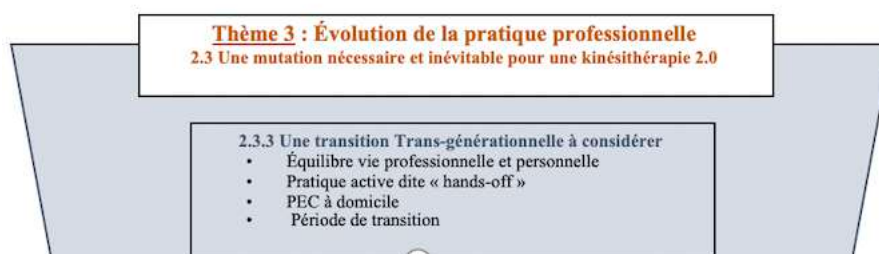


Figure 19 : Synthèse de la sous-partie 2.3.3 reprenant les notions clés de l'analyse brute.

Les « experts interne » trouvent que les jeunes kinésithérapeutes sont plus enclins à rechercher « un équilibre entre leur vie professionnelle et personnelle » (n=4). Ils pensent que ça peut « **impacter** » leur **engagement** dans la profession. Cet avis est rejoint pour l'expert MK E10 : « la plupart, ils voient plus la qualité de vie que malheureusement la profession en elle-même et ça me fait peur parce que s'il faudra se battre pour montrer nos compétences j'en suis sûr. Et, je ne suis pas sûr que tout le monde le fasse ».

Deux « experts interne » E5 et E4 expriment leurs craintes quant à la pratique clinique des nouvelles générations « **hands-off** »¹⁹. Cet avis est partagé par tous les « experts MK » : « les nouvelles générations là de kiné. Les hands off, moi, là, j'ai eu un remplaçant, il m'a fait les meilleurs exercices du monde. Super ! Mais maintenant, mon patient, il ne va pas mieux pour autant parce que mon patient, ce qu'il avait besoin à ce moment-là, c'est qu'on le touche » (E9). L'expert interne E3 pensent que : « c'est bien d'avoir une formation qui est inscrite dans la recherche mais c'est important de se rappeler : à quoi sert le diplôme ? [...] alors il y a le diplôme avec cette orientation recherche et puis il y a l'esprit du diplôme à quoi il va me servir

¹⁹ La pratique dite « Hands-off » est une technique plutôt active où les kinésithérapeutes proposent aux patients une rééducation basée sur le mouvement (exercices physiques) sans contact « manuel » (<https://media.doctolib.com/image/upload/mkg/file/hands-on-hands-off-quelle-tendance>)

[...] il faut faire attention à ne pas aller dans l'autre sens car si on envoie des kinés dans des cabinets qui savent lire scientifiquement [..]. Mais je ne suis pas sûre que ça soignera les gens » (E3).

Cette vision de « réflexion » est également mentionnée par deux « experts MK ». Ils font part de leur **crainte** pour l'avenir de la profession : « on a ceux qui sont à 100% sur de l'actif et il n'y a aucune réflexion de passif. A croire que ça n'existe pas donc ça pose problème dans un métier essentiellement manuel et ça me fait peur pour l'avenir » (E10) ; « ce qu'il me fait peur, c'est que le côté passif se perde parce que vous réfléchissais beaucoup mais vous oubliez le patient. » (E11).

Ces deux mêmes « experts MK » expriment également une « mauvaise vision de la part des étudiants de la **prise en charge à domicile** » alors que « **l'avenir est la prise en charge de la personne âgée** » (E10, E11).

Pour trois « experts internes », la « PEC à domicile » pose aussi problème : « On le voit dans les chiffres, les kinés ne vont plus à domicile [...] il y a une vraie problématique quant à l'offre de soins sur lesquelles nous sommes en train de réfléchir » (E2). L'expert interne E5 ajoute : « si on ne le fait pas d'autres professionnels de santé, pour ne pas les citer le feront ».

Enfin, l'expert interne E3 souligne la nécessité **d'adaptation** par rapport à ces deux types de pratique « **passive** » et « **active** ».

L'expert interne E1 pense qu'il y aura « **période de transition qui risque d'être difficile**, qui risque d'être assez douloureuse, et mon espoir c'est qu'on ne décourage pas les jeunes générations qui pourraient aller vers ce que moi j'imagine de l'avenir de la profession, au profit d'une vision un Deux autres « experts interne » (E6) et (E2) pensent « qu'il y a une vraie mutation de la pratique vers de l'**actif** » : axé sur l'**autonomisation** des patients. Pour eux, c'est un réel atout pour l'intégration du MK dans « tout ce qui est **santé publique** ».

2.3.4 Avoir des perspectives d'évolutions (Figure 20)



Figure 20 : Synthèse de la sous-partie 2.3.4 reprenant les notions clés de l'analyse brute.

Les participants expriment leur volonté d'une évolution des « **compétences** ».

Quatre « experts interne » espèrent « faire passer la profession en tant que profession médicale à prescription encadrée ». (E2, E3, E6, E4)

Deux « experts internes » (E6, E2) expriment le besoin de se positionner davantage comme des **acteurs de la santé publique**. À l'heure actuelle des expérimentations sont en cours pour : « chercher à développer la profession de kiné coordonnateur notamment en EHPAD » (E2)

Les « experts MK » évoquent le souhait d'obtenir le droit de prescription d'examens complémentaires tel que des examens « **radiologiques** » et « **échographiques** ».

L'expert interne E4 ajoute « dans pas longtemps, on aura la primo prescription de sport d'APA, enfin espérons. »

Trois « experts internes » (E4, E2, E6) pensent qu'il est important de **valoriser** la profession. Pour eux, il est nécessaire de faire reconnaître les « **spécificités** » des MK. Pour eux, cette reconnaissance permettrait de répondre à la pertinence et à l'efficacité des soins souhaitées par « **les pouvoirs publics** ».

La perspective de « **l'accès direct** » à la kinésithérapie semble susciter un consensus chez les « experts » qui voient en cela une opportunité d'augmenter leur « **autonomie professionnelle** » (n=6). Les « experts interne » (E3, E4) ajoutent : « l'accès direct, c'est la confiance et pour avoir confiance en quelqu'un, c'est connaître ces compétences » (E3) ; « l'accès direct, c'est évoluer dans des structures types CTPS, MSP etc. ». (E4)

Ces 2 « experts internes » mentionnent que cette autonomisation passera par « une délégation des compétences ». Le MK devra donc « **accepter de déléguer** certaines de nos compétences, si d'autres augmentent bien sûr » (E3, E4)

Globalement, l'**autonomisation** est perçue par les « experts internes » par :

- « Un **accès direct généralisé** » (E4, E5, E6, E3)
- « Un **exercice coordonné** au sein des CPTS et/ MSP » (E2, E3, E6)
- « Une **prise en charge préventive, active et autonome du patient** » (E2, E3, E6, E1)

Cette évolution rejoint l'idée de la « **formation continue** » (n=3) soulevée par trois « experts internes » (E3, E2, E6). Pour eux, à l'avenir les MK devront avoir une « **expertise scientifique** » pour maintenir une « certaine **performance dans leur pratique** » et « **répondre aux enjeux attendus des pouvoirs publics** ».

2.3.5 Nécessité d'adaptation de la formation : vers une universitarisation (Figure 21)

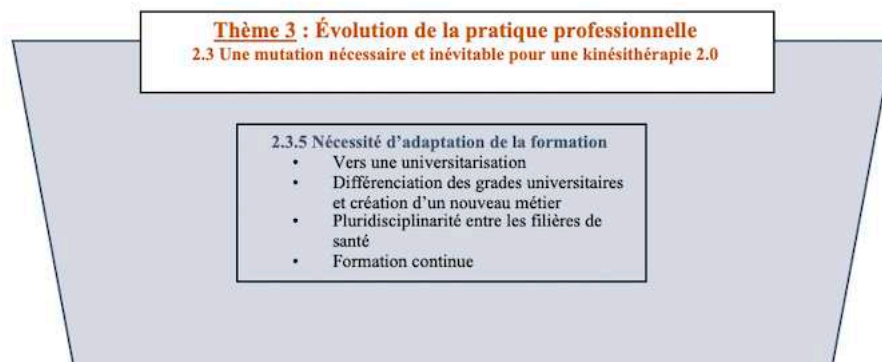


Figure 21: Synthèse de la sous-partie 2.3.5 reprenant les notions clés de l'analyse brute.

Face à ces évolutions, la nécessité d'une **réforme du cursus de formation** s'affirme de manière récurrente chez les « experts interne ». « **L'universitarisation** » (n=6) est perçue comme une « voie inévitable et fondamentale pour adapter la formation aux compétences professionnelles futures » (E1). Pour eux, elle permettrait une ouverture à la « **transversalité** » (n=5).

Cette « universitarisation » est aussi mentionnée par trois « experts MK ». Pour eux, cette réforme serait un moyen de faire reconnaître des « **spécificités** » (n=3). L'expert MK E10 suggère l'idée de de mettre en place « un **socle commun** et puis après tu passes un **concours** un peu comme en médecine qui te **permet de choisir une spécificité** ».

Pour l'expert interne E1 : « il serait bénéfique de « **personnaliser** » les parcours des étudiants avec des colorations **de compétences spécifiques** [...] ça permettrait de mieux répondre à la diversité des besoins de la population ».

Selon les dires de ces 3 « experts interne », une perspective axée sur une « **différenciation des grades universitaires** » (E2, E6, E3) se dessine : « peut-être pour l'instant l'idée serait s'ils ont

fait une licence pour les kinés, du moins les EAPA ou autres, plutôt technicien et les super kinés avec un master 2, les experts » (E2).

Selon eux, cette différenciation permettrait de de « **diversifier les compétences** » et les « **fonctions** » au sein de « **la pratique kinésithérapeutique** »

L'expert interne E6 ajoute : « ça renforcera le futur rôle de coordinateur du kiné ».

Trois « experts interne » (E2, E3, E6) expriment la nécessité d'une « **adaptation de la formation initiale** » en intégrant notamment des éléments de « **santé publique** » afin de sensibiliser les futurs kinésithérapeutes aux « **enjeux** » (n=3).

Quatre « experts interne » (E1, E2, E3, E6) et deux « experts MK » (E9, E10) estiment qu'il faut « **intégrer** » les nouvelles technologies, tels que le « **télésoin** » et la « **télééducation** » (n=6) : « cette pratique, il faut vraiment l'intégrer dès le début de leur cursus afin qu'ils restent proactifs dans l'évolution » (E2).

Les mêmes « experts interne » pensent qu'il serait nécessaire « **d'adapter les mises en pratique** » à travers une **pluridisciplinarité** entre les étudiants issus des « **filières de santé** » (E6, E3, E2) : « que les kinésithérapeutes fassent des rencontres, que les étudiants travaillent entre eux [...] des réunions thématiques sur des parcours à voir ce que peut proposer l'un, ce que peut proposer l'autre [...] on a vrai travail de **brainstorming** à faire par les étudiants » (E6).

Par ailleurs, pour deux « experts interne » (E1, E7) il est essentiel « **d'inciter les étudiants** » à : « **accorder du sens aux actes qu'ils effectuent** » pour contribuer à renforcer la « **crédibilité** » de la profession.

Enfin trois « experts internes » (E1, E4, E3) soulignent l'importance de « **renforcer la recherche** » afin d'obtenir une « **reconnaissance égale à celle des autres professionnels de santé** » (n=3).

2.3.6 Un lobbying nécessaire pour trouver la place du kinésithérapeute dans le secteur de la santé (Figure 22)



Figure 22 : Synthèse de la sous-partie 2.3.6 reprenant les notions clés de l'analyse brute.

Premièrement, il est clairement exprimé par les « experts interne » que la « **faible participation syndicale** et politique des kinésithérapeutes » (n=6) limite leur influence sur les « **décisions gouvernementales** » : « Quand on est reçu à l'Élysée et qu'ils nous disent qu'il n'y a que 10 % des kinésithérapeutes qui sont syndiqués [...] c'est relativement faible, on a un pouvoir de nuisance relativement faible et comme notre pouvoir est faible on nous écoute beaucoup moins [...] et donc on n'est pas intégré dans les plans nationaux. » (E2) ; « Tant qu'on sera une profession remboursée par la Sécu, il va falloir qu'on puisse aborder ce sujet-là. C'est-à-dire avoir un syndicat de notre choix « obligatoire ». Donc, déjà, comme ça, on aurait vraiment un gros pouvoir syndicaliste face au gouvernement. » (E5).

L'expert MK E9 est en accord avec les « experts internes » de cette **faible représentativité syndicale**. Cela expliquerait : « et qu'on se fait bouffer progressivement par tous les métiers un peu auxiliaires de santé et ce n'est pas bon pour la suite ».

Cette sous-représentation dans l'**instance décisionnelle** compromet les capacités des « experts internes » à « **défendre les intérêts professionnels** » (n=3). En réponse à ce constat, plusieurs pistes sont avancées pour **renforcer la représentativité politique et syndicale de la profession**.

Il est suggéré par 4 « experts internes » (E5, E2, E3, E7) que les MK **s'impliquent** davantage dans les « **organisation syndicale pour renforcer la voix des kinésithérapeutes et accroître leur pouvoir de négociation** » (n=4).

Les « experts interne » proposent de renforcer la « **communication** » : « on ne fait pas assez de lobbying en communication [...] après le législateur ou le ministère nous considère comme prioritairement soignants et pas prioritairement comme préventeurs » (E6) ; « il faut communiquer sur quel est le niveau de prérogative des uns et des autres » (E4).

En parallèle, les « experts interne » porte une attention particulière à la nécessité de **renforcer la communication** avec les **patients** et les autres **professionnels de santé** pour « **clarifier** les rôles et les compétences des kinésithérapeutes » (n=4). Les « experts internes » mentionnent que des stratégies telles que la « **création d'annuaire** » (n=3) mettant en avant les **compétences spécifiques** sont proposés pour faciliter « **l'orientation** des patients et **promouvoir** la profession » (n=3). Ainsi, la « **collaboration interprofessionnelle** » apparaît aux yeux des « experts internes » comme « **essentielle et nécessaire** ».

Pour les « experts internes » (E2, E6, E3) cette **collaboration** permettrait de **promouvoir** la profession de kinésithérapeute et faire « **reconnaître leur rôle** dans le système de santé » (n=4). Ainsi, ils pensent que les MK doivent s'impliquer activement dans des initiatives telles que les « **CPTS** » ou « **MSP** » pour **faire valoir leurs compétences** et contribuer à une « **prise en charge globale et coordonnées des patients** » (n=3).

Selon les « experts interne », le MK devra utiliser les **médias et les réseaux sociaux** pour « **sensibiliser le grand public** » à la profession.

Ces « experts interne » proposent des « campagnes de **communication** » ciblée pour contribuer à changer les perceptions et à « **valoriser** » le rôle de kinésithérapeute dans le système de santé. Pour l'expert interne E2, ça pourrait être « des vidéos démonstratives des kinésithérapeutes par rapport à leur rôle peut-être que ça serait la solution pour faire de la promotion de la santé ». L'expert interne E6 ajoute : « de l'information sur qui fait quoi, quels sont les différents niveaux et pas de lien de subordination comme aujourd'hui avec la notion de prescription ».

Trois « experts interne » (E2, E4, E6) pensent que les « **Jeux Olympiques de Paris 2024** » vont permettre une **meilleure vision** de la kinésithérapie de la part des **usagers** : [...]. va faire une campagne de promotion là-dessus. Il va beaucoup communiquer. Donc, ça veut dire que la population française sait que le kiné existe. On va travailler là-dessus, si vous voulez, pour qu'il n'y ait pas que l'aspect soin, sportif, mais aussi la communication, ce qu'on fait, ce qu'on est capable de faire » (E4).

Enfin, les « experts internes » soulignent l'importance de « **l'unité et de la solidarité** » (n=4) au sein de la profession pour faire face aux « **défis futurs** » (n=4). Ils affirment que seule une « **mobilisation collective** » et « **coordonnée** » permettra aux kinésithérapeutes de « **défendre efficacement leurs intérêts** » (E2, E3) et de « **garantir la pérennité de leur profession dans un environnement en constante évolution** » (E4, E6, E3). Dans le **cas contraire** : « si on reste sur un « ronron », sans voir ce qu'il se passe autour, **on risque d'avoir des problèmes** » (E6) et donc la profession risque d'être « **assez siphonné.** » (E3).

VI. INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS

1. Interprétation des résultats des « entretiens semi-directifs » : étape 3 construction de la méthode P.M

À partir de la revue de la littérature et des entretiens semi-directifs du groupe « experts », l'objectif de cette étape est **d'identifier les tendances actuelles** et les **variables clés « internes »** et **« externes »** pouvant **influencer l'évolution du métier de kinésithérapeute** (Boyer & Scouarnec,2008). Ces variables « clés » constituent la 1^{ère} étape pour la construction des scénarii.

1.1 **La kinésithérapie : un pilier de santé publique à valoriser**

Comme décrit dans l'analyse, il paraît prioritaire de trouver une **dénomination** de la profession. Pour Freidson (1985), les métiers « **paramédicaux** » ne représentent pas une **réalité** technique mais « **sociologique** ». D'après les données de la littérature, cette dénomination de « masseur-kinésithérapeute » n'existe pas à l'Échelle Européenne (FNEK,2019). Le CNOMK fait apparaître le terme « masseur » mais ce dernier n'est pas décrit dans divers articles²⁰ (Ex de l'article « pour une relation thérapeutique saine et sécurisée » : le terme « *la profession de kinésithérapeute* » est employée). Cette première « variable interne » de la profession MK a été mise en avant lors des assises nationales de la kinésithérapie en Juin 2022 à Arles (FFMKR,2022). Suite à la réingénierie de la formation initiale, l'objectif de cette assemblée était de discuter autour d'une « dénomination » pouvant facilement se repérer à l'international (FFMKR,2022). Cette donnée se rapproche des résultats obtenus où deux « experts internes » ont mentionnés : « c'était la conclusion de nos assises. Maintenant il reste plus qu'à le mettre à jour pour tous les textes législatifs et faire en sorte que l'ensemble de la profession soit prêt [...] Et soit d'accord à faire ça puisque pour certains ils vont croire qu'on se débarrasse d'une technique » (E6, E3). Ainsi, **le MK de demain sera un « kinésithérapeute »**.

Afin de répondre aux **futurs enjeux de santé publique**, les « experts interne » ont évoqués la nécessité de redéfinir un cadre de « **compétences** » précis de notre « **rôle** » à travers la **définition** de « **missions** ». Cette tendance est en accord avec la restructuration actuelle du système de santé développé dans la partie II.3.1. L'évolution des parcours de soins vers des parcours de santé nécessite de repenser les rôles de chaque acteur de santé (Leem,2020).

20 <https://www.ordremk.fr/actualites/ordre/pour-une-relation-therapeutique-saine-et-securisee-kit-de-communication/>

Face au **vieillessement de la population**, l'analyse des données montrent que les MK sont appelés à se placer en tant **qu'acteur de santé publique**. En effet, d'ici **2040**, plus de **30%** de la population sera âgée de **plus de 60 ans** (Figure 23) (INSEE,2019). L'INSEE (2019) estime qu'en **2060**, environ **2,3 millions de personnes** pourraient être en situation de **dépendance** (INSEE,2019). Cette tendance sociétale met en lumière **l'importance du maintien à domicile** des personnes âgées. Pour rappel, lors de l'analyse, l'expert interne E3 avait exprimé : « La loi sur le bien vieillir est en train de sortir. La PPL est déjà très bien annoncée, je crois qu'elle a été déposée ». Cette tendance est confirmée par la **loi n° 2024-317 du 8 avril 2024** (JO du 8 avril 2024) portée sur le renforcement de la « **prévention** » face au vieillissement de la société.

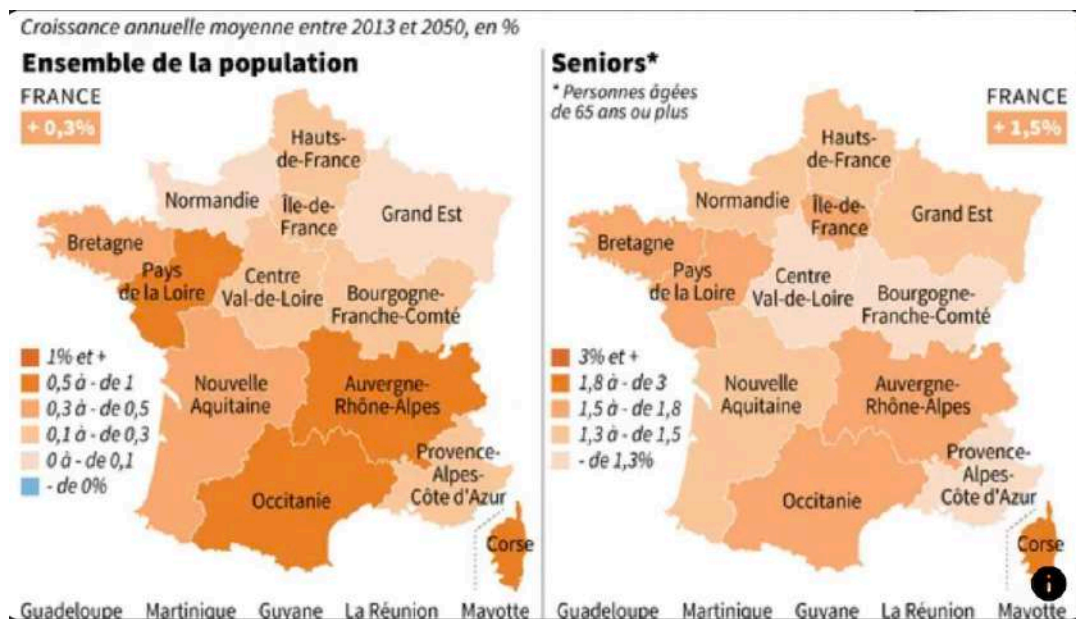


Figure 23 : Représentation démographique de la population d'ici 2050 (INSEE,2019)

Par ailleurs, La HAS (2019) encourage la mise en place d'une **coopération entre les professionnels** de santé pour faire face au vieillissement de la population et à l'évolution de la demande de soin vers davantage de maladies chroniques (HAS,2019). D'ici 2040, les PA seront « polypathologiques » et les maladies chroniques augmenteront. (Leem,2020).

Cette évolution souligne le renforcement et la nécessité pour les MK de concevoir leurs interventions dans une perspective de **parcours de soins** en mettant en avant leur rôle de « **préventeur** ».

Selon le rapport de l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'Environnement et du travail (ANSES)²¹ (2022), **95%** de la population Française ont une

21 <https://www.anses.fr/fr/content/manque-d'activite-physique-et-exces-de-sedentarite-une-priorite-de-sante-publique> (ANSES,2022)

activité physique insuffisante (ANSES,2022). Le 24 Janvier 2024, un **partenariat** est signé entre l'**Union Nationale des Maisons Sport Santé** et la **Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs (FFMKR)**²² (FFMKR,2024). L'objectif est double : informer les usagers sur les bienfaits du sport et accroître la collaboration entre les MK et les MSP (FFMKR,2024). Suite à l'analyse, l'arrivée des Jeux Olympiques Paris 2024 semble être une aubaine pour les MK. En effet, cette idée est perçue par les experts lors des entretiens comme un moyen de « communication » dans le but d'amener le MK à faire de la santé publique : « un **bilan d'inactivité physique et de sédentarité** qui sera diffusé prochainement vers mars 2024 en partenariat avec le logiciel Vega [...] donc tous les **kinés pourront proposer à leurs patients ce bilan** » (E3). Les dés sont lancés, le MK tends à s'engager en tant « **qu'acteur de santé publique** ». Ainsi, c'est un premier pas vers un **droit de prescription d'APA** en 1ère intention pour les MK.

Dans ce contexte, le rôle du **kinésithérapeute coordonnateur** cité par les experts semble justifié. Depuis juin 2023, la création d'un poste de « **kinésithérapeute coordonnateur (KinéCo)** » au sein des EHPAD est expérimenté. Ce nouveau « rôle » a pour objectif de pallier au manque de coordination entre les professionnels de santé dans la prévention, la prise en charge et le suivi des troubles fonctionnels (FFMKR,2022). Les besoins de « coordination » sont nettement cités dans les stratégies nationales de santé (partie II.3.1). Selon Cordier (2013), le **concept de coordination** repose « *sur un modèle qui enferme les professionnels dans des périmètres de métiers et d'actes. Il faut permettre d'une part un avancement de carrière des soignant, et d'autre part développer de nouvelles compétences pour aider à une meilleure fluidité des parcours de santé* » (Cordier,2013)

Cette nouvelle fonction de « coordonnateur » est également **vouée à se développer** notamment pour coordonner les **parcours d'Activité Physique Adaptée (APA)** (FFMKR,2022).

Cette variable externe semble dessinée une 1^{ère} tendance d'évolution « interne » du métier MK passant d'un rôle de « dispensateur » de soins vers celui d'un « coordonnateur ».

1.2 Une mutation nécessaire et inévitable pour une kinésithérapie 2.0

Pour faire face à ses enjeux de santé publique, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (décrit dans la partie II.3), estime que la **collaboration interprofessionnelle** serait un levier non négligeable et ce notamment pour une diminution de la baisse du coût des soins (WHO,2010).

²² https://www.ffmkr.org/upload/ressources/communiqués_de_presse/2024/cdp_unmss_ffmkr_-_engagement_sport-sante_et_apa.pdf (FFMKR,2024)

L'intégration des nouvelles pratiques autour des « **parcours de soins** » est développée par les organisations de santé (Cargnello & Franchistéguy,2019). Ce concept de « parcours de soin » est intégré comme une **pratique de « projet de santé »** pour la majorité des « experts ». Cela nécessite donc une adaptation et une restructuration du métier de MK.

D'après les données du **Healthcare Data Summit (2018)**, « *Le premier pilier de transformation du système passe par un recentrage sur le patient et sa prise en charge optimale tout au long de son parcours de santé. Et non sur la réussite de l'acte médical isolé par un professionnel de santé* » (NAHDO,2018).

Les « experts » décrivent cette pratique autour « d'un **exercice coordonné au sein des CPTS** ». Cette perspective d'évolution a été enclenchée par la loi de modernisation du système de santé (2016). Cette loi a permis l'**expérimentation** menée actuellement par l'URPS Île-de-France visant à évaluer l'impact de l'introduction d'un kinésithérapeute en **pratique avancée** (URPS,2021). Cette initiative se déroule en 2 phases et sa **conclusion** est prévue en **février 2025**. (URPS,2021) S'ajoute à cela, l'expérimentation de l'accès direct dans 13 départements permise par la **loi n° 2023-379 Rist du 19 mai 2023** (FFMKR,2024). Ces tendances amènent le MK vers une **responsabilisation** accrue et une **augmentation** de ces **compétences**.

Le **scénario tendanciel de la DRESS (2017)** estime une **baisse d'environ 50%** de la spécialité « **médecine physique et rééducation fonctionnelle** d'ici 2040 (DRESS,2017). S'ajoute à cela, une diminution d'environ **18% des médecins généralistes** (Figure 24) (DRESS,2017). Cette évolution pourrait **favoriser une délégation de tâches** des MG vers les MK. Pour les « experts » cette autonomisation permettrait aux MK de devenir une « profession médicale à prescription encadrée ».

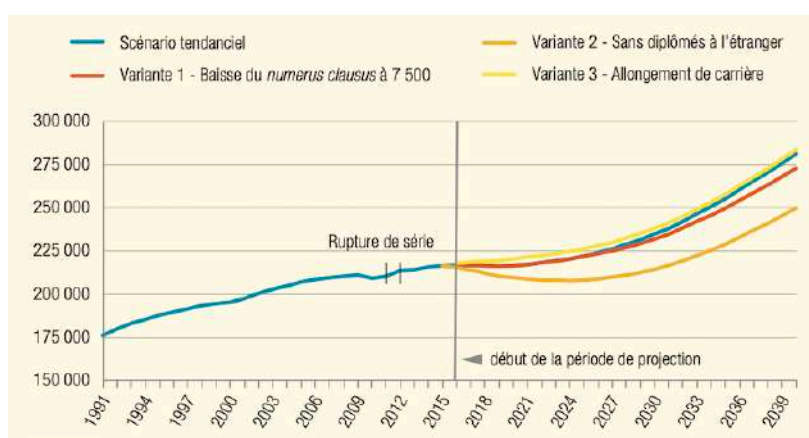


Figure 24 : Évolution de la démographie des médecins généralistes d'ici 2040 d'après la DRESS (2017)

Cette perspective d'évolution vers de nouveaux modes de pratiques met en lien une transformation de **l'identité professionnelle de la profession** (Dubar,2000). Il est donc nécessaire que les MK aient une **meilleure compréhension de leurs rôles** (Dubar,2000).

Bien évidemment ces données ne sont pas généralisables à l'ensemble de la profession et seul l'avenir nous dira si les expérimentations ont été bénéfiques.

Comme décrit dans la partie II.3.1, les pouvoirs publics mettent en avant la « **santé numérique** » notamment à travers l'intégration du « **DMP** ». Celui-ci favoriserait la **communication** dans la **coordination** des soins et l'**autonomisation** du patient (Leem,2020). D'après les « experts », cet « outil » fera **partie intégrante de notre pratique dès Décembre 2024**. Parallèlement, les « experts » perçoivent une « personnalisation de soins » chez le patient qui, dans une ère numérique le rend plus « experts » de santé. Cette vision collabore avec les **tendances sociétales** de la partie II.3.2. Les MK n'auront donc pas le choix de s'adapter et d'évoluer dans cet « esprit numérique ». Des living-lab impliquant les usagers et autres acteurs concernés (médical, paramédical, réglementaires etc.) pour tester de nouveaux services « numériques » semblent intéressants pour les MK (Innov'asso,2020). Coordiné avec les ARS, ce procédé a pour objectif d'**encourager la collaboration interdisciplinaire** et **simplifier** les évaluations cliniques (Pelissier et al.,2017).

Dans la continuité des **mutations internes** de notre système de santé, le **télésoin** semble selon les « experts internes » être un « **outil** » nécessaire à l'intégration de la pratique MK. Il permettrait de **répondre aux besoins de santé**, notamment dans les « **zones sous-dotées** » et **d'améliorer le suivi** du patient (Ministères de Solidarités et de la santé,2018). Bien que ce mode de pratique soit adopté dans de nombreux pays (Suède, Norvège, Finlande, Canada etc.) (Bezanson C.,2017), son intégration dans la pratique MK semble plus compromise. La **méconnaissance technologique** et l'**incapacité** à avoir un **contact physique** avec le patient pendant les séances de télééducation peuvent susciter des réticences au sein de la profession (Pelissier et al.,2017).

Ces variables clés « externes » auront certainement un impact interne à la profession. Une pratique centrée sur le « **hands-off** » et l'arrivée d'une **nouvelle génération** de MK sont peut-être **deux facteurs clés** pour une **meilleure intégration** au sein de la profession.

Les pouvoirs publics préconisent le **développement de nouveau métier** en **s'appuyant** sur les **compétences** et **l'expertise des professionnels paramédicaux** (Stratégie nationale de santé,2013).

Pour les « experts », il s'agirait d'une profession MK « experts » en **pratique avancée** et d'une profession « **techniciens** » avec les EAPA et/ou autres professionnels.

Pour l'instant les EAPA (largement cités lors des entretiens) appartiennent aux filières de la « rééducation » en santé (Ministre du travail de la santé et des solidarités, 2016). Ils ne sont pas reconnus en tant que « profession paramédicales » (Ministre du travail de la santé et des solidarités, 2016). Un « expert interne » mentionne par ailleurs : « Les EAPA ne sont pas encore des professionnels paramédicaux mais les tendances nous montrent que [...] je vous laisse imaginer la suite » (E7). Ce « nouveau » métier de technicien semble donc s'aligner sur tendances gouvernementales ayant pour objectif la création de « nouveau métier ».

1.3 L'impact des politiques de santé publique sur la profession

Selon les « experts », la **valorisation financière** de cette nouvelle pratique modifiant **l'environnement interne** de la profession est un **facteur clé** devant être pris en compte dans les « futures négociations ». La signature de l'avenant 7 a entraîné une modification et une revalorisation de la NGAP (FFMKR,2024). Sortie le 22 février 2024 (FFMKR,2024), son apparition suscite la colère chez de nombreux MK (SNMKR,2024). La complexification liée à l'augmentation des actes et la « valorisation » initialement prévue ne correspondent pas aux attentes de la profession (SNMKR,2024). Les « experts » s'accordent avec ces données. Pour eux, il est nécessaire d'adopter une « simplification des pratiques tarifaires » et la **cotation unique** semble être leurs solutions.

Les tendances actuelles et les résultats obtenus œuvrent pour une « autonomisation » de la profession passant par la pratique avancée et l'accès direct. À l'heure actuelle, **aucune rémunération spécifique** n'existe pour l'accès direct (URPS,2021). Monsieur Demont Anthony²³, responsable du projet de « pratique avancée » propose des « **cotations ad hoc** »²⁴ (URPS,2021). En 2024, une étude a été menée auprès des MK afin d'avoir leur ressenti concernant la pratique avancée (Panchout & Sidoisne,2024). Les résultats illustrent une opportunité pour les MK en termes de reconnaissance mais aussi une crainte de leurs parts concernant l'identité professionnelle (Panchout & Sidoisne,2024). Si les tendances actuelles se

23 Monsieur Demont Anthony est un kinésithérapeute, Docteur en Santé publique, chef de projet Pratique avancée de l'URPS kiné IDF (URPS,2023)

24 Les cotations ad hoc font références à des cotations tarifaires spécifiques n'étant pas couverts par les cotations standards (URPS,2023)

confirmer, l'État devra être en mesure de proposer des solutions adaptées et une rémunération « **à hauteur des compétences des MK** ».

S'ajoute à cette tension « économique », une **tension structurelle** liée à la répartition **démographique des MK** ressort des résultats. Cette dernière est causée par « un manque de maîtrise du flux de la population Européenne ». Pour la population, cela se traduit par une **inégalité de l'offre de soins**. Les résultats font part d'un « sous-effectifs » de MK pour pouvoir répondre aux besoins de la population. D'ici **2040**, les scénarii tendanciels de la DRESS indique une augmentation d'environ **57%** des effectifs des MK dont 89% exerçant en libéral (DRESS,2017). La répartition des MK sur le territoire ne semble donc pas être un manque de MK mais plutôt « un algorithme de l'État non adapté ». Face à cet enjeu, un **cadre commun pour l'enseignement de la kinésithérapie en Europe** a été parrainé par l'Union Européenne dont l'**objectif** est de **faciliter la mobilité des kinésithérapeutes** et **d'améliorer la qualité des soins** (CNOMK,2022).

Enfin, pour que le MK ait sa place dans ce système de santé en pleine métamorphose, la **communication** paraît aux yeux des « experts internes » plus que nécessaire. En effet, il est indispensable pour un travail en collaboration (D'amour,2005). Aujourd'hui, la communication entre les MG et les MK se fait principalement via l'ordonnance, le BDK et les courriers manuscrits (Tatin, 2017). Or, le manque de connaissance des attendus entre ces professionnels limite cette communication (Tatin, 2017). En 2017, moins de 3% des MK joignent un courrier au MG (Colle,2017). Lors des entretiens, les « experts internes » exprimés la mise en place de « Brainstorming » et de « transversalité » au sein d'un système universitaire. Ce résultat pourrait donc prendre tout son sens pour améliorer la communication.

Cependant, j'ai pu constater que l'émergence des MK sur Youtube et Instagram semble avoir un impact positif sur la population (Cf. Chapitre I). Cela rejoint mon questionnement professionnel. Les nouvelles générations de MK semblent aptes à entreprendre un « lobbying » visionné par les « experts internes » des entretiens.

2. Interprétation des résultats issus du questionnaire d'enquête prospectif : étape 3 construction de la méthode P.M

Pour rappel, les questions ont été construites à partir des thèmes et sous-thèmes émergents de l'analyse des entretiens semi-directifs (Chapitre V.2). Ainsi, trois thèmes ont été abordés :

- **La restructuration du système de santé** et leurs impacts possible sur la profession
- Le **profil** du kinésithérapeute

- La **pratique** du kinésithérapeute

Ce questionnaire a été administré aux groupes « experts » issus des entretiens et auprès d'autres experts et/ou MK libéraux. Les résultats obtenus ont été comparés entre les deux enquêtes dans un objectif de recherche de **consensus d'accord** pour chaque thématique (Godet,1997).

Le questionnaire comprend 40 questions dont 4 questions avec classement par ordre de préférence (Annexe XIII). Au total, **8 questionnaires** dans le groupe « experts » et **24 questionnaires** en « extension » ont été recueillis.

Données sur les participants des deux enquêtes :

Dans l'enquête auprès « d'experts », l'effectif est de n= 12 participants et est constitué de 100% d'hommes. Dans l'enquête en Extension, l'effectif est de n = 24 est constitué de 13% de femmes et de 87% d'hommes. (Figure 25)

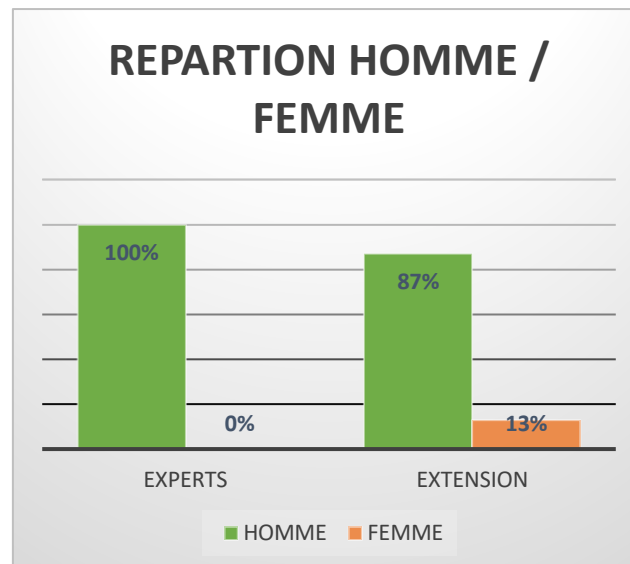


Figure 25 Répartition Homme/Femme entre les deux groupes d'enquêtés

La tranche d'âge la plus représentée est celle des 40-49 ans puis suit la tranche des 30-39 ans. La majorité des MK libéraux interrogés dans l'enquête en extension exerce en secteur libéral seul(e). (Figure 26)

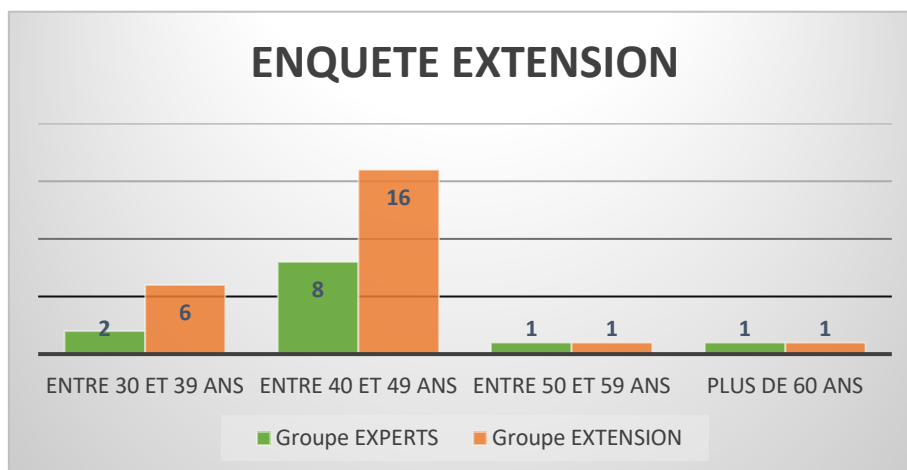


Figure 26 : Répartition des âges entre les deux groupes d'enquêtés

La constitution des groupes des 2 enquêtes est représenté sur la figure 24. Il est important de souligner un nombre « d'expert » issue de l'enquête en extension similaire au groupe « experts » issus des entretiens (Figure 27). La majorité des « MK libéraux » exercent en secteur libéral « seul(e) ». (Figure 28)

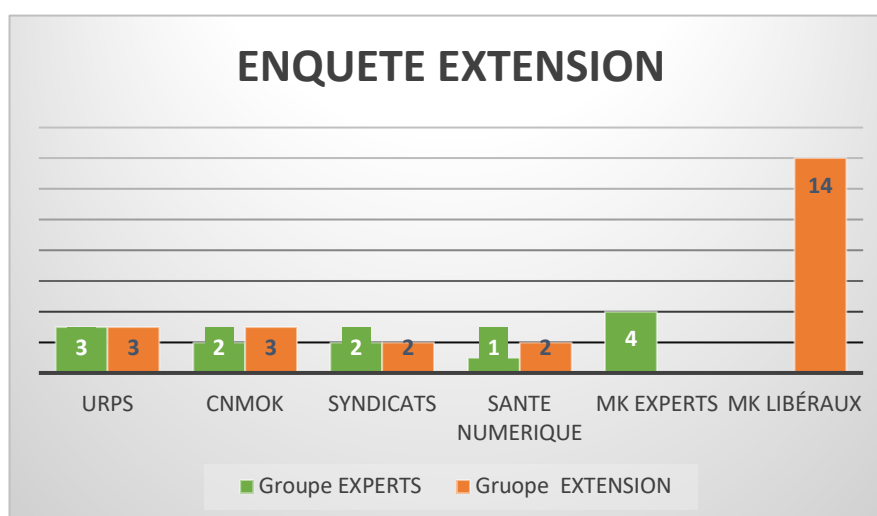


Figure 27 Représentation de l'échantillon entre les deux groupes d'enquêtés

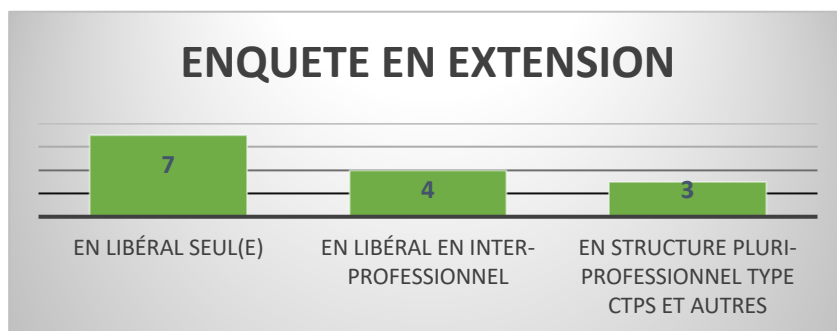


Figure 28 : Milieu d'exercice des « MK libéraux » du groupe en extension

2.1 Thème 1 : La restructuration du système de santé et leurs impacts possible sur la profession

Questions	EXPERTS					EXTENSION					
	Médiane	EIQ	%			Médiane	EIQ	%			
			A1	A2	A3			A1	A2	A3	
Thème 1 : La restructuration du système de santé et leurs impacts possibles	Q1 Demain, le manque de médecins généralistes sur plusieurs territoires Français nécessite d'ouvrir le bassin de recrutement des kinésithérapeutes ?	2	0	75 %	0 %	25 %	2	1,25	76%	10%	15%
	Q2 Le modèle actuel de la répartition des kinésithérapeutes sur le territoire Français est trop cloisonné et n'est pas prêt à répondre aux besoins de santé ?	2	1	92%	0%	9%	2	1	100%	0%	0%
	Q3 Demain, l'europanisation du diplôme favorisera une meilleure réponse aux besoins de santé de la population ?	2	1,25	75 %	17%	8%	1,5	1	88%	12%	0%
	Q4 Le virage ambulatoire dans le milieu de la santé nécessite de réorganiser la place des kinésithérapeutes dans la promotion de la santé.	1	1	78%	10%	12%	2	1	100%	0%	0%
	Q5 Dans le cadre des jeux olympiques « Paris 2024 », la mise en place du bilan « d'inactivité physique et de sédentarité » incitera les kinésithérapeutes à s'engager dans des initiatives de santé publique ?	1	0	100%	0%	0%	2	1,25	76%	10%	15%
	Q6 Les nouveaux outils de partage collaboratif comme le dossier médical partagé renforceront le rôle du kinésithérapeute dans les différents parcours de soins	2	0	76%	20%	4%	2	1	80%	20%	0%
	Q7 La mise en place des expérimentations en accès direct et en pratique avancée permettra d'amorcer les transferts de tâches entre les professionnels de santé ?	2	0,25	92%	0%	8%	1,5	1	94%	6%	0%

Q8 Demain, l'intégration de « kinésithérapeutes-coordonateur » dans l'organisation des parcours de soins aura permis le décloisonnement du système de santé ?	1	2	100%	0%	0%	2	1	79%	3%	19%
Q9 Demain, la traçabilité des actes (nomenclature NGAP) aura permis une meilleure qualification de l'offre de soins ?	4	1	76%	0%	23%	4	1,25	6%	19%	75%
Q10 Afin de favoriser une répartition équitable des kinésithérapeutes, il est nécessaire de restructurer le numerus clausus et les quotas soumis par les politiques de santé ?	1	0,5	100%	0%	0%	2	1	86%	4%	0%
Q11 Demain, l'adhésion à un syndicat professionnel sera indispensable pour promouvoir la valorisation de la profession de kinésithérapeute ?	4	2	25%	50%	25%	2	0,5	35%	59%	6%
Q13 : Demain, l'absence de rémunération à hauteur des compétences risque d'inciter les kinésithérapeutes à abandonner le métier ?	4	1	67%	25%	8%	2	0,25	100%	0%	0%
Q14 : Question à choix : restructuration de la rémunération										
Q15 : Demain, le renforcement de la légitimité de la profession au sein du système de santé passera par l'engagement des kinésithérapeutes à adopter un lobbying efficace qui passera par la communication.	1	0	100%	0%	0%	2	1	81%	6%	13%

Tableau VII : Résultats et analyse du thème 1 : La restructuration du système de santé et leurs impacts possible sur la profession

10 questions sur 15 ont fait un **consensus d'accord** dans les deux groupes d'enquêtés.

Pour les répondants des 2 enquêtes, le lien peut être fait entre la **baisse démographique médicale** attendue, le **frein économique** et la **restructuration** nécessaire de l'organisation de la pratique libérale définit dans les politiques de santé.

Les répondants valident le fait que les politiques favorisant la répartition des MK sur le territoire ont un impact sur les besoins de santé à l'évidence inadaptée. De ce fait, les enquêtés s'accordent sur la nécessité **d'ouvrir le bassin de recrutement**. Par ailleurs, ils s'accordent sur une volonté **d'europeanisation** du diplôme MKDE. Cette proposition est sensiblement plus élevée chez les répondants de l'enquête en extension.

Les enquêtés expriment leur consensus d'accord sur les **besoins de coordination** pour les MK. **L'intégration du DMP** favorisant le rôle du MK dans les parcours de soins obtient un consensus d'accord par les enquêtés. Cet outil semble pouvoir être adopté par la profession. L'intégration des kinésithérapeutes en tant **qu'acteur de santé publique** est reconnue par l'ensemble des répondants comme étant nécessaire.

L'aspect **économique** révèle des divergences entre les deux enquêtes. L'enquête en « extension » (composé de MK libéraux) indique un consensus d'accord à 100% concernant le

lien entre la rémunération et l'abandon de la profession. Cet accord non négligeable rejoint la crainte des « experts internes » exprimée lors des entretiens.

Les choix concernant la restructuration de la rémunération ont été classés de manière assez similaire par les deux groupes. Le **dé-conventionnement de champs pathologiques** spécifiques apparaît en 1^{ère} position suivi de la révision du décret d'actes. (Figure 29)

Thème 1 : La restructuration du système de santé et leurs impacts possibles	Questions	Classement 1		Classement 2		Classement 3		Classement 4	
	Enquêtes :	Experts (N=12)	Extension (N=16)	Experts (N=12)	Extension (N=16)	Experts (N=12)	Extension (N=16)	Experts (N=12)	Extension (N=16)
	Q14 : Demain, comment la restructuration de la rémunération du kinésithérapeute peut-elle être envisagée ?								
	1. Émancipation du système conventionnel actuel	50%	50%	25%	6%	25%	21%	0%	19%
	2. Révision du décret de nos actes	8%	6%	75%	54%	27%	0%	0%	37,5%
	3. Adoption de la forfaitisation pour le traitement de certaines affections.	25%	28%	0%	12,5%	48%	46%	17%	6%
	4. Dé-conventionnement de champs pathologiques spécifiques.	17%	19%	0%	27,5%	0%	33%	83%	56,5%

	GRUPE EXPERTS N=8	GRUPE EXTENSION N=24
POSITION 1	Dé-conventionnement de champs pathologiques spécifiques.	
POSITION 2	Révision du décret de nos actes	
POSITION 3	Adoption de la forfaitisation pour le traitement de certaines affections.	Émancipation du système conventionnel actuel
POSITION 4	Émancipation du système conventionnel actuel	Adoption de la forfaitisation pour le traitement de certaines affections.

Figure 29 : Classement des choix concernant la rémunération entre les 2 groupes

Enfin, le lien entre l'**adhésion syndicale** et la promotion de la profession génère une proportion importante d'**avis neutres**. L'augmentation de la syndicalisation nécessaire décrite par les « experts internes » semble compromise.

2.2 Thème 2 : Demain, le profil du kinésithérapeute

Questions		EXPERTS					EXTENSION					
		Médiane	EIQ	%			Médiane	EIQ	%			
				A1	A2	A3			A1	A2	A3	
Thème 2 : Demain, le profil du kinésithérapeute	Q16 : Demain, pour favoriser la transversalité, la formation initiale des kinésithérapeutes devra être intégrée dans un cursus universitaire ?	1	1	83%	0%	17%	1	1	88%	0%	13%	
	Q17 : Demain, la mise en place d'un socle commun entre les différentes filières de santé puis spécifique est nécessaire pour répondre aux nouveaux enjeux ?	2	0,25	92%	8%	0%	2	1,25	75%	19%	6%	
	Q18 : Demain, il existera 2 niveaux de profession (kinésithérapeute expert/pratique avancée) et intermédiaire (kinésithérapeute technicien/aide kiné).	2,5	2	79%	14%	8%	1,5	1	100%	0%	0%	
	Q19 : question à choix : Demain, quelles compétences devrait-on trouver chez les kinésithérapeutes ?											
	Q20 : Demain, il sera plus pertinent de définir des missions plutôt que de se concentrer sur les compétences ?	2	1,25	83%	7%	13%	2	1	81%	13%	6%	
	Q21 : question à choix : Demain, quelles pourraient être les missions du kinésithérapeute ?											
	Q22 : Demain, les kinésithérapeutes seront des professionnels médicaux à prescription encadrée.	2	1,5	78%	13%	8%	2	1,25	75%	19%	6%	
Thème 2 : Demain, le profil du kinésithérapeute	Q23 : Demain, les kinésithérapeutes auront le statut de « coordinateur de soins » à part entière ?	2,5	3,25	72%	15%	13%	2	1	52%	40%	8%	
	Q24 : Demain, les kinésithérapeutes devront accepter de déléguer certaines de leurs compétences à d'autres professionnels de santé afin d'enrichir d'autres compétences ?	2	1,25	83%	0%	17%	3,5	2	44%	6%	50%	
	Q25 : Dans le cadre de la transformation numérique, le kinésithérapeute de demain devra se montrer acteur pour ne pas perdre sa patientèle ?	2	2	68%	17%	15%	1	1	100%	0%	0%	
	Q26 : Demain, les kinésithérapeutes auront une plus grande autonomie de décision ?	2	1,25	58%	42%	0%	3	2	38%	44%	19%	
	Q27 : Demain, le kinésithérapeute aura un rôle à jouer dans les campagnes de prévention (bêta à l'inactivité physique par exemple) ?	1	1	100%	0%	0%	1	0,25	100%	0%	0%	
	Q28 : Demain, le kinésithérapeute sera reconnu pour sa spécificité dans la majorité des cas ?	2	0	84%	8%	8%	2	2	81%	1%	18%	
	Q29 : Demain, le kinésithérapeute exercera ses compétences à la fois dans un cadre de compétences monoprofessionnel et pluriprofessionnel.	2	0	92%	8%	0%	2	0,25	94%	0%	6%	

Tableau VIII : Résultats et analyse du thème 2 : Demain, le profil du kinésithérapeute

Le groupe de questions proposés avaient pour objectif de profiler les kinésithérapeutes selon quatre axes.

Le premier axe (Q16 et Q17) porter sur le **parcours de formation** nécessaire pour accéder au titre de MKDE. Les répondants accèdent la **projection** d'une **formation différente** de celle d'aujourd'hui avec l'**intégration** des MK dans un **cursus universitaire**. Autrement dit, la

formation proposée actuellement semble ne plus être en adéquation avec les attentes des kinésithérapeutes.

D'après les enquêtés, il est nécessaire d'avoir un **socle commun puis spécifique** en fonction des **spécialités** choisies par les kinésithérapeutes.

Le second axe (Q18, Q22, Q23, Q25, Q26) interrogé les experts et les répondants de l'enquête en extension sur le « **profil** » de professionnel pouvant être présents dans le système de santé. La projection demandée aux 2 groupes montre un consensus d'accord sur la proposition que demain, il existera **2 niveaux de profession « MK »** : les « **kinésithérapeutes en pratique avancée** » et les « **techniciens** ». Le recueil de cet avis est révélateur du **phénomène de transition** lié à la **création de nouveaux métiers** vers **l'acquisition de nouvelles compétences** (Hénart,2011).

Les participants confirment un consensus d'accord sur le fait de devenir des « **professionnels médicaux à prescription encadrée** ». Cette volonté d'**autonomisation** rejoint la vision des « experts interne » concernant le « rôle de décideur ».

Les avis semblent partagés pour le groupe en « extension » concernant le statut de « coordinateur ». Ceci peut s'expliquer par le manque de compréhension du rôle d'un kinésithérapeute coordinateur. En effet, le poste de « **kinéCo** » n'a été créé qu'en 2023. Il exerce aujourd'hui seulement au sein des EHPAD (FFMKR,2023). Il est donc à ce jour très peu visible au sein de la profession.

Le troisième axe (Q19, Q20, Q21, Q29) interrogé les participants sur les **compétences** et les **missions** nécessaires aux MK de demain. Cette vision montre un **consensus d'accord** sur la nécessité de redéfinir les « **missions** » des MK. Les répondants ont classé en **1ère intention** la mission de « **rééducation préventive** » (Figure 30). Les MK semblent donc prêts à devenir des « acteurs de santé publique ». Le second choix diffère chez les « experts » qui ont choisis la mission de « coordination » alors que les participants de l'enquête « en extension » ont opté pour « la prescription des imageries ».

Thème 2 : Demain, le profil du kinésithérapeute	Questions	Classement 1		Classement 2		Classement 3		Classement 4		Classement 5	
	Enquêtes :	Experts (N=8)	Extension (N=24)	Experts (N=8)	Extension (N=24)	Experts (N=8)	Extension (N=24)	Experts (N=8)	Extension (N=24)	Experts (N=8)	Extension (N=24)
	Q21 : Demain, quelles pourraient être les missions du kinésithérapeute ?										
	1. Réalisation de la consultation de suivi	48%	47%	33%	12%	17%	28%	8%	12,5%	8%	0%
	2. Rééducation préventive	17%	6%	0%	30%	75%	19%	8%	0%	0%	56,5%
	3.. Coordinateur	0%	0%	8%	17%	8%	6%	33%	37,5%	60%	0%
	4. Prescription radiographique / échographique	0%	12,5%	17%	0%	0%	44%	50%	25%	23%	37,5%

	GRUPE EXPERTS N= 8	GRUPE EXTENSION N=24
POSITION 1	Rééducation préventive	
POSITION 2	Coordinateur	Prescription radiographique / échographie
POSITION 3	Prescription radiographique / échographie	Coordinateur
POSITION 4	Réalisation de la consultation de suivi	

Figure 30 : Classement des choix concernant les missions entre les 2 groupes

L' « Innovation/ la recherche » dans cette thématique est la **compétence** ayant obtenue le **1er choix** auprès des enquêtés (Figure 31). Les compétences de « communication » et de « collaborateur » sont très proches dans les 2 groupes des répondants. Néanmoins, Les compétences « Gestion de l'information et de la technologie » ont obtenues une faible position dans le choix des enquêtés.

Thème 2 : Demain, le profil du kinésithérapeute	Questions	Classement 1		Classement 2		Classement 3		Classement 4		Classement 5	
	Enquêtes :	Experts (N=12)	Extension (N=16)	Experts (N=12)	Extension (N=16)	Experts (N=12)	Extension (N=16)	Experts (N=12)	Extension (N=16)	Experts (N=12)	Extension (N=16)
	Q19 : Demain, quelles compétences devraient-on retrouver chez les kinésithérapeutes ?										
	1. Gestion de l'information et de la technologie	8%	6%	0%	0%	27%	0%	39%	37,5%	25%	31,5%
	2. Leadership	0%	37,5%	25%	0%	25%	25%	15%	6%	42%	19%
	3. Communication	0%	0%	0%	6%	48%	34%	25%	44%	14%	16,5%
	4. Collaborateur	32%	37,5%	50%	31%	0%	41%	21%	16,5%	0%	16%
	5. Innovation / recherche	60%	19%	25%	63%	0%	0%	0%	0%	19%	17%

	GRUPE EXPERTS N= 8	GRUPE EXTENSION N=24
POSITION 1	Innovation / recherche	
POSITION 2	Collaborateur	Communication
POSITION 3	Communication	Collaborateur
POSITION 4	Leadership	
POSITION 5	Gestion de l'information et de la technologie	

Figure 31 : Classement des choix concernant les compétences entre les 2 groupes

Enfin, les enquêtés sont majoritairement en accord pour exercer dans le **cadre de compétences** « **monoprotationnelles** » et « **pluriprorotationnelles** ». Ce dernier consensus est en lien avec la nécessité de redéfinir les compétences dans le cadre d'une collaboration interprofessionnelle (Chapitre II.2.3) (Hénart,2011).

Le quatrième axe (Q24, Q26, Q28) aborde la construction de l'**identité professionnelle** et la **reconnaissance** du métier. Les répondants des deux enquêtes sont en accord pour accréditer la vision d'une reconnaissance en termes de « **spécificité** ». Cependant, il existe un degré d'accord neutre non négligeable dans les 2 enquêtes concernant la plus-value de l'autonomisation. Ces deux accords indiquent chez les répondants une **confiance plutôt mitigée** quant à l'évolution significative d'une **reconnaissance**.

2.3 Thème 3 : Demain, la pratique de la kinésithérapie

Questions	EXPERTS					EXTENSION					
	Médiane	HIQ	%			Médiane	HIQ	%			
			A1	A2	A3			A1	A2	A3	
Q30 : questions à choix : travail seul ou en équipe											
Thème 3 : Demain, la pratique professionnelle du MK	Q31 : Demain, le MK travaille au sein de structure type CTFS : « Le patient est PEC, on consolide les bienfaits de la kinésithérapie et une fois que tout est consolidé, on confie le patient à un EAPA ou autre acteur « sport santé » et c'est ce qui permet un meilleur suivi à moyen/long terme »	2	2	72%	13%	15%	2	2	31%	6%	63%
	Q32 : Le patient devient de plus en plus acteur de sa santé. Cela nécessite l'intégration et la réflexion de l'usage des nouveaux outils numériques (ex. Applications smartphone) dans la pratique du kinésithérapeute ?	2	1	75%	3%	0%	1,5	0,25	77%	24%	0%
	Q33 : Demain, la transversalité sera le levier de la coopération entre les kinésithérapeutes et les professionnels de l'Activité Physique Adaptée (APA) et améliorera la réflexion « pluridisciplinaire » ?	2	1	84%	8%	8%	2	0,5	94%	6%	0%
	Q34 : Face aux enjeux de santé publique, la télééducation fera partie intégrante des « outils » de la pratique kinésithérapeutique ?	2	2	72%	15%	13%	2	0,25	75%	0%	25%
	Q35 : « Dans mon espace santé, il y aura des protocoles technologiques qui permettront au patient de brancher des applications qu'unrait le patient prescrit par son kiné »	3	1	53%	5%	42%	4	2	13%	13%	75%

<i>par ex. Et donc vous en tant que kiné vous pourriez interagir via l'espace santé du patient et l'application télécharger. Vous allez pouvoir annoncer du contenu pour le patient etc. Le patient pourra vous informer des exercices qu'il a fait ou non, des douleurs encore présentes ou non etc. »</i>										
Q36 : Demain, la PEC à domicile représentera la majorité de la pratique clinique ?	2	1	58%	33%	8%	2,5	0	50%	13%	38%
Q37 : Demain, il est primordial que le kinésithérapeute maintienne sa valeur ajoutée du « manuel » ?	3	1,25	88%	10%	2%	2	2	94%	6%	0%
Q38 : Demain, le niveau d'expertise des kinésithérapeutes sera conditionné par leur participation à des programmes de formation continue ?	2	1	92%	8%	0%	2	2	6%	31%	63%
Q39 : Souhaitez-vous continuer votre carrière d'ici 2040 ?										

Tableau IXI : Résultats et analyse du thème 3 : Demain, la pratique professionnelle du kinésithérapeute

Les **tendances démographiques** (Chapitre II.3.2) ont montré un vieillissement de la population et une émergence des maladies chroniques non négligeable d'ici 2040 (INSEE,2020). Ces tendances représentent des **enjeux de santé publique** majeur pour les politiques de santé. Comme décrit précédemment, les enquêtes expriment un consensus d'accord sur la place du MK en tant qu'acteur de santé publique. Or, le **consensus neutre** des deux groupes concernant **la PEC à domicile** suscite des **interrogations**. On peut rapprocher cet accord avec la **notion d'identité professionnelle**. En effet, l'évolution de la profession et la réingénierie de la formation ont conduit les MK à endosser un rôle « d'ingénieur » (cf. Chapitre II : Concept métier). Les aspirations des professionnels semblent ne plus correspondent aux exigences et aux perceptions actuelles de leur rôle (Dubard,2000).

D'autre part, ce résultat peut être dû à une formulation ambiguë de la question.

La question n° 38 permettait aux répondants d'avoir une vision sur une « **situation** » concernant l'utilisation du **DMP**. Les répondants montrent un **consensus d'accord** concernant son **intégration** dans la pratique. Cependant, il apparaît un taux de consensus neutre et de désaccord non négligeables venant donc modérer ce consensus. Par ailleurs, les répondants projettent une pratique en collaboration et expriment leurs consensus quant à une transversalité avec les EAPA.

Malgré les projections d'intégration d'outils numériques dans la pratique, les enquêtés s'accordent pour garder leur plus-value « manuelle ».

SYNTHESE DES RESULTATS ISSUS DU QUESTIONNAIRE D'ENQUETE

Il apparaît un niveau de consensus d'accord relativement élevé entre les 2 groupes d'enquêtés. Au total, 21 questions sur 40 obtiennent un consensus d'accord. Parmi elles, 12 propositions ont des scores supérieurs à 80%.

On peut retenir entre autres le consensus d'accord autour de l'**autonomisation**, de l'**intégration** d'un kinésithérapeute « **coordinateur** » dotés de **nouvelles compétences** dont celle de « **d'innovation** » et de « **communication** ».

- La mise en place d'une **universitarisation** (V. clés EXTERNE)
- L'intégration d'un nouveau métier de « **technicien MK** » (V. clés EXTERNE)
- La mise en place de **référentiels de compétences** adaptées au travail en collaboration (V. clés INTERNE)
- Une restructuration de la rémunération par un **dé-conventionnement de champs pathologiques spécifiques** V. clés EXTERNE)
- Des missions en rééducation préventive (V. clés INTERNE)

Ces 5 principales variables ont obtenu un consensus d'accord entre les 2 groupes d'enquêtés et seront donc retenues pour la construction des scénarii.

3. Les scénarii : étape 3 construction de la méthode P.M

C'est au cours de cette ultime étape que nous allons pouvoir répondre à la question de recherche : « **Quelles seront les évolutions du métier de masseur-kinésithérapeute à l'horizon 2040 ?** »

Trois étapes essentielles guident la **construction des scénarii** (Godet,1983) :

- La première étape consiste à **identifier des variables « clés »** issue de la revue de la littérature et des résultats de la recherche (entretiens semi-directifs, enquête exploratoire) (Godet,1983) : elle est appelée « **phase exploratoire** » (Godet,1983)

Parmi ces variables « clés », il est nécessaire d'identifier les « **variables internes** » (caractérisant l'environnement interne de la profession de MK : compétences, rôles etc.) et les « **variables externes** » (caractérisant l'environnement externes de la profession MK : le contexte) (Boyer & Scouarnec,2009)

- La deuxième étape consiste à préciser ces variables « internes » et « externes » sous forme de **composantes** (Godet,1983). Cette étape sert de **fil conducteur** pour la création du scénario (Boyer & Scouarnec,2009)
- La troisième étape consiste à « **construire** » autrement dit « rédiger » le scénario ou les scénarii tendanciel(s) émergent(s) (Godet,1983).

La présentation des résultats consiste à sélectionner parmi les données recueillies, les éléments les plus pertinents au regard de la question de recherche (Mongeau,2008). Afin d'identifier les variables clés « internes » et « externes », il a été choisi de mettre en évidence le **profil** du MK, ses **compétences** et la **pratique professionnelle**. En effet, ce sont trois notions « **caractéristiques** » du concept « métier » (Boyer, 2002).

Les scénarii présentés ont été construits à partir des données issues de la revue de la littérature (partie II. Théorisation des concepts ; Partie IV. Interprétation des résultats), des thèmes émergents issus des entretiens semi-directifs et des résultats de l'enquête prospective entre le groupe « experts » issus des entretiens et le groupe en « extension » constitué d'un panel plus large d'experts et/ou de MK libéraux.

À l'issue de ce questionnaire, l'interprétation des résultats issus des deux groupes a permis d'identifier les variables clés internes et externes présentant le taux d'accord et de désaccord le plus élevé : c'est la deuxième étape de construction du scénario (Godet,1983). Les questions ayant obtenues un degré d'accord neutre ou de désaccord sont exclues de l'analyse pour construire les scénarii (Godet,1983).

Quatre composantes ont été prises en compte : le **profil** des kinésithérapeutes, les **variables clés « internes » et « externes »** et les **tendances connues** en 2024 (Figure 32). Pour chacun d'entre eux, le contexte et la crédibilité sera évoqué (Godet,1983)

Pour envisager les évolutions possibles du métier de kinésithérapeute à l'horizon 2040, trois scénarii sont proposés : (Godet,1983)

- La reconnaissance du métier de kinésithérapeute : l'évolution repose sur un **axe politique**
- L'évolution d'une kinésithérapie 2.0 : l'évolution repose sur un **axe technologique**
- L'émergence d'une nouvelle profession : l'évolution repose sur un **axe technique** qui est celui de la formation initiale.

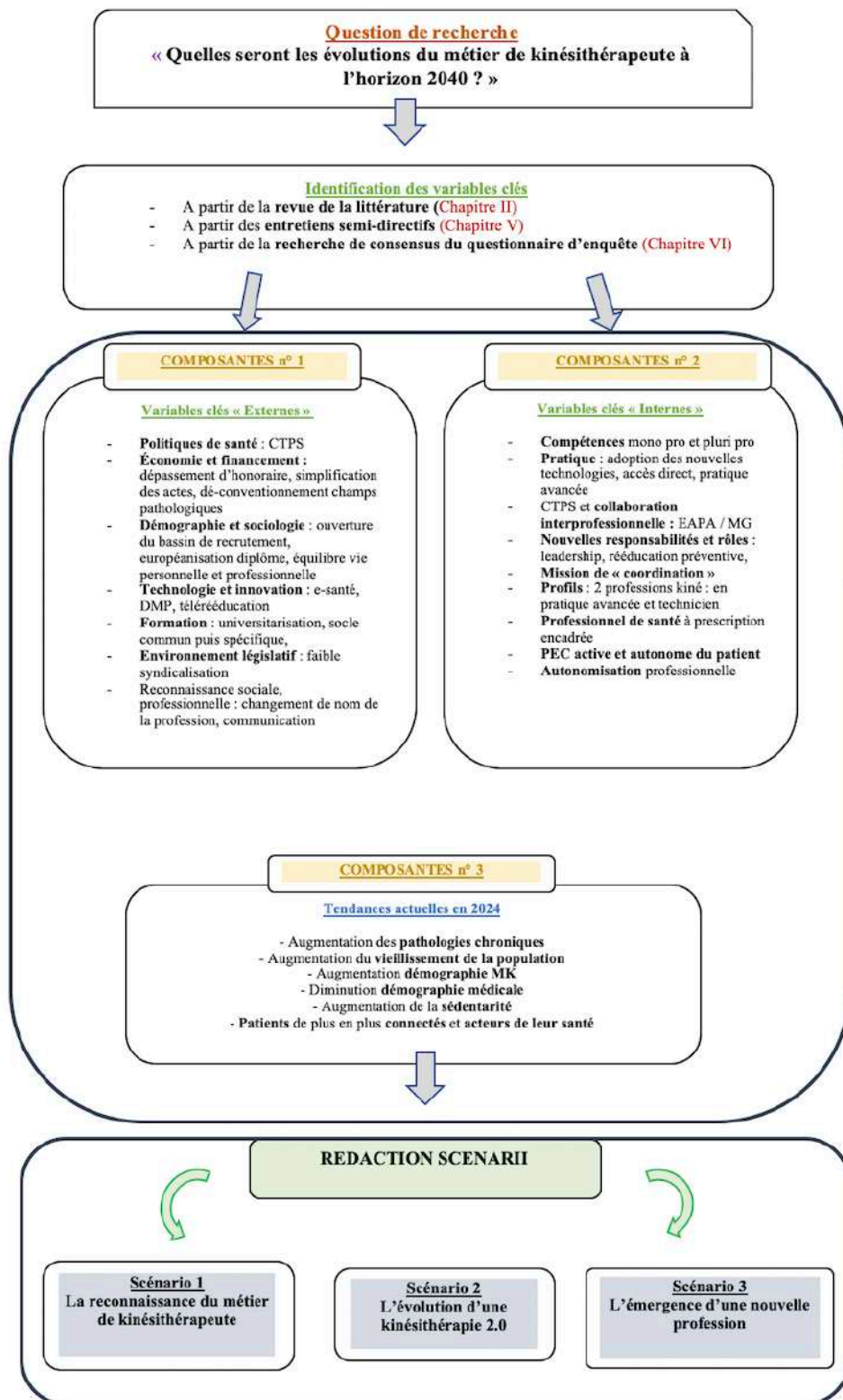


Figure 32 : Synthèse et modélisation de la construction des scénarii vis-à-vis de la recherche

3.1 **SCENARIO 1** : La reconnaissance du métier de kinésithérapeute

Contexte : L'essoufflement actuel posé par la répartition géographique des professionnels de santé crée une inégalité de l'offre de soins. Les défis de santé tels que la baisse démographique médicale et l'augmentation des maladies chroniques liées au vieillissement de la population montrent une tendance politique actuelle de favoriser l'ouverture de structure de type CTPS.

Description du scénario :

Le masseur-kinésithérapeute devient un « kinésithérapeute » professionnel de santé à prescription encadrée. Il ne travaille plus de manière « isolé » mais collabore avec d'autres acteurs de santé dans les CPTS pour une approche plus holistique des soins et du patient.

Cette évolution conduit à une restructuration des compétences. Face à ces changements certaines compétences pourraient soit évoluer ou bien disparaître progressivement en étant regroupés dans des champs de compétences « mono-professionnelles » et « pluri-professionnelles ». Ces compétences seraient donc caractéristiques des kinésithérapeutes 2.0 : « Leadership, Communication et Coordinateur » tout en maintenant l'expertise « manuelle » propre aux kinésithérapeutes.

Les missions des kinésithérapeutes évoluent vers une rééducation préventive et une coordination dans les parcours de soins. Ils agissent en tant que « médiateur » entre les médecins et les EAPA.

Cette nouvelle pratique renforce la reconnaissance des compétences spécifiques des kinésithérapeutes et leur rôle central dans le système de santé.

Dans ce paysage d'évolution, la forfaitisation des actes de kinésithérapie entraîne une kinésithérapie à deux-vitesses laissant ainsi une partie de la population moins aisée en marge du système de santé. La traçabilité des actes effectués au travers la NGAP a permis le dé-conventionnement de champs pathologiques spécifiques. Cet élément a favorisé la reconnaissance des spécificités des kinésithérapeutes. Parallèlement, les expérimentations menées par les ARS et les URPS grâce à l'application INSICARE ont permis de qualifier l'offre sur le territoire Français. Ainsi, en fonction de leur spécificité, les kinésithérapeutes s'installent dans les zones où la demande de spécificité est nécessaire.

Par ailleurs, la reconnaissance sociale et professionnelle des kinésithérapeutes est renforcée par des campagnes de communication sur l'importance de la prévention en santé.

Crédibilité du scénario : Ce scénario suit les tendances de l'action publique dans les conduites de changement et d'évolutions des politiques de santé.

3.2 SCENARIO 2 : L'évolution d'une kinésithérapie 2.0

Contexte : L'autogestion en santé par les patients connaît un fort développement. Elle est une des évolutions importantes liées aux NTIC.

Description du scénario :

Le recours à ce mode de communication est aussi de plus en plus utilisé dans les relations entre les patients et les kinésithérapeutes mais aussi entre les soignants par le biais du DMP. Cette transition vers une pratique plus numérique permet une meilleure coordination des soins, notamment grâce à une amélioration de la communication. Ainsi, ces outils favorisent une coresponsabilité dans les soins. L'évolution des lois et de la réglementation de la CNIL garantit la sécurisation des données.

Les patients sont dans une volonté de bien-être. La généralisation des montres connectées et des applications santé sur les smartphones reliées aux espaces santé permet aux kinésithérapeutes d'assurer un meilleur suivi (sommeil, activité physique, alimentation etc.) de leur patient.

Grâce aux progrès de l'IA en médecine, les kinésithérapeutes peuvent utiliser cet outil comme une assistance pour déterminer les branches de l'arbre décisionnel à prendre. Face au vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques, cet outil est particulièrement utile aux kinésithérapeutes pour la PEC des patients polypathologiques.

La pratique des kinésithérapeutes évolue vers l'utilisation d'applications mobiles pour la rééducation à domicile. Les patients sont davantage impliqués dans leur rééducation, ce qui favorise une meilleure adhésion aux traitements.

La télééducation, désormais généralisée permet de répondre aux besoins de santé de la population. Cette évolution améliore l'accès aux soins, ce qui est particulièrement bénéfique pour les patients vivant dans des zones éloignées. La gestion des dossiers via le numérique permet une meilleure traçabilité et fait gagner du temps aux kinésithérapeutes.

Par ailleurs, les technologies de communication en e-santé sont insérées dans les formations initiales et permettent le développement de nouvelles compétences. Ainsi, les kinésithérapeutes sont plus actifs dans leur communication et l'évolution Trans-générationnelle a permis une meilleure considération de la e-santé.

Crédibilité du scénario : Plusieurs éléments de ce scénario se mettent en place aujourd'hui concernant la place des technologies de l'information et de la communication. L'accélération du recours à la médecine 2.0 en lien avec l'Intelligence Artificielle devrait faire émerger à partir des besoins constatés les nouvelles pratiques et compétences du kinésithérapeute.

3.3 SCENARIO 3 : L'émergence d'une nouvelle profession

Contexte : Les compétences des kinésithérapeutes évoluent nécessitant une redéfinition du statut des kinésithérapeutes vers la création de nouvelles missions. La réingénierie de la formation soutient la stratégie de l'action publique dans les conduites de changement.

Description du scénario :

L'universitarisation a restructuré le parcours de formation initiale. Elle permet l'acquisition d'expertise clinique plus approfondie pour pouvoir répondre aux nouveaux rôles des kinésithérapeutes en tant que « professionnels médicaux ». Les parcours de formation sont structurés pour offrir une expertise clinique approfondie. Cette restructuration permet de reconnaître deux profils distincts de kinésithérapeutes : « les kinésithérapeutes en pratique avancée » et les « techniciens kinésithérapeutes ». Cette différenciation des rôles permet une reconnaissance précise des compétences et des missions spécifiques de chaque profil. L'avènement de la pratique avancée permet aux kinésithérapeutes d'être mieux intégrés dans les dispositifs interprofessionnels. L'évolution démographique des professionnels de santé (notamment médecins généralistes) permet à la population croissante des kinésithérapeutes de favoriser la délégation des tâches.

Cette intégration du système universitaire permet l'ouverture du bassin de recrutement et l'eupéanisation du diplôme favorise la maîtrise des flux migratoires. Cette évolution favorise une plus grande diversité des profils et contribue à répondre à l'inégalité de l'offre de soins.

Crédibilité du scénario : Les kinésithérapeutes restent majoritairement sous la responsabilité des professions médicales. Sans évolutions des référentiels des compétences, le cadre d'une nouvelle pratique de la kinésithérapie reste limité et pose le problème de reconnaissance et de responsabilité. Les OPCO dédiés à la santé montrent l'aboutissement de nouveaux rôles et de nouvelles pratiques dans le système de santé.

4. Critique du dispositif de recherche : de nombreuses limites identifiées

Malgré les efforts réalisés pour rendre ce travail d'initiation à la recherche aussi représentatif que possible, plusieurs limites se sont présentées. La principale limite réside dans la complexité de la mise en œuvre de la méthodologie prospective. En effet, cette approche est généralement utilisée dans des contextes réunissant plusieurs « acteurs-chercheurs » telles que les grandes entreprises ou industries. Or, ce mémoire a été « construit » seule et représente pour moi un premier travail de recherche à réaliser dans son intégralité dans un temps imparti (Annexe XIV). Compte tenu du sujet, il était parfois difficile d'associer les résultats de cette étude avec la littérature. Les résultats sont donc plutôt basés sur des données empiriques « nouvelles plutôt que sur des informations préexistantes (Jünger et al.,2017). C'est pourquoi, il est essentiel d'identifier les **différents biais** afin d'évaluer la **qualité** de notre recherche en se basant sur les **critères de scientificité** à savoir : la **validité interne**, la **validité externe**, la **fiabilité** et la **confirmabilité** (Drapeau, 2014) (Proulx,2019)

4.1 La validité interne ou crédibilité de l'étude

Drucker-Godard et al. (2011) définissent la validité interne comme « *la garantie de la pertinence et de la cohérence des résultats internes de l'étude* » (Drucker-Godard et al.,2011). En d'autres termes, elle consiste à vérifier si les données recueillies représentent bien une réalité externe vécue par les participants inclus dans l'étude (Aubin-Auger et al.,2008). Ainsi, pour l'optimiser, une **triangulation des méthodes** et des données est préconisée (Cabillaud & Flick,2016). La méthode P.M appliquée dans cette recherche a permis **une triangulation** entre **l'approche qualitative** issue des entretiens et **quantitative** grâce à la recherche de consensus issus des résultats des deux enquêtes (auprès des « experts » et d'un panel plus large auprès des MK) (Boyer & Scouarnec,2002). De plus, une **triangulation des données** a été réalisée entre les résultats issus des **entretiens**, des **enquêtes** et les données provenant de **l'actualité professionnelle** (Ordre, syndicats professionnels etc.). Cependant, les contraintes de temps ont limité une mise à jour rigoureuse de ces données pouvant altérer l'interprétation des données obtenues (Drucker-Godard et al.,2011) : ce sont les « **biais d'histoire et de maturation** » (Drucker-Godard et al.,2011).

4.2 La validité externe ou transférabilité de l'étude

La validité externe se concentre sur la capacité à généraliser les résultats de l'étude vers d'autres contextes (Proulx,2019). En d'autres termes, il s'agit de déterminer vers quelle population et quels éléments variables les résultats de cette étude peuvent être étendus ou transférés. (Miles et al.,2014). Pour cela, il est essentiel d'avoir un **échantillon représentatif** et de décrire

précisément la population étudiée (Drapeau,2014). Au cours de cette recherche, le **nombre d'entretiens réalisés** restent insuffisants : **12** contre 15 à 20 recommandés (Hennebo,2009). La **saturation** des données n'a donc **pas été atteinte** (Hennebo,2009). Pour la population dite « expert externe » seul un répondant a été inclus. Cela a pu limiter la vision externe et a pu impacter la saturation des données. Bien que des efforts aient été fait pour obtenir une diversité des profils parmi les participants, seul des hommes ont participés à l'étude. Les « experts internes » ayant répondu et s'étant portés volontaires étaient des hommes. Pour les participants « MK », seuls des hommes ont été tirés au sort. Par conséquent, des **biais d'échantillonnage et de sélection ont été introduits**. (Niederberger & Spranger,2020).

4.3 La fiabilité de l'étude

Par définition, la fiabilité découle de la cohérence d'une étude (Proulx,2019). Au cours de cette recherche, chaque étape de la méthode P.M a été décrit le plus rigoureusement possible. Comme décrit précédemment, **plusieurs biais ont été identifiés**. Ils sont principalement liés : à mes capacités de chercheur, aux caractéristiques de l'outil utilisé ou encore la composition de l'échantillon. Il aurait donc été intéressant pour **chacune des étapes** de la méthode P.M d'avoir un **retour des experts**. Cela aurait permis de **garantir la fidélité externe** par le biais d'une **triangulation des chercheurs** (Caillaud & Flick, 2016). C'est pourquoi les **résultats** obtenus doivent être **pris avec précautions** car mon étude est peu reproductible. (Drapeau,2014). De plus, le contexte spécifique portant sur « des avenir possibles » ne repose que sur des suppositions (Berger,1964). Les conclusions obtenues sont influencées par les scénarios « tendanciel », ce qui peut affaiblir les résultats (Berger,1964).

4.4 La confirmabilité de l'étude

La confirmabilité remplace le critère de « neutralité » et vise à évaluer la transparence du chercheur quant à son position et son contexte (Proulx,2019 ; Drapeau,2014). Ce dernier critère n'a pas pu être validé en raison du manque d'identification de mes a préjugés et de ma posture avant l'étude (Letrilliart et al.,2009).

Le tableau IX ci-dessous présente un récapitulatif des principaux biais identifiés au cours de cette recherche.

Biais	Justification	Propositions d'amélioration
<p align="center">Liés à l'échantillon (validité externe)</p>	<p>Biais de non-réponse (Smith & Noble,2014) : 2 sujets à l'étude n'ont pas répondu</p> <p>Saturation des données pas atteintes liées à la limite de temps disposé à la réalisation de la recherche : seulement 12 entretiens</p> <p>Biais de sélection : l'échantillon n'est représenté que pas des hommes, la parité n'est pas obtenue</p> <p>Les opinions des experts peuvent ne pas représenter la diversité des perspectives sur le sujet de l'étude (Niederbger & Spranger,2020)</p>	<p>Faire une liste des participants « internes » et « externes » pour m'assurer que la liste finale reflète la population cible.</p> <p>Relancer un tirage au sort des participants « MK »</p>
<p align="center"><u>Liés au chercheur (validité interne)</u></p>	<p>Biais d'interprétation : J'ai pu interpréter les réponses des experts d'une manière qui favorise mes opinions (Taylor,2019). Mes aprioris n'ont pas été identifiés en amont de la recherche.</p> <p>Mon manque d'expérience a influencé ma posture en tant que « chercheur » notamment lors des entretiens avec une difficulté à rester neutre.</p> <p>Biais de confirmation : étant seule, j'ai certainement pris en considération que les informations confirmant mes aprioris (Chabal,2014) ce qui a pu impacter l'élaboration des scénarii.</p> <p>L'effet de halo : il est possible que j'aie été influencée par les</p>	<p>Écrire mes idées préconçues à l'avance</p> <p>Entraînement à la réalisation d'entretiens semi-directif</p> <p>Une triangulation des chercheurs aurait pu limiter ce biais : Faire analyser les données par d'autres groupes de chercheurs</p> <p>Faire valider les conclusions de chaque étape aux experts</p>

	opinions des experts et leur accorder un poids plus important lors de mon analyse de données qualitative (Jünger et al.,2017)	
<u>Liés à la méthodologie et l'outil de recherche</u>	<p>Conditions de réalisation : visioconférence pour la majorité et 1 seul entretien en présentiel.</p> <p>Méthode prospective : travailler sur des variables qualitatives difficiles à mesurer (Boyer & Scouarnec,2008)</p> <p>Biais d'histoire : des événements liés à l'actualité professionnelle survenus au cours de cette recherche ont pu fausser des résultats (Drucker-Godard et al.,2011)</p> <p>Questionnaire d'enquête : 2 experts m'ont fait part du manque de compréhension concernant 2 questions : les questions ont donc été mal formulées de ma part créant certainement un biais d'instrumentation (Flannely & Jankowski,2018)</p>	<p>Utiliser des logiciels d'analyse de données (Logiciel Nvivo® par exemple)</p> <p>Proposer le questionnaire d'enquête à un plus grand nombre de participants (ici seulement 3 MK ont réalisés le questionnaire d'enquête avant son envoi aux 2 groupes respectifs)</p>

VII. INTERETS ET PERSPECTIVES DE RECHERCHE

1. Intérêts de l'étude

Ce mémoire présente plusieurs points forts. Tout d'abord son caractère **innovant** grâce à la mise en œuvre d'une méthodologie prospective peu employé dans le cadre des études en Masso-kinésithérapie. Cela m'a donc conduit à élaborer une étude de recherche qui se veut rigoureuse. Ainsi, son application a permis de **solliciter des experts** ayant une **place centrale** au cœur de notre profession et **porteur de décision**. Certains d'entre eux travaillent actuellement sur des théories qui ont été abordées (expérimentations par exemple). D'autre part, les entretiens semi-directifs ont permis de **clarifier la vision des participants**. Les questions posées ont suscité un réel intérêt chez eux (surtout chez les « experts MK »). Cela les a amenés à prendre du recul

sur leurs pratiques et à réévaluer leurs attentes. Ainsi, l'objectif « **d'anticipation** » a pu être rempli.

En effet, l'objectif principal de cette recherche est **d'informer la profession** sur les nouvelles orientations et changements à venir afin de les aider à **anticiper** ses « **évolutions** ». Les résultats obtenus à partir des données qualitatives et quantitatives ont servi de base pour la construction des scénarii envisagée. Ainsi, cette étude offre aux professionnels, aux futurs jeunes diplômés et aux formateurs des IFMK la possibilité d'anticiper ces changements.

2. Perspectives de recherche

Pour faire progresser cette étude de recherche, il est essentiel d'envisager plusieurs aspects. Tout d'abord il serait bénéfique de réitérer l'étude en recrutant un plus grand nombre de participants experts. De plus, en prolongeant la durée de cette étude, il serait possible d'organiser des sessions de travail en « focus group » permettant une vision plus globale et approfondie pour construire les scénarii. Il aurait été par ailleurs intéressant pour chacune des étapes de construction d'avoir un retour des experts.

VIII. CONCLUSION DE LA RECHERCHE

1. Réponse à la question de recherche

Nous arrivons à la fin de cette recherche dont l'objectif est de répondre à la question de recherche suivante : « **quelles seront les évolutions du métier de kinésithérapeute à l'horizon 2040 ?** »

La méthode P.M adaptée à cette étude a permis d'identifier et d'analyser les variables « internes » et « externes » du métier de MK. À partir des variables « clés » et des tendances connues issues de la littérature, 3 scénarii ont été proposés.

L'objectif : anticiper les éventuels défis auxquelles vont être confrontés les MK et envisager la place qui sera la leur dans leurs « futures missions ».

A la suite de cette construction, les scénarii ont été envoyés par **e-mail** aux experts afin d'avoir un échange avec eux. (Étape 4 de la méthode P.M : « validation ») (Boyer & Scouarnec,2008).

Les « experts » étaient d'accord avec les scénarii proposés. Pour eux, c'est cohérent par rapport aux évolutions. Les « experts MK » étaient plus en accord avec le scénario 1 et les « experts internes » n'ont pas exprimés d'avis particulier. Cependant, ils ont exprimé la nécessité d'approfondir le sujet.

2. Perspectives scientifiques

Cette étude s'inscrit dans un contexte du système de santé français et s'adresse à la population générale des kinésithérapeutes travaillant en secteur libéral. Or, durant les entretiens auprès des MK, des différences significatives ont pu être observées entre le territoire ultra-marin et la métropole. Celle étant la plus ressortie concerne la répartition des kinésithérapeutes. Ainsi, il serait intéressant d'identifier les spécificités et les défis propres à chaque département afin d'adapter les recommandations et les stratégies futures.

Lors de l'analyse et l'interprétation des résultats, un certain « gap » peut être perçu entre le consensus d'accord des « experts internes » et des « MK ». Il serait donc intéressant de mener des enquêtes auprès des professionnels de santé afin de d'avoir leur avis. Par exemple : réaliser une enquête par rapport au DMP. Qu'attendent-ils de cet outil, comment pourraient-ils être au mieux intégrés dans leur pratique.

3. Perspectives professionnelles

Cette recherche a été une source de développement personnel et professionnel tout au long de sa construction. Les connaissances apportées par les « experts internes » sur l'avenir de la profession m'ont amené à une réelle introspection de mes propres préjugés.

D'après les résultats, il apparaît évident que les kinésithérapeutes de demain auront un véritable rôle à jouer dans la « **coordination du parcours de soin du patient** », dans l'initiation des « **échanges interprofessionnels** » et devront se **familiariser** aux « **nouvelles pratiques** ». Ces trois aspects principaux conduiront ces professionnels à endosser un nouveau rôle et de nouvelles compétences leurs seront indispensables.

Ce travail a donc contribué à développer un intérêt porté sur le remaniement de la formation initiale des « kinésithérapeutes 2.0 ». L'évolution des professions paramédicales doit se faire en réponse « *aux besoins de santé de la population, et non à l'inverse* » (Hénart,2011 ; Cadet,2009). Ainsi, les formations doivent être conçues en tenant compte de cette évolution et des modalités d'exercice des professionnels Hénart,2011 ; Cadet,2009).

Il me paraît donc pertinent de préparer les futurs professionnels aux défis qui les attendent dans un futur proche.

Dans cette perspective, des expérimentations adaptées aux missions émergentes au sein des différents IFMK semblent nécessaire. J'aimerais ainsi synthétiser celles auxquelles j'ai réfléchi.

- **Développement de la santé mentale** : Je pense que les aspects psychosociaux seront des facteurs importants à prendre en considération Il existe à l'heure actuelle un certain mal-être dans notre société.

- **Remanier l'Unité Intégrative UI 29** : engager des discussions et des échanges sur les pratiques interprofessionnels en faisant des mises en situation pour que chacun puisse comprendre quel est le champ de compétence de l'un et de l'autre permettrait de favoriser la collaboration dans le futur
- **Réaliser des MSP** avec des internes en médecines et autres professionnels de santé
- **Sensibiliser les tuteurs de stage** : l'étudiant de demain aura d'autres missions donc important de sensibiliser les tuteurs sur les nouvelles attentes
- **Sensibiliser** les étudiants à **l'entretien motivationnel**.

IX. CONCLUSION GENERALE

Le voyage touche à sa fin. A travers cette recherche, différents caps nous ont été tracés concernant l'avenir de la profession.

Aujourd'hui nous sommes en questionnement sur les « évolutions » possibles du métier de MK. Ces évolutions nécessitent une volonté et des engagements clairs de la part des kinésithérapeutes et la formation devra s'adapter et évoluer.

Notre système de santé vit à la fois une crise économique et démographique et doit trouver rapidement des solutions alternatives pour répondre à la demande de soins. Cela nécessite des moyens financiers, humains et structurels conséquents.

Actuellement, l'image populaire d'un MK est celui d'un professionnel exerçant du « massage ». Cependant, cette perception évolue avec les changements de mentalité de la société amenant progressivement le MK vers une meilleure reconnaissance. La place du MK va devoir se mêler aux évolutions technologique, professionnelle et sociétale d'aujourd'hui et aux conséquences que cela pourrait engendrer sur sa pratique clinique.

Une chose est sûre, les évolutions à venir seront profondes et le kinésithérapeute devra se montrer « communicant » pour une meilleure coordination et collaboration. Ils devront être unis et démontrer qu'ils ont leur place dans cette transition.

Malgré tout, l'attractivité de la profession, fondée sur la richesse du contact humain et l'aspect « manuel » doit perdurer. Mais, s'ils restent cantonnés, l'avenir de la profession sera incertain.

Au vu de ces observations, une question légitime se pose : les kinésithérapeutes prendront-ils conscience de ces défis dans leurs futures évolutions professionnelles ? Que veulent-ils vraiment ?

Il s'agit d'un travail original sur un sujet porteur d'avenir mais mes biais d'interprétation ont pu avoir un impact sur les scénarii présentés.

Je terminerai donc ce travail par une citation de Jean Giono²⁵ et dire que « *Je me suis efforcé de décrire le monde, non pas comme il est, mais comme il est quand je m'y ajoute, ce qui évidemment ne le simplifie pas* »

²⁵ Jean Giono, auteur du Livre « Voyage en Italie »

BIBLIOGRAPHIE

Accès direct en kinésithérapie – Vers une véritable expérimentation ? - Fédération Française des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs. (s. d.). Repéré à <https://www.ffmkr.org/actualites/nos-actualites/8-avr-2024-acces-direct-en-kinesitherapie-vers-une-veritable-experimentation>

ANSES (2022) *Manque d'activité physique et excès de sédentarité : une priorité de santé publique*. Repéré à : <https://www.anses.fr/fr/content/manque-d'activite-physique-et-exces-de-sedentarite-une-priorite-de-sante-publique>

Arrêté du 21 août 2023 portant approbation de l'avenant n° 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes libéraux et l'assurance maladie signée le 3 avril 2007—Légifrance. Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047995983>

Article L4321-1—Code de la santé publique—Légifrance. Repéré à : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031930031/2016-01-28

Andréani, J.C, & Conchon, F. (2005). Fiabilité et validité des enquêtes qualitatives. Un état de l'art en marketing. *Revue Française du Marketing* ; Paris N°201,5-21

Assurance Maladie (2017) *Convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes*. Repéré à : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/A070510B.pdf

Askenazy, P., Dormont, B., Geoffard, P.-Y., & Paris, V. (2013). Pour un système de santé plus efficace. Notes du conseil d'analyse économique, 8(8), 1. <https://doi.org/10.3917/ncae.008.0001>

Berquin, A. (2010). The biopsychosocial model: much more than additional empathy. *Revue medicale suisse*, 6(258),1511-1513.PMID:20822057

Berger, G. (2007). Sciences humaines et prévision: Article initialement publié dans *La Revue des Deux Mondes*, p. 417- 426 (NdE). In P. Durance (Ed.), *Prospective: Vol. 1. De la prospective: Textes fondamentaux de la prospective française / 1955-1966*. Paris: l'Harmattan.

Berger, G. (1964). Phénoménologie du temps et prospective

Borgès Da Silva, G. (2001). La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. (2), 117-121

Blanchet, A., & Gotman, A. (2007). L'enquête et des éthodes. L'entretien. Editions Armand Collin.

Bruant-Bisson, A., Laffon, P., & Marty, M. (s. d.). Expérimentation de l'accès direct aux actes de masso-kinésithérapie.

Caillaud, S., & Flick, U. (2016). Triangulation méthodologique. Ou comment penser son plan de recherche. Les représentations sociales. Théories, méthodes et applications, 227-240.

Cadet, J-P. (2009). L'avenir appartient à ceux qui savent anticiper.

Chabal, S. (2014). Les Principaux biais à connaître en matière de recueil d'information. Les fiches En lignes de la Lettre du CEDIP

COMMISSION EUROPÉENNE (2009) La e-santé en Europe.

COLLE, M-F (2015). *Prescription de Masso-kinésithérapie en Médecine générale : impact des modifications réglementaires* – étude descriptive dans le Territoire de Belfort. Thèse d'exercice. Médecine. Université de Besançon.

Conrard S (2020). Protocoles de coopération, une avancée pour la profession. *KA*, 1562, p.18

Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes (2020) Guide de bonnes pratiques relatif au télésoin en kinésithérapie. Repéré à <https://www.ordremk.fr/actualites/kines/guide-de-bonnes-pratiques-relatif-au-telesoin-en-kinesitherapie/>

Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes (2022). *Vers un cadre commun européen de formation pour les kinésithérapeutes*. <https://www.ordremk.fr/actualites/ordre/vers-un-cadre-commun-europeen-de-formation-pour-les-kinesitherapeutes/>

Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes. (2022). *Le nouveau code de déontologie des Masseurs-Kinésithérapeutes*. Repéré à <https://deontologie.ordremk.fr/wp-content/uploads/2022/02/code-de-deontologie-avec-sommaire.pdf>

Cordier, A. (2013). Un projet global pour la stratégie nationale de santé : 19 Recommandations du comité des « sages ».

COTTRELL, M. A. et al. (2017) Real-time telerehabilitation for the treatment of musculoskeletal conditions is effective and comparable to standard practice: a systematic review and metaanalysis. *Clinical Rehabilitation*, 31(5), p. 625-638.

Dalmas, M. (2022). Génération Z : Une génération en quête de risques et d'éthique entrepreneuriale. *Vie et sciences de l'entreprise*, 1(213), 129-140. doi: 10.3917/vse.213.0129

D'AMOUR D., FERRADA-VIDELA M., SAN MARTIN RODRIGUEZ L., BEAULIEU M-D (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration : core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*. (1), p.31-116

Décret n° 2010-245 du 9 mars 2010 relatif aux actes que sont autorisées à effectuer les personnes titulaires de l'examen de fin d'études ou du diplôme délivré par l'école des techniques thermales d'Aix-les-Bains et obtenu avant le 31 décembre 1982—Légifrance. (s. d.). Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000021954819>

DGOS (2019) *Feuille de route « accélérer le virage numérique »*. Paris : Ministère des Solidarités et de la Santé. Repéré à : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/190425_dossier_presse_masante2022_ok.pdf

De Jouvenel, H. (s. d.). LA DÉMARCHE PROSPECTIVE.

Demoncey, A. (2016). La recherche qualitative : Introduction à la méthodologie de l'entretien. *Kinésithérapie, la Revue*, 16(180), 32-37. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2016.07.004>

Boris, R. (2024). *Un déficit des comptes de la sécurité sociale en 2021 en nette amélioration par rapport à 2020, et moins creusé que prévu. Ministère du travail, de la santé et des solidarités*. Repéré à : <https://sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/un-deficit-des-comptes-de-la-securite-sociale-en-2021-en-nette-amelioration-par>

Dubar, C., Tripier, P., & Boussard, V. (2015). *Sociologie des professions* (4e édition). Collection U : Vol. 1. Paris : Armand Colin.

Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques Psychologiques*, 10(1), 79-86. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2004.01.004>

DRESS (2018). *D'ici à 2040, les effectifs de masseurs-kinésithérapeutes augmenteraient de 57% soit bien plus que les besoins de soins*. Repéré à <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1075.pdf>

DRESS (2018). *En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6% de la population*. Repéré à : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1144.pdf>

DRESS (2021) *Les dépenses de santé en 2021*. Repéré à : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/CNS2022_1.pdf

Drucker-Godard, C., Ehlinger, S., & Grenier, C. (2007,2011). Validité et fiabilité de la recherche. In R.-A. Thiétart (Ed.), *Management sup. Méthodes de recherche en management* (3rd ed., pp. 263–293). Paris: Dunod.

ERIKSSON, L., LINDSTRÖM, B. & EKENBERG, L. (2011) Patients' experiences of telerehabilitation at home after shoulder joint replacement. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 17(1), p. 25-30.

FFMKR. (2021). *La FFMKR lance une étude démographique consistant à évaluer le besoin réel de soins*. <https://www.ffmkr.org/actualites/nos-actualites/6-avr-2021-la-ffmkr-lance-une-etude-demographique-consistant-a-evaluer-le-besoinreel->

de-soins

FFMKR (2022). *Grand âge, autonomie et kinésithérapie*. Repéré à https://www.ffmkr.org/_upload/ressources/pdf/FFMKR-Dossier_grand_age.pdf

FFMKR (2022) *20es Assises nationales de la kinésithérapie*. Repéré à : <https://www.ffmkr.org/actualites/evenements/14-fevr-2022-20es-assises-nationales-de-la-kinesitherapie#:~:text=Les%203%20et%204%20juin,le%20devenir%20de%20notre%20profession.&text=Spécificité%20d'exercice%2C%20quel%20impact,des%20soins%20dans%20les%20territoires%20%3F>

FFMKR (2022) *FKcoor, les kinésithérapeutes coordonnateurs s'organisent !* Repéré à <https://www.ffmkr.org/actualites/nos-actualites/6-oct-2023-fkcoor-les-kinesitherapeutes-coordonnateurs-s-organisent>

FFMKR (2024). *La FFMKR et la UNMSS signe une convention*. Repéré à <https://www.ffmkr.org/actualites/nos-actualites/26-janv-2024-la-ffmkr-et-l-unmss-signent-une-convention>

Flannelly, K., Flannelly, L., & Jankowski, K. (2018). Threats to the Internal Validity of Experimental and Quasi-Experimental Research in Healthcare. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 24, 1–24. <https://doi.org/10.1080/08854726.2017.1421019>

FNEK (2019). *Equivalence et difference entre les pays*. Repéré à : <http://www.fnek.fr/services-a-letudiant/formations/parcours-thematiques-fnek/parcours-international/equivalence-et-differences-entre-les-pays/>

François, S. & Damman, S. (2022). *De plus en plus de démissions chez les jeunes travailleurs en Belgique : comment l'expliquer ?*. Repéré à <https://www.rtl.be/actu/de-plus-en-plus-de-demissions-chez-les-jeunes-travailleurs-en-belgique-comment/2022-01-31/article/448380>

Freidson, E. (1984). *La Profession médicale. Médecine et sociétés*. Paris: Payot.

FRELAUT M. (2018) Les déserts médicaux. *Revue-Regards*, 1(53), p. 12.

Gatto, F., Vincent, S., & Michel, S. (2016). Pourquoi la nouvelle formation initiale des Kinésithérapeutes est une formation « à et par la recherche » multi-référentielle (qualitative et quantitative), indispensable pour une professionnalisation de qualité et pour une approche globale des patients ? *Kinésithérapie, la Revue*, 16(180), 24-31. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2016.07.003>

Godet, M., & Monti, R. (Eds.) (2006). Les pratiques de Prospective en Gestion des ressources

GUY, M. (2014) *Acceptabilité d'une application « e-santé » par les patients*. Bègles : Institut de Formation en Masso Kinésithérapie de Bègles.

Genève, C. (2020). État des lieux en santé en 2020, étude d'une application mobile de santé,

Grenier, C., & Giordano, F. (s. d.). Prospective des métiers de la santé à l'horizon 2040.

Jabri, K., Monirijavid, S., Renaud, T., Lenglard, F., Polton, D., Bauer-Eubriet, V., Castaing, E., & Philippon, I. (2021). Sous la direction de Franck Arnaud, Geoffrey Lefebvre, Myriam Mikou et Mickaël Portela.

HAS (2019). *Les protocoles de coopération*. Repéré à : https://www.has-sante.fr/jcms/c_978700/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante

HAS (2021) *E-santé & m-santé*. Repéré à : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3106128/fr/e-sante-m-sante

HAS (2021) *Rapport des résultats nationaux de la campagne 2021, indicateurs de qualité et de sécurité des soins*. Repéré à : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-12/iqss_2021_rapport_complet_resultats_campagnes_2021_national.pdf

HAS (2021) *La stratégie données 2021-2014 de la HAS*. Repéré à : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-06/infographie_-_strategie_donnees_2021-2024_has.pdf

HAS (2021) *Engager le patient pour améliorer la qualité et la sécurité des soins en équipe*. Repéré à : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-08/spa_113_guide_engager_le_patient_pacte_vd.pdf

HAS (2022). La loi relative à l'organisation et la transformation du système de santé. Protocole de coopération entre professionnels de santé. Repéré à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/c_978700/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante

HCAAM (2018). *Système de santé et personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie à l'horizon 2030* : Avis du HCAAM. Paris HCAAM: 19, annexes.

HCAAM (2018). *Contribution du HCAAM à la Stratégie de transformation de notre système de santé* : rapport et avis 2018. Paris HCAAM: 2 vol. (60 +20)

Healthcare Data Summit. Données de santé (2018). 7 propositions pour changer de perspectives. Repéré à : [https://www.ey.com/Publication/wLUAssets/ey-synthese-healthcare-data-summit/\\$FILE/ey-synthese-healthcare-data-summit.pdf](https://www.ey.com/Publication/wLUAssets/ey-synthese-healthcare-data-summit/$FILE/ey-synthese-healthcare-data-summit.pdf)

Hénart, L., Berland, Y., & Cadet, D. (2011). *Rapport relatif aux métiers de santé de niveau intermédiaire* : Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer (N° 113). Retrieved from <http://www.ladocumentationfrancaise>

TUASON, M., & HO, J. (2015) *Télésoins à domicile : services collaboratifs en santé*. p. 4.

Hennebo, N. (2009). Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine. https://cfrps.unistra.fr/fileadmin/uploads/websites/cfrps/Recherche/ressources_utles_pour_recherche/guide_theorisation_ancree.pdf

Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102(3), 23-34. <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>

IFOP (2020) *Quel est l'impact du confinement sur le poids et les habitudes alimentaires des français?* Repéré à : <https://www.ifop.com/publication/quel-est-limpact-du-confinement-sur-le-poids-et-les-habitudes-alimentaires-des-francais/>

IRDES (2008). *La e-santé : télésanté, santé numérique ou santé connectée*. Synthèse et bibliographie thématique

INNOV'ASSO (2020) Le Covid-19, un accélérateur dans le développement des outils numériques. Repéré à : <https://www.innovasso.fr/dossier/le-covid-19-un-accelerateurdans-le-developpement-des-outils-numeriques/>

INPES (2010). Prospective santé 2030–prévention 2010. Repéré à : http://inpes.santepubliquefrance.fr/professionnels-sante/pdf/etude_prospective_sante.pdf

INSEE (2020) Tableaux de l'économie française. Repéré à : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277615?sommaire=4318291#:~:text=Au%201er%20janvier%202020,hausse%20de%200%2C3%20%25.>

INSEE (2021) *L'usage des technologies de l'information et de la communication par les ménages entre 2009 et 2021*

Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6036909?sommaire=6049348#:~:text=L'équipement%20mobile%20est%20la,ou%20plus%20en%20possèdent%20un>

INSEE (2023) *Dépenses en santé* Repéré à : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7666887?sommaire=7666953>

Intissar, S ; Rabeb, C. (2015). Étapes à suivre dans une analyse qualitative de données selon trois méthodes d'analyse : la théorisation ancrée de Strauss et Corbin, la méthode d'analyse qualitative de Miles et Huberman et l'analyse thématique de Paillé et Mucchiellu, une revue de la littérature. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 1(3), 161-168.doi : 10.1016/j.refiri.2015.07.002

JORF (2021) Décret n° 2021-707 du 3 juin 2021 relatif à la télésanté - Légifrance. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043596730>

JORF (2020) Décret n°2020-293 du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire. Repéré à :

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041807257>

Jünger, S., Payne, S. A., Brine, J. Radbruch, L. & Brealey, S.G. (2017). Guidance on Conducting and Reporting DELphi Studies (CREDES) in palliative care: Recommendations based on a methodological systematic review. *Palliative Medicine*, 31(8),684-706. <https://doi.org/10.1177/0269216317690685>

KAIRY, D. (2010) Télééducation, téléadaptation et e-santé : définition, évolution et diversité des points de vue sur ces concepts. (1), p. 2.

KAUR, K., et al. (2004) Organisational design and implementation of a telerehabilitation system in Oklahoma. *International Journal of Healthcare Technology and Management*, 6(1), p. 56.

Kohn,L.& Christiaens, W. (2015). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et cryances. *Reflets et perspectives de la vie économique*. Tome LIII(4),67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>.

Lamonde, P. & Latouche, D. (1975). La méthode des scénarios en prospective. *L'Actualité économique*, 51(2), 253–281. <https://doi.org/10.7202/800621ar>

Lenel, O., Huerre, M. & Le Coz, M. (2019). Future of work : quelles attentes de la gent Z pour l'entreprise de demain? Retrieved from Mazars et OpinionWay Web site : http://www.managerlenchanteur.org/wp-content/uploads/MAZARSETUDE_GEN_Z_A4_fev2019.pdf

Lewi, G. (2018). Génération Z : Mode d'emploi. France : Vuibert.

Livian, Y. (2015). Initiation à la méthodologie de recherche en SHS : réussir son mémoire ou sa thèse. <https://shs.hal.science/halshs-01102083/>

LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1), 2002-303 (2002).

LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1), 2016-41 (2016).

LOI n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé (1), 2023-379 (2023).

LOI n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie (1), 2024-317 (2024).

LEEM (2020). *Analyse prospective Santé 2030*. Repéré à <https://www.leem.org/publication/sante-2030-une-analyse-prospective-de-l-innovation-en-sante>

Méda, D. & Vendramin, P. (2017). *Reinventing work in Europe : Value, Generation and Labour* (D. Robert, Trans.). Suisse : Palgrave Macmillan. (Original work published 2013). doi: 10.1007/978-3-319-39525-8

Ministère des solidarités et de la santé (2018). Arrêté du 24 septembre 2018 relatif à la méthodologie applicable à la profession de masseur-kinésithérapeute pour la détermination des zones prévues à l'article L.1434-1 du Code de la santé publique

MOFFET, H., et al. (2017) Patient Satisfaction with In-Home Telerehabilitation After Total Knee Arthroplasty: Results from a Randomized Controlled Trial. *Telemedicine and e-Health*, 23(2), p.80-87.

Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (3rd edition). Los Angeles etc.: Sage.

PEARSON, J., et al. (2016) The acceptability to patients of PhysioDirect telephone assessment

and advice services; a qualitative interview study. *BMC Health Services Research*, 16(1), p. 104.

Picot, C. (2000). L'industrie de la télésanté au Canada: profil et analyse des capacités.

Niederberger, M., & Spranger, J. (2020). Delphi Technique in Health Sciences: A map. *Frontiers in Public Health*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00457>

Ntebuste, J-G, & Croyere, N. (2016). Intérêt et valeur du récit phénoménologique : une logique de découverte. *Recherche en soins infirmiers*, N°124 (1), 28-38 <https://doi.org/10.3917/rsi.124.0028>

OMS (2013). *La recherche pour la couverture sanitaire universelle*. Rapport sur la santé dans la monde ?

Osty, F. (2002). Le désir de métier : Engagement, identité et reconnaissance au travail. Texte Remanié de : Thèse de doctorat : Sociologie : Paris, Institut d'études politiques : 2000. Des Sociétés. Rennes : Presses universitaires de Rennes.

Panchout, E., Sidoisne, C. (2024). Pratique avancée en kinésithérapie. Qu'en pensent les kinésithérapeutes ? Analyse de 21 entretiens. DOI 10.1016/j.kine.2023.12.007

Parizot, I. (2012). L'enquête par questionnaire. In S. Paugam (Ed.), *Quadrige. Manuels*. L'enquête sociologique (2nd ed., pp. 94–113). Paris: Presses universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.paug.2012.01.0093>

PICARD A. (2018). La profession doit s'approprier les nouvelles technologies. *KA* (1528).

Pichault, F., Remy, C. (2011). Conditions et limites d'une démarche de prospective métier dans un secteur de PME touché par la crise économique 2011/9 (49), p 277-295

Plomb, F. (2018) Le rapport au travail face à la diversité des mondes économiques des jeunes. *Agora débats/jeunesses*, 2(79), 103-118. doi 10.3917/agora.079.0103

Proulx, J. (2019). Recherches qualitatives et validités scientifiques. *Recherches qualitatives*, 38 (1), 53-70. Doi :10.7202/1059647ar

ROQUET, P., GATTO, F. & VINCENT, S. (2016) L'identification et la reconnaissance des rôles et des identités des masseurs-kinésithérapeutes. p. 89.

Saba, T. (2017). Les valeurs des générations au travail : les introuvables différences. *Gérontologie et société*, 39 (153), 27-41. doi:10.3917/g1.153.0027

Sainsaulieu, R., & Alter, N. (2019). *L'identité au travail* (4e éd. entièrement actualisée). Références : Presses de Sciences Po.

SALMON, P., & HALL, G. M. (2003) Patient empowerment and control: a psychological discourse in the service of medicine. *Social Science & Medicine*, 57(10), p. 1969-1980.

Smith, J., & Noble, H. (2014). Bias in research : Table 1. *Evidence Based Nursing*, 17(4), 100-101.

Tatin, M. (2017) *Collaboration entre médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeute : élaboration d'un outil de communication*. Thèse de médecine, Université Paris Descartes

Taylor, E. (2019). We agree, Don't We? The Delphi Method for Health Environments Research. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 13(1), 11-23. <https://doi.org/10.1177/1937586719887709>

TOUSIGNANT, M., et al. (2015) Cost Analysis of In-Home Telerehabilitation for Post-Knee Arthroplasty. *JMIR Publication*, 17(3), p. 12.

URPS (2022). *Kinésithérapie en pratique avancée*. Repéré à <https://www.urps-kine-idf.com/blog/kinesitherapie-en-pratique-avancee#:~:text=Le%2020%20octobre%202022%2C%201,en%20Ile%2Dde%2DFrance>.

URPS (2023) *Kinésithérapie en pratique avancée*. Repéré à <https://www.urps-kine-idf.com/uploads/pratiques-innovantes/urps-note-de-synthese-poc-kpa-urgences-cc.pdf>

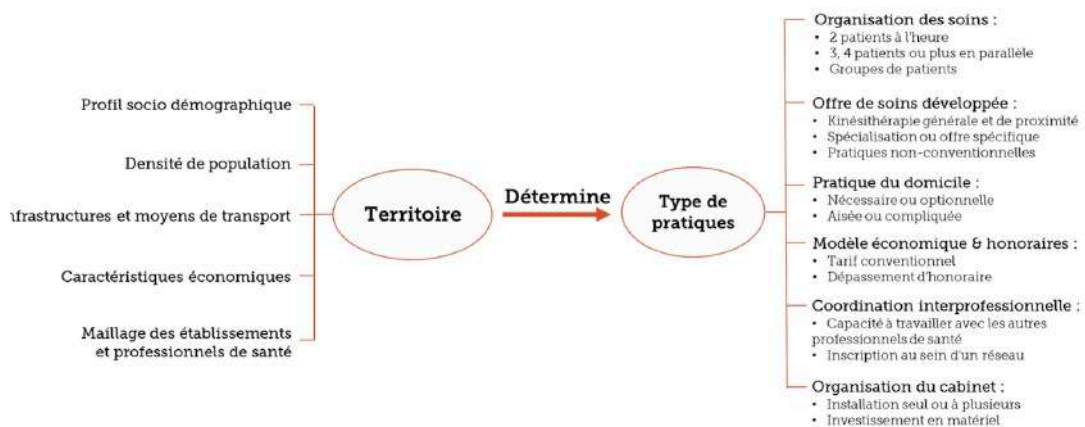
Vergier, N., Chaput, H. (2017). *Déserts médicaux : comment les définir ? comment les mesurer ?* Dossier de presse de la DRESS. Repéré à : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd17.pdf>

WHO (2010). Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques:
Vers une gouvernance partagée en faveur de la santé et du bien-être. Tenir compte de la
santé améliore l'efficacité de la gouvernance -Une gouvernance plus efficace améliore la
santé.

SOMMAIRE DES ANNEXES

ANNEXE I : Liste des actes facturables dans le cadre de la pratique du télésoin pour les MK par l'Assurance maladie (JORF,2020).....	1
ANNEXE II : Répartition démographique des MK sur le territoire français en 2022 (CNMOK,2022).....	1
ANNEXE III : Nouvelle articulation entre médecine de ville, secteur médico-social, hôpital et la transformation des métiers (Leem,2020).....	2
ANNEXE IV : Intérêt de l'utilisation du DMP (Leem,2020).....	3
ANNEXE V : Rapports et études ayant fait l'objet d'une étude « prospective ».....	4
ANNEXE VI : Étapes caractéristiques de la méthode « prospective métier ».....	4
ANNEXE VII : Questionnaire de pré-inclusion.....	5
ANNEXE VIII : Guide d'entretiens.....	7
ANNEXE IX : Formulaire de consentement libre et éclairer.....	8
ANNEXE X : Exemple de retranscription.....	10
ANNEXE XI : Extraits des Verbatims Thème 1 : la kinésithérapie un pilier de santé publique.....	12
ANNEXE XII : Extraits verbatims du thème 2 : impacts des politiques de santé.....	14
ANNEXE XIII : Extraits verbatims du thème 3 : une mutation nécessaire et inévitable.....	18
ANNEXE XIII : Questionnaire d'enquête prospectif administré aux 2 groupes « experts » et en « extension ».....	23
ANNEXE XIV : Planning prévisionnel de l'organisation de la recherche.....	36

ANNEXE III : Nouvelle articulation entre médecine de ville, secteur médico-social, hôpital et la transformation des métiers (Leem,2020)



ANNEXE IV : Intérêt de l'utilisation du DMP (Leem,2020)



ANNEXE V : Rapports et études ayant fait l'objet d'une étude « prospective »

TITRE	Rapport relatif aux métiers en santé - Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer (Hénart & Cadet, 2011) Origine : Ministère du travail de l'emploi et de la santé	Prospective santé 2030- prévention 2010 (INPES, 2010)	Prospective e-santé : faire émerger l'offre Française en répondant aux besoins présents et futurs des acteurs en santé Pôle interministériel de prospective et d'anticipation des mutations économiques (PIPAME)	Les rapports de l'observatoire : Prospectives des métiers de la santé à l'horizon 2040 OPCO SANTE	Thèse Prospective des métiers et des conditions de travail : les cas du métier de marin	Thèse prospective du cadre de santé de pôle à l'hôpital : entre stratégie managériale et expertise soignante	Atelier prospective : les futurs des métiers du développement	Thèse : le développement de l'employabilité sur le territoire : visions prospectives sur les métiers en tension : cas des services à la personne	Les métiers de la santé : Horizon 2025 Office de prospective en santé, rapport 2008 dirigé par Didier Tabureau Ed. Science Po
Année de parution	2011	2010	2016	2020	2015	2023	2018	2021	2008
Méthodologie prospective employée	Scénario prospectif à partir d'experts : entretiens semi-directif, focus group	Scénarii prospectifs dit tendanciel à partir de données démographiques et politique	Ateliers de travail Entretiens semi-directif	Prospective métier : • Entretiens • Atelier de travail par groupe Scénarii tendanciel relatifs à l'exercice des métiers par compétence	Prospective métier : • Entretiens auprès des professionnels (marins) 3 Scénarii prospectifs tendanciels	Prospective métier Experts + personnels soignants • Entretien semi directif • Questionnaire enquête • Travail en focus group	Ateliers prospectifs en groupe de travail Professionnels de différents horizons 4 Scénarii tendanciels	Prospective métier : • Entretiens semi-directifs : demandeurs d'emploi, élus, entreprises • Ateliers de groupe 4 scénarii tendanciels	Visions de 6 nouveaux métiers

ANNEXE VI : Étapes caractéristiques de la méthode « prospective métier » (Boyer & Scouarnec, 2008)

Étape 1 : l'appréhension contextuelle	<ul style="list-style-type: none"> • État de l'art théorique sur le sujet • Choix de l'échantillon des entreprises et des acteurs experts • Rédaction d'un questionnaire ouvert pour des entretiens semi-directif • Réaliser des entretiens
Étape 2 : la pré-formulation	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse de contenu de ces entretiens, analyse et structuration du phénomène • Regroupement des thèmes et des choix aux dimensions prospectives • Rédaction d'un questionnaire avec des questions portant sur les faits prospectifs • Envoi aux acteurs / experts
Étape 3 : La construction	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation d'une journée de travail • Analyse en focus group (par groupe de travail) des réponses issues du questionnaire • Comparaison des analyses de chaque groupe de travail
Étape 4 : la validation	<ul style="list-style-type: none"> • Intégration des résultats des focus groupe et proposition d'un modèle générale • Enquête en extension possible mais non obligatoire

Tableau I : étapes caractéristiques de la méthode P.M (Boyer & Scouarnec, 2008)

Étape 1 : l'appréhension contextuelle	<ul style="list-style-type: none"> ● Choix de l'échantillon interrogés : participants en lien de manière direct ou indirect avec le métier de kinésithérapeute ● Experts et kinésithérapeutes ● Réalisation de 12 entretiens semi-directifs sur la vision des « évolutions » du métier de kinésithérapeute <ul style="list-style-type: none"> ◦ 8 entretiens experts ◦ 4 entretiens kinésithérapeutes libéraux
Étape 2 : la pré-formulation	<ul style="list-style-type: none"> ● Retranscription des entretiens : obtention des verbatims ● Analyse qualitative des entretiens par thématique par rapport aux visions « prospectives » des participants sur le métier de kinésithérapeute ● Interprétation des résultats grâce à l'élaboration de la grille d'analyse ● Création du questionnaire enquête à partir des thèmes « prospectifs » et de l'analyse qualitative
Étape 3 : La construction	<ul style="list-style-type: none"> ● Envoi du questionnaire en 2 phases : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Auprès des experts ◦ Auprès des kinésithérapeutes ◦ Auprès d'autres experts et kinésithérapeutes (enquête en extension) <ul style="list-style-type: none"> ● Analyse comparée des 2 enquêtes ● Recherche de consensus d'accord / désaccord
Étape 4 : la validation	<ul style="list-style-type: none"> ● Application de la méthode des scénarios ● Construction scénarii ● <i>Échanges avec les experts</i>

Tableau II : étapes caractéristiques de la méthode P.M adaptée à la recherche (D'après Boyer & Scourneac,2008)

ANNEXE VII : Questionnaire de pré-inclusion

Questionnaire pré-inclusion

Bonjour,

Je suis actuellement étudiante en dernière année de masse-kinésithérapie et je mène un mémoire dont le thème porte sur les **perspectives d'évolutions du métier de kinésithérapeute à l'horizon 2040**.

Dans le cadre de cette initiation à la recherche, je souhaiterais solliciter votre participation à mon étude qualitative prospective.

L'objectif de cette étude est d'explorer les évolutions du métier de kinésithérapeutes au cours des prochaines années.

Pour ce faire, je vais utiliser une méthodologie prospective se déroulant en 2 étapes principales:

- 1) Entretiens semi-directifs
- 2) Questionnaire exploratoire à degré d'accord

Ce questionnaire est une première étape, et me permet de vérifier la validité de votre inclusion à mon étude de recherche. Il vous prendra moins de 5 minutes à remplir.

Bien évidemment, votre participation reste volontaire et toutes les informations vous concernant resteront confidentielles.

A la suite de votre réponse, je prendrai contact avec vous dans les jours suivants afin d'établir une date d'entretien en **février 2024**. Un document de recrutement vous sera alors transmis ainsi qu'un formulaire de consentement. Des informations complémentaires vous seront transmises.

Votre expertise est essentielle pour à la fois contribuer à façonner les orientations du métier de masseur-kinésithérapeute et aussi éclairer les professionnels de demain.

Je reste à votre disposition pour toutes questions supplémentaires.

Vous pouvez me contacter via l'e-mail : maeva.lagaisse@ies-reunion.fr

En vous remerciant par avance du temps accordé,

Cordialement,

Lagaisse Maeve, étudiante M2 IFMK de la Réunion.

Critères de participation à l'étude *

Vous devez OBLIGATOIREMENT remplir ces critères afin de poursuivre cette démarche

- Etre masseur-kinésithérapeute diplômé d'Etat ou équivalence en cours d'exercice en France
 - Travailler en exercice libéral
 - Avoir une durée d'exercice en libérale supérieure à 3 ans
 - Avoir contribué à un ouvrage (article scientifique, thèse etc.) dans le domaine de la kinésithérapie
-

Régions dans laquelle vous exercer *

Réponse courte

Sexe *

- Homme
- Femme
- Autre...

Etes-vous prêts à partager vos opinions et vos visions lors des entretiens? *

Oui

Non

Autre...

Mail me permettant de vous contacter pour le reste de l'étude. *

Réponse courte

ANNEXE VIII : Guide d'entretiens

Thèmes	Questions	Relances
Présentation du participant	Pouvez-vous vous présenter et me décrire succinctement votre parcours professionnel ?	Quel est le périmètre de votre action/ rôle au sein de votre organisme ?
Mutations internes liés au métier de kinésithérapie	Selon vous, quelles sont les principales mutations internes * qui se passe à l'heure actuelle pouvant avoir un impact sur l'évolution du métier de kinésithérapeute ?	*Compétences *Formation *Pratique <ul style="list-style-type: none">• Quelle est votre vision de l'approche pluridisciplinaire dans la pratique MK ?• Quelles adaptations dans la pratique MK seront nécessaires pour répondre aux besoins de la population ?• Quelles compétences seront essentielles ?• Quelles adaptations dans la formation initiale serait nécessaires pour anticiper l'évolution de la profession ?

<p>Mutations externes lié au métier de kinésithérapie</p>	<p>Selon vous, quelles sont les principales mutations externes *qui se passe à l'heure actuelle pouvant avoir un impact sur l'évolution du métier de kinésithérapeute ?</p>	<p>*Politique *Économique *Technologique *Sociologique</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Selon vous, quelles sont les attentes du système de santé vis à vis des kinésithérapeutes ? ● Comment voyez-vous l'intégration de la santé numérique (DMP) dans la pratique MK ? ● En termes de rémunération ? ● Au niveau de la répartition démographique des MK ? ● En termes d'avancée technologique ?
<p>Perspectives</p>	<p>Quelle est votre vision sur l'avenir de la profession ?</p> <p>Comment dessineriez-vous le kinésithérapeute de demain ?</p>	<p>- Quels freins possibles ?</p>

ANNEXE IX: Formulaire de consentement libre et éclairer

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE
Participation à une recherche en masso-kinésithérapie

Présentation du projet de recherche : Mémoire de recherche de kinésithérapie portant sur le thème **des transformations du métier de masseur-kinésithérapeute à l'horizon 2040** (étude qualitative prospective).

Présentation de l'étudiant-chercheur : Mlle LAGAISSE maeva, étudiante en Master 2 à l'IFMK de la Réunion, promotion 2020-2024

Sous la direction de : Mr NIVOIT Bruno, formateur à l'IFMK de la Réunion

Engagement de l'étudiant-chercheur : en tant qu'investigateur principal, je m'engage à :

- Mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques
- Respecter la confidentialité et l'anonymisation des informations fournies par le participant pendant et après l'entretien.
- Respecter toute volonté d'arrêt de l'étude de la part du participant.
- Envoyer une conclusion des résultats aux participants.

Déroulement de la participation : Votre participation consistera à réaliser cet entretien d'environ 1 heure. Je vais vous poser des questions en lien avec ma thématique, et vous laisser répondre librement.

L'entretien est unique et sera enregistré afin de pouvoir le retranscrire, l'analyser et exploiter les résultats pour la rédaction de mon mémoire.

Information du participant : La participation à cette recherche est entièrement volontaire. Vous aurez le droit de retirer votre participation à tout moment sans justification et sans encourir aucune conséquence. Dans ce cas, les données recueillies ne seront pas exploitées. De la même manière, au cours de l'entretien, vous aurez le droit de ne pas répondre à certaines questions sans donner de raison.

Le participant a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette recherche auprès de l'étudiant-chercheur, et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche.

Confidentialité des informations : Toutes les données et informations recueillies au cours de l'entretien seront traitées et conservées de façon anonyme et confidentielle selon les règles en vigueur. Les résultats obtenus à l'issue du traitement des données et la transmission des informations concernant le participant pour l'expertise pourront faire l'objet d'une publication scientifique*. Dans ce cas, l'identité des participants sera elle aussi anonyme.

L'enregistrement de cet entretien sera détruit après retranscription écrite et analyse des résultats.

Je, soussigné(e) Monsieur / Madame..... déclare accepter, librement, et de façon éclairée, de participer comme sujet à l'étude de recherche effectuée dans le cadre de fin d'étude. Veuillez cocher les cases ci-dessous :

- Je m'engage à fournir avec exactitude les informations demandées à mon sujet.
- J'autorise dans le cadre de l'écrit du mémoire, l'utilisation de mes données anonymisées par l'étudiant-chercheur soumis au secret professionnel.
- J'accepte que cet entretien soit enregistré.

Fait à

Le / /

Signatures :

Le participant :

L'étudiant-chercheur : Lagaisse Maeva

* Si le mémoire fait l'objet d'une publication scientifique et souhaitez retirer votre anonymat, veuillez cocher la case suivante :

ANNEXE X : Exemple de retranscription

Q : Selon vous, quelles sont les principales mutations internes et externes liées à notre profession ?

R : Alors moi j'ai trouvé, je suis diplômé depuis 2010, j'ai trouvé qu'il y avait énormément d'évolution dans le cadre de notre métier. J'ai trouvé que le niveau des étudiants avait largement augmenté, qu'il était beaucoup plus basé sur des notions un petit peu internationales et qu'on avait eu beaucoup beaucoup de changements dans notre métier. On était basé sur beaucoup de soins manuels quand j'ai fini mon cursus et que maintenant on est beaucoup plus basé sur une kinésithérapie plutôt active et avec beaucoup de notions d'EBP qu'on n'avait pas à l'époque. Ça c'est sûr que ça a changé et bien d'ailleurs pour la profession maintenant il faut faire attention à ne pas former non plus que des ingénieurs en raisonnement clinique façon de parler parce que je trouve que les étudiants OK ils ont un raisonnement mais parfois ils perdent leur côté manuel et ça j'ai peur que par la suite, ça pose problème si on fait que de l'actif. Après, alors moi je pense que l'avènement des réseaux sociaux a changé considérablement la donne parce que les gens ont beaucoup plus de capacité à trouver des réponses un peu sur le web et on n'est plus dans le niveau de Doctissimo où en gros on avait plutôt de l'anxiété qui ressortait des données avec beaucoup de complexité dans ce que tu pouvais trouver. Et maintenant j'ai l'impression qu'il y a beaucoup de choses qui sont faites plutôt en vulgarisation avec beaucoup d'exercices faciles à mettre en place, avec moins de nocebo qu'avant, donc ça c'est le côté très positif. Et moi je pense qu'aussi les nouvelles technologies amènent beaucoup plus d'objectivation dans notre façon d'exercer et de mon côté j'ai l'impression que c'est quand même une bonne chose

Relance : avancées technologiques ?

R : Moi je pense qu'il faut essayer de se renouveler un peu au quotidien parce que ces données-là vont être de plus en plus à utiliser quotidiennement par nos patients. Et si en gros tu les ignores, je pense qu'au bout d'un moment avec les nouvelles générations ça va être très dur d'avoir un discours cohérent. Notamment, je pense que les gens sont en recherche d'avoir une prise en charge personnalisée mais aussi une prise en charge un peu pertinente par rapport à ce qu'ils voient sur les réseaux. Donc ça c'est un truc, moi je pense, qui est hyper positif parce qu'en gros toutes les études et puis même dans la pratique clinique on voit que les gens, plus tu les autonomises dans leur parcours de santé, parcours de soins, plus ils ont des bons résultats. Et je pense qu'en gros c'est notre rôle de les guider dans ce sens-là c'est-à-dire les autonomiser et leur proposer les clés d'une rééducation ludique et adaptée, et surtout en adéquation avec les faits actuels, par exemple de plus en plus de patients, on leur montre connectée etc.

Et tu vois par exemple je vais te parler, je ne sais pas si on peut considérer ça comme une avancée technologique mais tu vois le télé soins et bien c'est hyper dur à mettre en place parce que c'est pas du tout dans les mœurs actuellement et ça a été dur pendant la période Covid parce qu'en fait on a encore cette vision un petit peu du soin passif manuel qui est obligatoire pour tous les patients. Je pense qu'il y a un pourcentage qui n'est pas négligeable de patients qui ont besoin de cette phase-là où ils ont besoin d'avoir un one-to-one avec des tests cliniques, avec une approche plus physique. Mais par contre dans beaucoup de cas, à mon avis, on peut s'en passer. Et tout ce qui est téléconsultation, à mon avis, c'est quelque chose qui est beaucoup sous-estimé actuellement. De toute façon, en gros, là actuellement, on ne peut pas se le permettre parce qu'il y a beaucoup de remboursements qui vont un peu dans ce sens-là et du coup, ça ne dérange pas les gens de se déplacer au cabinet. Mais à mon avis, si un jour ils étaient obligés de mettre un peu plus la main à la poche et d'avoir, par exemple, une offre de soins qui leur permettrait d'être soignés plus rapidement mais pas forcément d'avoir une consultation physique, à mon avis, ce serait une option qu'ils choisiraient..

Relance : avancées technologiques ?

Moi je pense qu'il faut essayer de se renouveler un peu au quotidien parce que ces données-là vont être de plus en plus à utiliser quotidiennement par nos patients. Et si en gros tu les ignores, je pense qu'au bout d'un moment avec les nouvelles générations ça va être très dur d'avoir un discours cohérent. Notamment, je pense que les gens sont en recherche d'avoir une prise en charge personnalisée mais aussi une prise en charge un peu pertinente par rapport à ce qu'ils voient sur les réseaux. Donc ça c'est un truc, moi je pense, qui est hyper positif parce qu'en gros toutes les études et puis même dans la pratique clinique on voit que les gens, plus tu les autonomises dans leur parcours de santé, parcours de soins, plus ils ont des bons résultats. Et je pense qu'en gros c'est notre rôle de les guider dans ce sens-là c'est-à-dire les autonomiser et leur proposer les clés d'une rééducation ludique et adaptée, et surtout en adéquation avec les faits actuels, par exemple de plus en plus de patients, on leur montre connectée etc.

Et tu vois par exemple je vais te parler, je ne sais pas si on peut considérer ça comme une avancée technologique mais tu vois le télé soins et bien c'est hyper dur à mettre en place parce que c'est pas du tout dans les mœurs actuellement et ça a été dur pendant la période Covid parce qu'en fait on a encore cette vision un petit peu du soin passif manuel qui est obligatoire pour tous les patients. Je pense qu'il y a un pourcentage qui n'est pas négligeable de patients qui ont besoin de cette phase-là où ils ont besoin d'avoir un one-to-one avec des tests

cliniques, avec une approche plus physique. Mais par contre dans beaucoup de cas, à mon avis, on peut s'en passer. Et tout ce qui est téléconsultation, à mon avis, c'est quelque chose qui est beaucoup sous-estimé actuellement. De toute façon, en gros, là actuellement, on ne peut pas se le permettre parce qu'il y a beaucoup de remboursements qui vont un peu dans ce sens-là et du coup, ça ne dérange pas les gens de se déplacer au cabinet. Mais à mon avis, si un jour ils étaient obligés de mettre un peu plus la main à la poche et d'avoir, par exemple, une offre de soins qui leur permettrait d'être soignés plus rapidement mais pas forcément d'avoir une consultation physique, à mon avis, ce serait une option qu'ils choisiraient.

Donc, en gros, si notre évolution dans notre métier est vouée à être remplacer un peu plus les actes médicaux, je pense que ça doit être plus rémunéré et peut-être qu'on doit être aussi plus formé là-dessus parce que je pense que tout ce qui est un peu augmentation de compétence va être un peu inhérent à une augmentation de notre responsabilité. Et dans ce cas-là, ce sera plus relié à aussi une augmentation de la rémunération. Et tu vois là on parle d'évolution, mais ça fait des années qu'on parle de l'accès direct et pourtant on a du mal à l'appliquer parce que je pense que... c'est qu'en gros, l'accès direct, à mon avis, à moins d'être quelqu'un qui est hyper impliqué dans son travail et qui a quand même un bon bagage technique derrière, il y a toujours le risque de passer au travers de red flags un peu compliqués... Donc je dirais que c'est une augmentation du champ de compétences, c'est une augmentation de la responsabilité du kiné et c'est d'ailleurs une très bonne chose pour nous, mais il faut faire attention quand même parce qu'à mon avis, à moins d'être quelqu'un qui est hyper impliqué dans son travail et qui a quand même un bon bagage technique derrière, il y a toujours le risque de passer au travers de red flags un peu compliqués... et donc ça doit être aussi une augmentation au niveau financier. Et ça ne peut pas être autrement, selon moi. Parce que ce n'est pas anodin de passer en primo, en premier intention. Et moi, je suis ostéo aussi et je vois vraiment la différence. En gros, on se rend compte une fois qu'on est ostéo, qu'en gros, quand les gens arrivent, la consultation change complètement parce qu'on passe d'un espèce de truc qui a déjà été ciblé, qui est très carré, à une consultation qui part de tout et de rien et où tu dois faire un espèce de tri assez important aussi bien au niveau du temps que tu donnes à la consultation qu'au niveau de l'effort intellectuel pour le triage initial et ce n'est pas du tout le même jeu. C'est sûr.

Q : Quelle est ta vision par rapport à l'avenir de la profession ?

R : Moi, je pense que ça va être un peu un challenge parce que j'ai l'impression que, ce que je disais au début là, au niveau numérique, il se passe beaucoup de choses, que les gens, ce n'est pas qu'ils peuvent se soigner tout seuls, mais ils ont beaucoup, beaucoup de données. Moi, je trouve sur Instagram, c'est quand même un outil assez fou par rapport à la qualité du contenu quand tu suis les bons comptes. Après, je pense que, très clairement, le côté, encore une fois, le côté financier, et notamment avec le nouvel avenant qui est passé, la nouvelle NGAP, c'est quelque chose qui va être un vrai frein à l'évolution de notre métier. Et je pense que le déconventionné va largement prendre le pas progressivement. Parce qu'on arrive avec des outils de plus en plus chers et des valorisations salariales qui sont de moins en moins élevées. Donc, au bout d'un moment, les gens vont en avoir marre de subir une espèce de pression de la part de la Sécu avec une revalorisation salariale qui n'est pas du tout présente.

Après à côté de ça, on n'est pas tout seul sur le créneau du musculo-squelettique et de plein d'autres champs de compétences de la kiné. On est un peu sur des acquis, des remboursements, mais à priori, ça va être de plus en plus compliqué et de moins en moins pertinent par rapport au SMIC et à l'augmentation du coût de la vie donc je pense qu'il va falloir être de plus en plus performant et montrer qu'en gros, un kiné, si tu veux faire du renforcement musculaire, il sera peut-être au moins aussi pertinent qu'un coach, que si tu as une tendinite, il ne suffit pas d'aller voir des tutos sur YouTube. Et voilà, montrer qu'en gros, le bilan initial et le côté personnalisation du soin est largement pertinent et qu'on a notre place dans la santé des gens et pour ça tu vois je crois qu'on devrait vraiment développer des spécificités et je pense que l'ouverture à l'international, c'est hyper important, c'est-à-dire avoir des professionnels de santé qui viennent nous former grâce à leur expertise dans le domaine un peu plus scientifique. On a quand même beaucoup de retard sur la recherche en France, donc c'est super d'avoir des gens qui viennent nous faire des formations sur certains sujets et donc s'y intéresser d'autant plus pour être vraiment à jour de nos connaissances. Et après, c'est d'essayer d'être un petit peu attentif à toutes les nouvelles technologies qui peuvent se développer et qui peuvent améliorer notre prise en charge.. et aussi, Moi, j'ai l'impression qu'en gros, un kiné un peu mauvais, il va être moins pertinent dans le parcours de soins qu'un APA qui est hyper investi dans ce qu'il fait donc je pense qu'à l'avenir les personnalités vont être plus pertinente qu'une fonction et les kinés devront montrer qu'ils aiment leur métier parce que si vraiment, on est mis un peu en concurrence, je pense que se reposer sur un diplôme et sur un grade, c'est une erreur et tu vois moi ce qui me fait peur un peu par rapport au futur c'est que oui il y a eu une grosse évolution dans le raisonnement clinique la prise en charge bébé du patient mais la plupart des étudiants que j'ai pu avoir en stage et bien il y a un peu un peu trop raisonnement, et souvent ils oublient le patient.

Q : Comment tu dessinerais le kiné en 2040 ?

En 2040, c'est impossible à dire. Franchement, déjà, ça fait 14-15 ans que je suis kiné. Et je pense que je suis hyper loin de ce que je faisais il y a 15 ans. C'est hyper dur à dire. J'imagine que le métier aura complètement

changé. Franchement, on aura sans doute plus de data que nous donnerons la possibilité de faire un triage plus pertinent et de proposer une offre de soins hyper adaptée aux gens. Moi, je vois ça un peu comme ça. C'est qu'on aura réussi à catégoriser à fond les profils grâce à la data. Et qu'on arrivera à être plus pertinent dans nos soins et savoir exactement ce qu'il faudra soit faire aux gens, soit est-ce qu'il faut faire de la thérapie manuelle ou quoi. Et on aura sans doute peut-être augmenté en champ de compétences avec des capacités peut être d'infiltration, des choses comme ça. Moi, par exemple, je fais un peu de dryneedling. Il y a quelques années encore, c'était interdit d'utiliser une aiguille sur un patient. À mon avis, on va gagner en champ de compétences et on va passer sur du déconventionnel, on aura plus de prescription, on sera plus libre de nos actes, on bossera plus de manière pluridisciplinaire. Il faudra être hyper à jour dans le triage des patients. Moi, je pense que c'est ça le gros enjeu. Mais on parle d'un truc dans 15 ans et dans 15 ans, je pense qu'on n'est pas prêts par rapport à ce que ça va devenir.

ANNEXE XI : Extraits des Verbatims Thème 1 : la kinésithérapie un pilier de santé publique

Thème	Sous-thème	Codes	Extraits de Verbatim
La kinésithérapie : un pilier de santé publique à valoriser	Identité professionnelle	<p><i>Rôle et missions :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Redéfinir (x3) Statut (x1) Éducateur (x1) Coordinateur (x2) Guide (x2) Passerelle (x1) Spécialités (x1) Compétences (x2) Dé corrélation formation (x1) Accompagner le patient (x1) Autonomiser le patient (x1) 	<p>« On ne nous a pas bien définis les rôles et les missions de chacun » (E1)</p> <p>« Quel statut j'ai aujourd'hui, même moi je ne sais pas quoi dire. » (E9)</p> <p>« Je pense qu'il ne faut plus parler en compétence, mais plutôt définir des missions de manière un peu plus large que simplement des compétences » (E3)</p> <p>« Une dé corrélation entre le référentiel de formation initiale ce pourquoi on est formé et finalement les missions qu'on nous confie. » (E2)</p> <p>« Il ne faut plus parler en compétence, mais plutôt définir des missions de manière un peu plus large que simplement des compétences » (E2)</p> <p>« Il faut que les rôles soient bien définis » (E6)</p> <p>« les missions qui nous sont confiées qui doivent évoluer » (E3)</p> <p>« qui pourrait véritablement impacté le parcours de soins des patients, le parcours de santé même de façon à ce que le kiné est un rôle d'acteurs de santé publique, c'est ce que légalement vers quoi on tends » (E2)</p> <p>« Le rôle d'éducateur devrait...être le plus important » (E1)</p> <p>« Le rôle de coordinateur aussi d'un parcours de soins [...] au détriment de la notion de dispensateur de soins » (E1)</p> <p>« D'être un peu plus décideur et un pulseur plutôt qu'un simple acteur » (E6)</p> <p>« Essayer d'accompagner nos patients vers l'autonomisation etc. de façon à ce que l'on soit plus un guide qu'un thérapeute » (E2)</p> <p>« Rôle du kiné pourrait être vraiment ce rôle de fléchage » (E2)</p> <p>« Le kiné est passerelle entre le monde du sport et le monde de la santé, il faut mettre en avant ce rôle » (E2).</p> <p>« Au-delà de enfin prescripteur, d'être un coordonateur » (E2)</p>

			« Soit on catégorise un peu les kinés avec des spécialités, soit on lègue des champs de compétences à d'autres professions. » (E9)
	Besoin de reconnaissance	<p><i>Besoin de reconnaissance :</i></p> <p>Se faire reconnaître (x2) Avoir envie de plus (x1) Cinquième roue du carrosse (x3) Manque de confiance (x1)</p>	<p>« Il faut qu'on se fasse connaître. » (E4). « Tant qu'on ne sera pas une profession médicale à compétences définies, on sera toujours la dernière roue du carrosse » (E3)</p> <p>« il va falloir se faire reconnaître comme experts en la matière. Donc experts en la matière de prévention, de rééducation, réhabilitation, etc » (E5)</p> <p>« On est la cinquième roue du carrosse. On est toujours oubliés » (E5)</p> <p>« [...]Donc, finalement, on n'a accès à rien et on est à la cinquième roue du carrosse. » (E4)</p> <p>« il faut montrer nos connaissances [...] si vous avez quelqu'un qui a un niveau master en APA, en fait c'est un allié intéressant » (E6)</p> <p>« on commence à être un peu mieux reconnu, je vais dire ça comme ça, malgré tout. Mais globalement sur le territoire, est-ce que les médecins ont plus confiance à la kinésithérapie ? non » (E3).</p> <p>« c'est une revalorisation financière correcte, décente et à la hauteur de nos compétences, à la hauteur de notre métier, et qui serait une vraie reconnaissance. » (E5)</p>
	Perception / représentation	<p><i>Représentation du MK</i></p> <p>Outil</p>	<p>« On a la problématique de la représentation de ce que doit être la profession » (E1)</p> <p>« Ça reste un peu ancré dans l'idée de la société que nous sommes des masseurs avant d'être kinésithérapeute. Je pense que c'est en train de changer » (E10)</p> <p>« Un EAPA comme beaucoup de gens ne savent pas ce que fait, quelles sont les compétences des kinésithérapeutes (E5)</p> <p>« Eux-mêmes (les médecins prescripteurs), ils ne savent même pas ce qu'on fait » (E5).</p> <p>La réalité, c'est parce qu'en fait, ils (les médecins généralistes) ne savent pas ce que je fais » (E9)</p> <p>« Ils ont (les professionnels de santé) une méconnaissance sur notre métier et notre rôle » (E6)</p> <p>« Le patient est encore en attente du kinésithérapeute qu'il fasse un soin passif, essentiellement manuel » (E1)</p> <p>«C 'est quand même fou d'être appelé par un moyen thérapeutique qui correspond à 10% de ton activité » (E9)</p> <p>« On nous définit comme une profession comme un outil, (E3)</p> <p>« Je vais vous donner les réflexions qui ont été faite [...] Maintenant de là à passer à une appellation qui est plus international. Je ne suis pas sûre que la profession soit encore prête. » (E3)</p>

			« En changeant de nom de profession, enlever les masseurs, on n'est plus des masseurs, on est des kinésithérapeutes ... peut-être que ça va faire avancer les choses. » (E4)
	Faire preuve d'humilité		« il faut qu'on soit capable de savoir à qui adresser nos p lorsque nous, on est en échec ou qu'on a besoin d'un avis « on ne peut pas continuer à cracher sur les APA si nous pas plus pertinents dans notre prise en charge de certain pathologies.. » (E10) « si on commence à lâcher des choses sur certaines tâch faut pas se plaindre derrière si on perd en compétence » "un kiné un peu mauvais, il va être moins pertinent dans parcours de soins qu'un APA qui est hyper investi dans fait donc je pense qu'à l'avenir les personnalités vont être pertinente qu'une fonction et les kinés devront montrer c aiment leur métier » (E9)
	Rôle prévention		« Je pense qu'il faut mettre un accent sur la prévention » (E4) « le kiné aura une place beaucoup plus importante qu'à l'heure actuelle en terme de prévention » (E3) « on a un rôle essentiel dans la prévention, parce que ce n'est pas le médecin, le pneumologue qui va s'en occuper. (E5) « Dans la promotion de la santé, je dirais au cœur on est vraiment au cœur de cette promotion prévention de la santé ...» (E10) « on n'aurait que des « concurrence » avec d'autres professionnels de santé qui font de la prévention sur notre champ de compétences» (E6) « l'acceptabilité des kinésithérapeutes à faire de la prévention» (E6)

ANNEXE XII : Extraits verbatims du thème 2 : impacts des politiques de santé

Thème	Sous-thème	Code	Verbatim
			« Notre pouvoir d'achat ne fait que de diminuer [...] c'est compliqué de se projeter » (E11) « il n'y a pas un cabinet qui ne fait plus que du conventionné, qui est obligé de faire du dépassement d'honoraire [...] ça change les pratique et à mon avis après tous les kinés seront obligés de faire ça pour s'en sortir » (E10) « On voit que, de plus en plus, la tendance, c'est de faire des dépassements d'honoraires», Ça se généralise, ça se développe, en tout cas, ça sera inéluctable, je pense de demander quelques euros ». (E4) « ça pousse certains collègues à prendre plusieurs patients en même temps et faire un travail qui n'est pas forcément de qualité et donc on ne répond pas aux demandes du patient » (E12)
		Rémunération	

Impact des politiques de santé publique sur la profession		Pouvoir d'achat Dépassement d'honoraire Travail pas qualitatif Perte	<p>« On voit que le revenu des kinés baisse, le revenu général des kinés baisse par rapport au coût de la vie [...] c'est le risque d'une perte » (E3)</p> <p>« c'est l'assurance-maladie principalement le frein mais je vous laisserai faire des hypothèses dessus et je vous dirai lequel me tente le plus ça sera peut-être plus simple » (E2)</p> <p>« dans les éléments qui peuvent expliquer ce qui se dessine pour la profession, il y a aussi un système de santé qui a démarré une crise » (E1)</p> <p>« mettre en regard les rémunérations pas seulement sur le temps de travail mais sur plutôt à est-ce qu'on remplit nos missions » (E1)</p> <p>« si on imagine des rémunérations à la consultation par exemple une consultation Sport santé on imagine ça peut être une des premières pistes » (E2)</p> <p>« on pourrait très bien avoir un acte unique et trois, quatre actes, allez, enfin, moins de dix, ça, c'est sûr, au maximum » (E5)</p> <p>« de faire une cotation unique ou alors vraiment limiter à 10 cotations max. » (E9)</p> <p>« faudrait passer à un acte simple, une rémunération sur un acte de kiné et arrêter d des sous-catégories dans tous les sens » (E10)</p> <p>« On est totalement friand de la rémunération à l'acte dans notre profession peut-être rémunération forfaitaire arrivera » (E2)</p> <p>« la culture des caisses nationales d'assurance maladie, ce n'est pas la prévention, ce n'est pas le soin, c'est compliqué [...] et ce contexte économique et social nous oblige aus des engagements en contrepartie » (E3)</p> <p>« aujourd'hui, c'est quelle pertinence ont les soins de kinésithérapeute dans les parcours? » (E6)</p> <p>« Cette nouvelle nomenclature, c'est quelque chose qui va être un vrai frein à l'évolution de notre métier » (E9)</p> <p>« C'est au contraire du flicage, plus qu'autre chose [...] pas favorable pour l'accès direct avec ça » (E4)</p> <p>« ce qu'on cherche à faire, c'est du flicage » (E10).</p> <p>« ça sert à faire des statistiques pour l'État c'est fait pour passer au tamis toute pratiques [» (E5).</p> <p>« C'est plutôt pour se dire « Ah, mais finalement, on a beaucoup de ça, donc on va arrêter de le rembourser. » « On va le forfaitiser, tu vois ? » (E9)</p> <p>« Ils vont te donner 100 balles et ils vont te dire avec ça, tu fais la rééducation » (E10)</p> <p>« cette histoire de forfaitisation, je ne connais pas l'avenir,» (E5)</p> <p>« les gens vont en avoir marre de subir une espèce de pression de la part de la Sécu avec une revalorisation salariale qui n'est pas du tout présente,» (E9)</p> <p>« La prochaine étape sincèrement ça va être la forfaitisation » (E12)</p>
		démographie	<p>« En France, c'est faux, on fait les statistiques, on est en sous-effectif » (E3)</p> <p>« L'État français pourrait à la limite maîtriser le flux des diplômés d'État, mais qu'il ne maîtrise pas le flux des diplômés européen,» (E1)</p> <p>« on a mis des quotas dans les écoles, qui fait que l'accès devient difficile pour accéder à des écoles de kinés en France (E7)</p> <p>« une pénurie dans un cas pour les kinésithérapeutes dans les établissements et une explosion de la démographie des EAPA.. c'est ce monde-là qui attire et le ministère sports paye allègrement via l'université toutes les formations » (E6)</p>

		<p>« En 2024, on a les chiffres, on va passer à 60-40 au niveau des étrangers, parce que les instituts se montrent mais je le vois d'un bon œil, parce qu'en fait, ça répond à une demande. » (E4)</p> <p>« une grosse part des problèmes dans notre profession vient du fait qu'on a une régulation par un quota et que donc les gens vont contourner ce quota en allant à l'étranger » (E1)</p> <p>« le côté numerus clausus, les quotas ça ne va pas, on ne peut pas continuer avec ce zonage » (E9)</p> <p>« le côté numerus clausus et autres sur les territoires, les quotas, ça ne va pas, il y a un gros problème pour répondre aux besoins de la population » (E10)</p> <p>« le point faible de nos zonages ou de la démographie telle qu'elle est » (E6)</p> <p>« c'est pour nommer les régulations et qu'on ne nous a pas défini les besoins de santé auquel on doit répondre [...] tant que l'on fera pas, on y arrivera pas » (E1).</p> <p>« très mal répartie, ça la CNAM nous le rappelle assez souvent, d'où des grosses complications derrière pour réussir à avoir une offre de soins qui soit réellement en adéquation » (E3)</p> <p>« il manque 3000 en France par an de kinés salariés [...] ils ne sont pas payés, alors on met des EAPA etc. et donc on avance pas » (E4).</p> <p>« l'obligation d'exercice pour les futurs diplômés de 2028 a priori » (E3).</p> <p>« remettre sur le marché des kinés dans des endroits où il y a besoin, je pense que ça va donner une certaine forme de légitimité » (E2)</p> <p>« il nous faudrait plus de kinés... on a triplé la population. Donc il nous faudrait plus de kinés pour répondre. Mais le numerus clausus n'évolue pas » (E3)</p> <p>« les mesures incitatives, ça ne marche pas. Les mesures coercitives, ça ne marche pas. Donc, à mon avis, le seul moyen, c'est d'avoir l'accès direct » (E4)</p> <p>« on peut s'imaginer la démographie, on est en sous-effectifs, les kinés » (E4)</p> <p>« une des solutions pour mieux répartir sans contraindre les professionnels, c'est effectivement d'augmenter le bassin de recrutement des étudiants pour devenir kinésithérapeute » (E1)</p> <p>« il faut s'adapter et s'il y a d'autres professionnels qui sont en attentes, soit on leur délègue une partie de nos compétences et à ce moment-là, on n'a pas besoin d'augmenter le nombre de kinésithérapeutes » (E6)</p> <p>« une transition vers d'autres professions qui n'ont pas la même activité débordante que celle des kinés ? oui je crois » (E3)</p> <p>« les sessions de stage en salariat, en zone sous dotée, comme étant des préalables, faire reconnaître les stages etc. en gros faire reconnaître un maximum de choses avant diplôme » (E3)</p>
--	--	---

Thème	Sous-thème	Code	Verbatim
Lobbying nécessaire pour trouver la place du kinésithérapeute dans le secteur de la santé	Syndicalisation	Pouvoir faible Gouvernement Freins dans l'évolution Engagement syndical Pas écouté	<p>« il va y avoir un gros virage ça c'est sûr... il y a une grosse part d'inconnue parce qu'en fait, tout découlera de la volonté politique ... » (E5)</p> <p>« Quand on est reçu à l'Élysée et qu'ils nous disent qu'il n'y a que 10 % des kinésithérapeutes qui sont syndiqués c'est relativement faible, » (E2)</p> <p>« tu as 5% des kinés qui vont voter aux élections ordinaires, 5 à 10% des kinés qui vont voter aux URPS, moins de 10% des kinés qui sont syndiqués. (E5)</p> <p>« Quand on n'est que 15 000 sur 85 000 kinés que voulez-vous aller défendre auprès des ministères. » (E7)</p> <p>« les kinésithérapeutes ne s'investissent pas dans les syndicats, que ce soit la CGT, la CFDT [...] il faut le faire » (E6)</p>

			<p>« Et de toute façon le problème est le même pour toutes les professions paramédicales on n'est pas représenté, on a aucun pouvoir, comment veux tu qu'on évolue, qu'on est du pouvoir » (E11)</p> <p>« si on n'a pas cet appui-là, t'as pas le choix, on est obligé. Donc, c'est en ce sens qu'il faut qu'on ait une représentativité politique omniprésente » (E4)</p> <p>« Ça ne serait pas du tout la même donne si on était 80 % de syndiqués. » (E5)</p> <p>Tout comme on est obligé d'adhérer à l'ordre, eh bien, on serait obligé d'adhérer à un syndicat parce qu'il y a un problème.. » (E5)</p> <p>« Je pense que notre métier, on souffre beaucoup depuis de nombreuses années parce qu'on n'est pas bien représentés au niveau des syndicats se fait bouffer progressivement par tous les métiers un peu auxiliaire et ce n'est pas bon pour la suite» (E8)</p> <p>« M'engager syndicalement, mettre une cotisation pour dire au moins ça n'ira pas au-delà de ça, [...]Et ça change le rapport de force. »</p>
	Communication	<p>Externalisation de la profession</p> <p>Prérogatives</p> <p>Informers les patients et les professionnels</p> <p>Audience</p> <p>Réseaux sociaux</p> <p>Vidéos</p> <p>Pluridisciplinarité</p>	<p>« c'est au sein de cette communauté (les maisons de santé) de montrer ce que font les kinésithérapeutes.» (E6)</p> <p>« on ne fait pas assez de lobbying» (E6)</p> <p>« il y a pas mal de logiciels comme ça où il y a des vidéos démonstrative des kinésithérapeutes (par rapport à leur rôle) peut-être que la solution (E2)</p> <p>« donc l'externaliser» (E4)</p> <p>« donner l'audience aux kinésithérapeutes » (E4)</p> <p>« il faut que chaque kiné aille communiquer avec son médecin traitant...» (E5)</p> <p>« il faut communiquer sur quel est le niveau de prérogative des uns et des autres.» (E4)</p> <p>« que les kinésithérapeutes fassent des rencontres, que les étudiants travaillent entre eux .. des réunions thématiques sur des parcours à voir ce que peut proposer l'un, ce que peut proposer l'autre.... on a un travail de brainstorming par les étudiants » (E6).</p> <p>« c'est en s'investissant dans les CPTS en rencontrant les autres professionnels qu'ils vont pouvoir mettre en avant leurs compétences au sein d'une communauté locale » (E6)</p> <p>« des vidéos démonstrative des kinésithérapeutes par rapport à leur rôle peut-être que ça serait la solution de façon pour faire de la promotion de la santé » (E2)</p> <p>« On va inciter des gens qui ne savaient pas.» (E4)</p> <p>« [...] qui va mettre en avant par des annuaires les compétences spécifiques des uns et des autres » (E6)</p> <p>«la communication, ce qu'on fait, ce qu'on est capable de faire » (E4).</p> <p>« de l'information sur qui fait quoi, quels sont les différents niveaux et pas de lien de subordination comme aujourd'hui avec la notion de prescription comme on la rejette sur la médecine » (E6)</p>
	Prise de conscience	<p>Mutualiser</p> <p>Ensemble</p> <p>Problèmes</p>	<p>« , il va falloir se défendre [...] c'est l'une des craintes pour la profession.» (E2)</p>

		<p>Siphonné Défendre Se soutenir Accepter d'avancer Autres professionnels</p>	<p>«une profession qui sera assez siphonné. » (E3); « si on reste sur un « ronron », sans voir ce qu'il se passe autour, on risque d'avoir des problèmes » (E6)</p> <p>« il faut vraiment qu'on arrive à mutualiser tout ça tous ensemble avec force et conviction pour réussir derrière à faire avancer la profession » (E3)</p> <p>« c'est important de se souder pour avancer » (E2);</p> <p>« les kinés actuels, ils n'ont pas compris ou ils sont trop occupés à trouver eux-mêmes des solutions...Il va falloir jouer en équipe à un moment ou un autre. » (E5)</p> <p>« si la profession n'arrive pas à s'organiser et à se soutenir alors les professions autour dont nous avons déjà parlé qui elles auront tout à loisir de venir récupérer tout ce que nous on n'utilisera pas.» (E3)</p> <p>« Et les APA font du lobbying parce que demain, ils voudront être aux connus professionnels de santé et que si on n'est pas vigilant.. je te laisse deviner la suite » (E5)</p> <p>« pour qu'on s'inclue, qu'on existe aussi et c'est une bonne chose mais la seule erreur qu'on aura à faire, c'est de le rejeter. » (E3)</p> <p>« il y a toujours un effet de résistance face à l'évolution et au changement ...Et je ne sais pas si tout le monde va réussir à réellement s'intégrer de bon gré alors ça va passer ou non» (E3).</p> <p>si on arrive à tous se réveiller, à tous se rebeller, et à tous défendre notre profession, chacun à notre niveau, on pourra arriver à quelque chose » (E5)</p>
--	--	---	---

ANNEXE XIII : Extraits verbatims du thème 3 : une mutation nécessaire et inévitable

Thème	Sous-thème	Code	Verbatim
Mutation nécessaire et inévitable pour une kinésithérapie 2.0		Évolution de la formation	<p>qu'on soit capable d'adapter plus facilement et plus rapidement la formation à ce qu'on projette comme étant l'avenir des compétences professionnelles » (E1)</p> <p>« Il faut l'universitarisation, Ça ne peut pas être autrement, ça ne peut pas être autrement » (E4)</p> <p>« qu'on aille vers encore un peu plus d'universitarisation, on va en plus avoir la liberté » (E1)</p> <p>« aller vers des formats d'école universitaire... et arrêter avec une maquette unique faite par le ministère de la Santé... » (E2)</p> <p>« on aura au moins une nouvelle ingénierie ou deux d'ici 2040 » (E3)</p> <p>« il faut aller de plus en plus vers la capacité de faire de la recherche et de faire la démonstration l'indépendance, ça passera aussi par ça. » (E7)</p> <p>« continuer avec l'universitarisation, de pouvoir arriver à justifier une technique.» (E5).</p> <p>« c'est très important de nous placer dans un cursus universitaire pour aider à la transversalité» (E3).</p> <p>« vraiment développer des spécificités et je pense que l'ouverture à l'international, c'est hyper important » (E9)</p>

			<p>« on prépare la jeune génération vraiment aux missions qui seront les siennes dans une quinzaine d'années » (E1)</p> <p>« peut-être plus pertinent d'avoir une universitarisation avec un grade licence Master, et ne plus forcément former les kinés telles qu'ils sont formés maintenant dans les écoles de kiné... » (E2)</p> <p>« peut-être pour l'instant l'idée serait s'ils ont fait un bas pus une licence pour les kinés, du moins les EAPA ou autres, plutôt technicien et les super kinés avec un master 2, les experts » (E2)</p> <p>« Ça serait bien de faire un peu comme en médecine, avec un socle commun et puis après tu passes un concours qui te permet de choisir une spécifié. » (E10)</p> <p>« je suis plutôt très favorable maintenant pour qu'il y ait des kinés « experts » et des techniciens kinés comme dans les pays un peu anglo-saxons [...] » (E10)</p>
		<p>Adaptation de la formation</p> <p>Santé publique</p> <p>Colorations compétences</p> <p>Technologies Numériques</p> <p>Equipes pédagogiques</p> <p>Stages</p> <p>MSP</p> <p>communication</p>	<p>« au sein de la maquette de formation initiale il y a un vecteur de santé publique qui soit impo (E2)</p> <p>« je suis favorable à ce que l'autonomie des universités puisse s'exprimer » (E1)</p> <p>« ça pourrait être pas mal d'avoir un socle commun mais qu'on puisse colorer son parcours avec des colorations de compétences qui fait qu'on ne serait pas tous exactement les mêmes professionnels » (E1)</p> <p>« les IFMK devraient être des lieux, je dirais, de foisonnement intellectuel sur la recherche et l'utilisation des nouvelles méthodes et de nouvelles technologies qui sont très importante et c'est que ça n'est pas souvent fait » (E6)</p> <p>« il faudrait intégrer toutes ces nouvelles technologies, telles que le télésoins, la télééducation car le seul endroit où on peut expérimenter de nouvelles pratiques, c'est soit la formation initiale, soit les établissements publics » (E6)</p> <p>« les nouveaux outils comme le télésoins, il faut vraiment l'intégrer, formé à la télé expertise comprendre les tenants et les aboutissants un petit peu comprendre en quoi ça m'aide. (E3).</p> <p>« à la rentrée 2024 le socle commun va être inscrit sur les formations numériques, il faudra voir comment ça évolue » (E3)</p> <p>« Là on a répondu à un intérêt d'appel issu du ministère qui délègue des crédits aux universités et il y a des consortiums qui se monte en région afin que nous, on puisse agir sur la formation initiale.... avec des modules formaliser par l'État d'ici l'année prochaine avec des modules de 28 heures de manière à culturé, c'est à dire rendre acteurs, comprendre les enjeux et les problèmes des problématiques du numérique » (E8).</p> <p>« Savoir écrire des courriers au médecin, ce qu'ils attendent ..peut-être qu'on pourrait apprendre à comment communiquer avec le médecin » (E5)</p> <p>« apprendre à communiquer, l'accueil, le téléphone mais a communiquer avec le patient, mais communiquer envers l'extérieur » (E4)</p>
		<p>Conflit générationnel</p>	<p>« à l'inverse des générations passées, n'ont pas toute leur vie le même métier. Et donc, c'est un l'enjeu..Et donc le risque majeur, c'est qu'en fait, on fasse des kinés avec des durées de vie relativement courtes » (E1)</p> <p>« « il va y avoir une période de transition qui risque d'être difficile, qui » (E1)</p> <p>« c'est peut-être aussi un changement sociétal donc forcément ça un impact sur l'accès aux soins surtout de l'organisation des soins » (E2)</p> <p>« là c'est une nouvelle étape, c'est d'abord la vie, le loisir, la vie personnelle, l'épanouissement personnel et le boulot, c'est là pour m'aider à financer l'épanouissement personnel, le matériel, conflit de génération » (E4)</p> <p>« les nouvelles générations là de kiné.. les hands off, moi, là, j'ai eu un remplaçant, il m'a fait meilleurs exercices du monde. Super ! Mais maintenant, mon patient, il ne va pas mieux pour parce que mon patient, ce qu'il avait besoin à ce moment-là, c'est qu'on le touche » (E4)</p>

			« deux styles de kinésithérapie les hand off donc tout ce qui est plutôt côté actif et ceux qui tr l'ancienne donc les hands on [...] (E11)
	Evoluti ons des pratiq ues professi onnelle s	collaboration	<p>« on a déjà changé notre façon d'exercer la kinésithérapie...on réduit drastiquement justement les prises en charge plutôt passive pour aller vers de l'éducation à la santé et de la prise en charge active du patient et surtout de l'autonomisation. Et moi, je ne suis pas choqué qu'une prise en charge se fasse quasiment intégralement à distance.» (E1)</p> <p>« kinésithérapeute doit modifier sa pratique pour « orienter » ou être en relais ou être en lien avec l'expertise qu'il a pour évaluer le patient et l'orienter » (E6).</p> <p>« le kiné de demain, il ne sera plus dans son cabinet, comme je l'ai fait moi, isolé. Ça, à mon avis, ça ne l'existera plus. Il n'y aura plus que de l'exercice coordonné. Ça, c'est certain. Sous quelle forme ? Les CPTS, MSP ? Moi, je crois plus aux versions maison de santé que les CPTS. » (E4)</p> <p>« c'est toujours délicat quand tu mélanges les compétences et que tout le monde a des compétences qui se croissent » (MK3)</p> <p>« Je pense qu'on peut travailler en synergie...je pense qu'on a les compétences.» (E3)</p> <p>« l'exercice coordonnées, moi, ça me paraît évident qu'aujourd'hui, on ne peut pas s'en passer</p> <p>« je suis pour réellement un travail en interrelation et en co-construction autour du patient dar intérêt. » (E3)</p> <p>« il faut regarder ces parcours, voir comment on peut être complémentaire avec d'autres . » (E</p> <p>« c'est justement de voir ce que font les autres » (E7)</p> <p>« La complexité c'est vraiment les changements de phénotype et donc aujourd'hui avoir plusieurs regards croisés et travailler ensemble paraît bénéfique et nécessaire à l'avenir » (E6)</p> <p>« il y aurait ce lien entre le professionnel de santé et les professionnels du sport qui serait fait kinésithérapeute » (E2)</p> <p>« on tend vers une collaboration pluridisciplinaire,» (E3)</p> <p>« il faut qu'on arrive à avoir un maximum de transmission d'information. » (E2)</p>
		Changement de comportemen t du patient	<p>« transformer les patients inactifs en patient actif avec une autonomisation du patient par rapport aux activités physiques » (E2)</p> <p>« le chiffre de lancet qui sortira en février 2025-2026 c'est 95 % de gens qui sont victimes d'inactivité physique » (E2).</p> <p>« Un bilan d'inactivité physique et de sédentarité qui sera diffusé prochainement au mois de mars.» (E2)</p> <p>« le principal objectif c'est de changer de comportement en fait plutôt que de faire faire, c'est surtout changer de comportement et c'est là qu'il y aura un impact le plus important [...] il faut que les kinés le comprennent» (E2)</p>
		Patient expert	<p>« il faudra être très très professionnel, les gens aujourd'hui, les patients changent avec internet, ils ont accès à tout, donc les gens sont tous médecins, kinés... » (E4)</p> <p>« Et on voit aussi que les patients ont de plus en plus de montres connectées, qui sont aussi avec des applications sur smartphone etc.il faudra leur proposer des nouveautés » (E6)</p> <p>« on voit qu'on est quand même dans une ère où tout évolue vite par rapport à ces technologies, que le patient, s'il est en demande d'avoir un soin de plus en plus personnalisé, pensez-vous qu'il y aurait un intérêt... Oui » (E6)</p>

	Perspectives d'évolutions des compétences		<p>« aujourd'hui on n'a que le renouvellement bientôt on aura la primo-prescription de sport d'APA , enfin espérons » (E4)</p> <p>« On cherche à développer la profession de kiné coordonnateur notamment en EHPAD et aussi pour les soins coordonnés. » (E2).</p> <p>« il va falloir s'intégrer dans tout ce qui est santé publique,nous n'aurions pas le choix » (E2)</p> <p>« Il faut vraiment qu'on fasse partie des professionnels de santé » (E3)</p> <p>« pour faire reconnaître nos compétences... ça passera par l'accès direct. (E3)</p> <p>« un kinésithérapeutique libre dans le diagnostic, avec un droit à la prescription » (E2)</p> <p>« transmettre une délégation même de compétences. Il n'y a pas de souci si mon champ de compétence augmente d'un autre côté. » (E3)</p> <p>« il va falloir être de plus en plus performant » (E9)</p> <p>« je pense qu'il faudra montrer nos compétences et se battre pour arriver à quelque chose de bien si on veut continuer notre métier. » (E10)</p>
		Moyens technologiques	<p>mais l'avenir, il est là... parce que l'avenir est devant moi c'est ce que je constate tous les jours applications, les trucs, les machins, j'en pense du bien, après, il faut que ce soit structuré, cana validé scientifiquement » (E4)</p> <p>« nous aider en termes de décision, de connaissance, de diagnostic et d'avoir un meilleur suivi du patient » (E9)</p> <p>« je pense sincèrement qu'elles pourraient vachement nous aider en termes de décision, de connaissance, de diagnostic et d'avoir un meilleur suivi du patient » (MK3)</p> <p>« un patient qui aurait des difficultés de transport, on pourrait le voir » (E5,E3);</p> <p>un kiné qui n'aurait pas suffisamment de disponibilité, ou même un patient, il pourrait lui faire une téléconsultation » (E2)</p> <p>« pour le patient, ça serait à gagner. Pour le professionnel, ça serait aussi à gagner. Mais aujourd'hui la profession n'a pas su être force de proposition » (E6)</p>
		Dossier médicale Partagé	<p>« les usagés d'une part, les médecins de l'autre, sachent ce qu'on est capable de faire, comment on le fait, on met nos bilans et les résultats qui sont derrière » (E4)</p> <p>« ça permettra aussi qu'ils comprennent un peu mieux ce que l'on fait » (MK2)</p> <p>« meilleurs outils de communication interprofessionnels » (MK1)</p> <p>« d'avoir accès à un max de données qui ne sont pas forcément confidentiellement transmises verbalement par le patient » (MK1)</p> <p>« les patients pensent savoir ce qu'ils prennent et en faite en règle générale ils ne savent que la moitié et du coup parfois, tu te plantes » (MK2)</p> <p>« À partir du 31 décembre 2024, on est obligé normalement de déposer notre fiche de synthèse du BDK sur le DMP » (E3).</p> <p>« on a l'application carte vitale, qui est prévue pour fin 2024-2025. L'ordonnance numérique qui doit aussi arriver à ce moment-là pour la prescription pour les kinésithérapeutes. » (E3)</p> <p>« ce sont des choses qui sont déjà très très réfléchi au niveau de l'état » (E8)</p> <p>Donc, il faut bien différencier ce qu'on peut y mettre et donc il faut « préparer » les logiciels d'interprofessionnalité (E6)</p> <p>De toute façon, si vous n'en saisissez pas, vous allez subir...donc votre patientèle, vous allez la perdre » (E8)</p> <p>« Le dossier médical partagé, c'est un truc vraiment bien [...] j'espère qu'en kiné on arrivera à saisir » (MK3)</p>

			« Le défi, c'est que ce soit rempli par chacun, mais là aussi, c'est un temps consacré. Il faut l'autorisation du patient, il faut le temps consacré pour entrer les données. Et je pense que là a générationnel » (E7)
--	--	--	---

ANNEXE XIII : Questionnaire d'enquête prospectif administré aux 2 groupes « experts » et en « extension »

Les kinésithérapeutes dans le milieu de la santé : quels devenirs possibles ?

Enquête sur les

kinésithérapeutes libéraux

Bonjour et bienvenue sur ce questionnaire en ligne.

Depuis le début des années 2000, la profession de Masso-kinésithérapie a connu une série d'évolutions significatives. Aujourd'hui, le paysage de la santé est en pleine reconstruction en France. Il est dès lors attendu une transformation de la profession de masseur-kinésithérapeute en réponse aux changements de ce système.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études en Masso-kinésithérapie, cette enquête vise à approfondir la vision des kinésithérapeutes libéraux en 2024. S'inscrivant dans une démarche prospective, ce travail d'initiation à la recherche proposera des scénarii d'évolution possible pour ces professionnels à l'horizon 2040. Ainsi, vos réponses apportées à ce questionnaire contribueront à enrichir ces propositions de scénarii à partir du terrain.

Ce questionnaire comprend 40 questions. Il devrait vous prendre environ 15 minutes.

Votre participation est entièrement volontaire et confidentielle.

Toutes les réponses sont anonymes et ne seront utilisées que dans le cadre de cette recherche.

Votre vision est essentielle pour à la fois contribuer à façonner les orientations du métier de kinésithérapeute mais aussi éclairer les professionnels de demain !

Je vous remercie de votre participation et le temps consacré.

Quel est votre tranche d'âge ? *

- Entre 20 et 29 ans
- Entre 30 et 39 ans
- Entre 40 et 49 ans
- Entre 50 et 59 ans
- Plus de 60 ans

Dans quelle structure exercez-vous ? *

- En libéral seul(e)
- En libéral en inter-professionnel
- En structure pluri-professionnel type CTPS et autres

Quel est votre niveau de formation ? (Types de formations suivies, articles scientifiques etc.) *

Votre réponse

Faites-vous parti(e)s des représentant(e)s de syndicats professionnels en kinésithérapie, ordre MK, URPS, ARS, start-up santé numérique *

- Oui
 Non

Si oui, veuillez préciser votre rôle au sein de votre structure.

Votre réponse _____

Partie 1: Consentement *

En cliquant sur le bouton ci-dessous vous reconnaissez avoir pris connaissance des éléments précédents et donnez votre consentement pour participer à cette enquête:

- oui
 Non

Partie 2: Informations générales

Vous êtes ? *

- Un homme
 Une femme
 Autre : _____

Partie 3: La restructuration du système de santé et leurs impacts possibles

Demain, le manque de médecins généralistes sur plusieurs territoires Français *
nécessite d'ouvrir le bassin de recrutement des kinésithérapeutes?

* Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes:

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Le modèle actuel de la répartition des kinésithérapeutes sur le territoire Français *
est trop cloisonné et n'est pas prêt à répondre aux besoins de santé?

* Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes:

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Demain, l'eupéanisation du diplôme favorisera une meilleure réponse aux *
besoins de santé de la population?

* Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes:

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Le virage ambulatoire dans le milieu de la santé nécessite de réorganiser la place *
des kinésithérapeutes dans la promotion de la santé.

* Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes:

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Dans le cadre des jeux olympiques « Paris 2024 », la mise en place du bilan « d'inactivité physique et de sédentarité » incitera les kinésithérapeutes à s'engager dans des initiatives de santé publique ? *

* Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes:

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Demain, l'intégration des nouveaux outils de partage collaboratif comme le dossier médical partagé renforceront le rôle du kinésithérapeute dans les différents parcours de soins? *

* Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes:

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

La mise en place des expérimentations en accès direct et en pratique avancée permettra d'amorcer les transferts de tâches entre les professionnels de santé ? *

* Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes:

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Demain, l'intégration de « kinésithérapeutes-coordonateur » dans l'organisation des parcours de soins aura permis le décloisonnement du système de santé ? *

* Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes:

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Demain, la traçabilité des actes (nomenclature NGAP) aura permis une meilleure *
qualification de l'offre de soins ?

* Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes:

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Afin de favoriser une répartition équitable des kinésithérapeutes, il est nécessaire *
de restructurer le numerus clausus et les quotas soumis par les politiques de
santé ?

* Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes:

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Demain, l'adhésion à un syndicat professionnel sera indispensable pour *
promouvoir la valorisation de la profession de kinésithérapeute ?

* Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes:

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Demain, l'absence de rémunération à hauteur des compétences risque d'inciter *
les kinésithérapeutes à abandonner le métier ?

* Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes:

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Demain, comment la restructuration de la rémunération du kinésithérapeute peut-elle être envisagée ? *

* Cocher de 1 à 4 dans l'ordre de vos préférences:

	1	2	3	4
Emancipation du système conventionnel actuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Révision du décret de nos actes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adoption de la forfaitisation pour le traitement de certaines affections.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déconventionnement de champs pathologiques spécifiques.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Demain, le renforcement de la légitimité de la profession au sein du système de santé passera par l'engagement des kinésithérapeutes à adopter un lobbying efficace qui passera par la communication? *

* Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes:

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Partie 4: Demain, le profil du kinésithérapeute

Demain, pour favoriser la transversalité, la formation initiale des kinésithérapeutes devra être intégrée dans un cursus universitaire ? * *Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes:*

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Demain, la mise en place d'un socle commun entre les différentes filières de santé puis spécifique est nécessaire pour répondre aux nouveaux enjeux? * *Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes:*

- D'accord
- Sans opinion
- Tout à fait d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Demain, il existera 2 niveaux de profession (kinésithérapeute expert/pratique avancée) et intermédiaire (kinésithérapeute technicien/aide kiné) ? *

* Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes:

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Demain, quelles compétences devrait-on trouver chez les kinésithérapeutes ? *

* Cocher chaque case dans l'ordre de vos préférences.

	1	2	3	4	5
Gestion de l'information et de la technologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leadership	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Collaboration interprofessionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innovation/recherche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Demain, il sera plus pertinent de définir des missions plutôt que de se concentrer *
sur les compétences ? * *Veillez sélectionner une seule des propositions
suivantes:*

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Demain, quelles pourraient être les missions du kinésithérapeutes ? *

	1	2	3	4
Réalisation de consultation de suivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prescription radiographique / échographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rééducation préventive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coordinateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Demain, les kinésithérapeutes seront des professionnels médicaux à prescription *
encadrée ?

* *Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes:*

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Demain, les kinésithérapeutes auront le statut de « coordinateur de soins » à part *
entière ?

* *Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes:*

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Dans le cadre de la transformation numérique, le kinésithérapeute de demain *
devra se montrer acteur pour ne pas perdre sa clientèle ? » * *Veillez
sélectionner une seule des propositions suivantes:*

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Demain, les kinésithérapeutes auront une plus grande autonomie de *
décision ? » * *Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes:*

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Demain, le kinésithérapeute aura un rôle à jouer dans les campagnes de prévention (liée à l'inactivité physique par exemple) ? *

* Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes:

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Demain, le kinésithérapeute sera reconnu pour sa spécificité dans la majorité des cas ? » * Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes:

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Demain le kinésithérapeute exercera à la fois dans un cadre de compétences monoprofessionnel et pluriprofessionnel? *

* Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes:

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Partie 5: Demain, la pratique professionnelle du kinésithérapeute

Demain, le kinésithérapeute continuera-t-il à travailler « seul » dans un cabinet libéral ou bien sera-t-il intégré dans les équipes pluridisciplinaires (par ex. CPTS) ? *

* Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes:

- Probablement seul
- Probablement en équipe
- Sans opinion

Demain, le MK travaille au sein de structure type CTPS : « Le patient est PEC, on consolide les bienfaits de la kinésithérapie et une fois que tout est consolidé, on confie le patient à un EAPA ou autre acteur « sport santé » et c'est ce qui permet un meilleur suivi à moyen/long terme » *

* Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes:

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Le patient devient de plus en plus acteur de sa santé. Cela nécessite l'intégration et la réflexion de l'usage des nouveaux outils numériques (ex. Applications smartphone) dans la pratique du kinésithérapeute ? *

* Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes:

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Demain, la transversalité sera le levier de la coopération entre les kinésithérapeutes et les professionnels de l'Activité Physique Adaptée (APA) et améliorera la réflexion « pluridisciplinaire » ? *

* Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes:

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Face aux enjeux de santé publique, la télééducation fera partie intégrante des « outils » de la pratique kinésithérapeutique ? *

* Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes:

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

« Dans mon espace santé, il y aura des protocoles technologiques qui permettront au patient de brancher des applications qu'aurait le patient prescrit par son kiné par ex. Et donc vous en tant que kiné vous pourriez interagir via l'espace santé du patient et l'application télécharger. Vous allez pouvoir annoncer du contenu pour le patient etc. Le patient pourra vous informer des exercices qu'il a fait ou non, des douleurs encore présente ou non etc. » *

* Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes:

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Demain, la PEC à domicile représentera la majorité de la pratique clinique ? *

* Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes:

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Demain, le niveau d'expertise des kinésithérapeutes sera conditionné par leur participation à des programmes de formation continue ? *

* Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes:

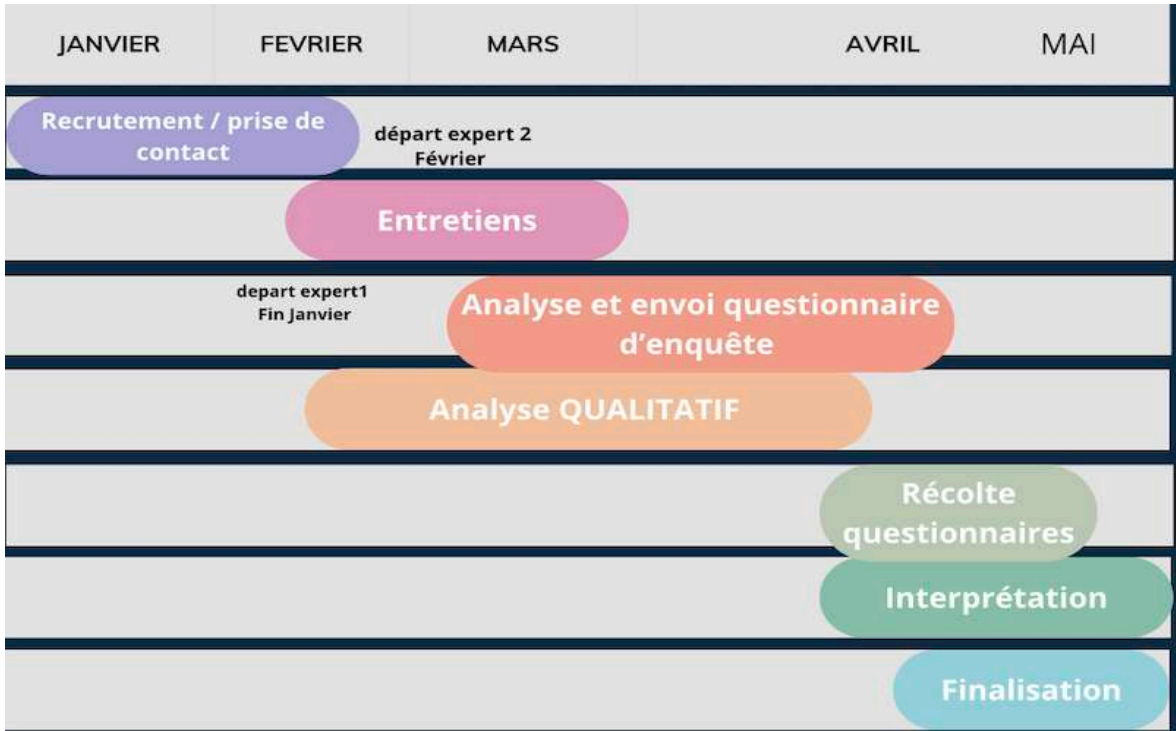
- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Partie 7: Conclusion

Souhaitez-vous continuer votre carrière comme kinésithérapeute d'ici 2040? *

- Oui
- Non
- Sans opinion

ANNEXE XIV : Planning prévisionnel de l'organisation de la recherche



Résumé

Depuis les années 2000, le métier de masseur-kinésithérapeute évolue vers une autonomisation progressive. Parallèlement, le système de santé connaît à la fois une crise économique et une insuffisance de l'offre de soins nécessitant de redéfinir le rôle des professionnels de santé. La kinésithérapie occupe une place importante dans le système de santé Français. C'est donc en toute logique qu'une évolution de la profession de masseur kinésithérapeute accompagne la métamorphose de ce système. Cela m'a amenée à me poser cette question de recherche : « Quelles seront les évolutions du métier de masseur-kinésithérapeute à l'horizon 2040 ? »

Objectif de la recherche : L'objectif principal de cette recherche est d'étudier les évolutions internes et externes susceptibles d'influencer l'évolution de la profession d'ici 2040. Le but est d'informer et aider les kinésithérapeutes à anticiper ses évolutions.

Méthode : Pour réaliser cette recherche, une méthodologie « prospective métier » a été employée. Douze entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès d'experts recrutés selon les critères d'inclusions. La retranscription manuelle des entretiens a permis de réaliser une analyse qualitative de manière verticale puis horizontale. Les thématiques émergentes ont permis l'élaboration d'un questionnaire d'enquête « prospectif » administrée auprès du groupe d'experts (n=8) puis diffusée de manière identique auprès des kinésithérapeutes libéraux (n=24). Les consensus d'accord issus de ce questionnaire corrélé à l'analyse qualitative des entretiens ont permis la construction de scénarii tendanciels prospectif.

Résultats : Les résultats ont fait ressortir trois thématiques principales : la nécessité de valoriser la profession, l'impact des politiques de santé publique sur la profession et une mutation nécessaire et inévitable pour une kinésithérapie 2.0. Ils mettent en évidence l'utilité de redéfinir le rôle des masseurs-kinésithérapeutes, notamment celui de « kinésithérapeute-coordonateur » dépendant d'une pratique en collaboration. Ces évolutions devraient favoriser l'engagement des masseurs-kinésithérapeutes dans un processus de « communication » pour défendre la reconnaissance de leur profession située au cœur du système de santé Français.

Discussion : Les évolutions du métier de kinésithérapeute sont envisagées dans 3 scénarii prospectif tendanciels. L'évolution de la profession de masseur-kinésithérapeute comportera prospectivement un axe technique lié à la formation initiale, un axe technologique en rapport avec une pratique kinésithérapeutique 2.0 et enfin un axe politique lié à l'engagement des kinésithérapeutes.

Mots clés : système de santé, prospective métier, évolutions, coordination, collaboration, communication, masseur-kinésithérapeute