

Livre blanc de la profession pour une kinésithérapie performante et moderne dans la fonction publique hospitalière

20 recommandations pour améliorer la prise en charge des patients dans une approche médico-économique responsable.

- Mai 2017 -



Syndicat Alizé



Collège National de la Kinésithérapie Salarisée



Fédération Nationale des Étudiants en Kinésithérapie



Fédération Française des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs



Ordre des masseurs-kinésithérapeutes
Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes



Société de kinésithérapie de réanimation



Syndicat National des Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie



Syndicat National des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs



UNAKAM FRANCE

Union Nationale des Masseurs-Kinésithérapeutes Aveugles et Malvoyants

Ce document a été élaboré par la collaboration des organisations professionnelles de la masso-kinésithérapie et du collectif « Sauvons la kinésithérapie hospitalière ».

« Sauvons la kinésithérapie hospitalière » est un rassemblement de kinésithérapeutes soucieux de l'avenir de leur exercice au sein des établissements de soins. Ces propositions ont fait l'objet d'un travail collaboratif à partir de groupes de discussions rassemblant plus de 800 kinésithérapeutes sur les réseaux sociaux.



SAUVONS LA KINÉSITHÉRAPIE HOSPITALIÈRE !
+ de 800 kinésithérapeutes mobilisés pour sauver l'exercice salarié

Après des années d'alerte, le gouvernement a enfin pris la mesure au printemps 2016 de la situation catastrophique des kinésithérapeutes de la fonction publique hospitalière :

- des postes non pourvus depuis des années
- une fuite des kinésithérapeutes vers le libéral et le privé accentuée par une vague massive de départ à la retraite (40% de l'effectif ces 7 dernières années).
- une situation d'appauvrissement de l'offre de soin de rééducation sur tout le territoire.

Les conséquences sont graves :

- les patients développent des séquelles fonctionnelles
- faute de rééducation, la morbidité est augmentée
- le glissement de tâche et l'exercice illégal se généralisent ce qui pose un problème de sécurité pour les patients.

En juin 2016, le gouvernement a proposé une nouvelle grille indiciaire pour « résoudre » cette situation. Celle-ci ne tient visiblement pas compte de la mesure du problème :

- intégration dans les grades 1 et 2 infirmiers de catégorie A à partir de 2017
- perte de la catégorie active
- intégration dans les grades 2 et 3 infirmiers (IBODE) à l'horizon 2018

Ces propositions ne répondent pas à l'urgence de la situation. Elles n'ont pas pris en compte les niveaux de rémunération déjà pratiqués pour la majorité des kinésithérapeutes recrutés aujourd'hui en tant que contractuels à des indices bien supérieurs.

Par ailleurs, au-delà des rémunérations, la profession attend une revalorisation du mode d'exercice des masseurs-kinésithérapeutes salariés. Ces attentes sont résumées dans 20 propositions pour une kinésithérapie performante et moderne dans la fonction publique hospitalière.

Contacts presse :

Coordination du projet : François-Régis Sarhan – fr.sarhan@orange.fr – 06 76 74 63 22.

Alizé : François RANDAZZO – 06 61 84 44 47
CNKS : Julien GROUES – 06 63 27 83 53
CNOMK : Franck GOUGEON – 01 46 22 32 97
FFMKR : Daniel PAGUESSORHAYE – 06 89 49 91 23
FNEK : Juliette QUENTIN - 06 67 28 26 40
SKR : Baptiste MICHAUX – 06 70 86 57 40
SNIFMK : Philippe SAUVAGEON - 04 96 12 11 15
SNMKR : Stéphane MICHEL – 06 22 16 13 24
UNAKAM : Joël BETTON - 06 16 10 15 80

Résumé des recommandations

Recommandation 1 : régler un ratio minimal de kinésithérapeute/patients dans les différents secteurs d'hospitalisation.

Recommandation 2 : mettre en place, sans restriction, des primes incitatives dans les secteurs pour lesquels les ratios minimaux ne sont pas pourvus.

Recommandation 3 : reconnaître l'engagement dans la fonction publique par une prime d'exercice public exclusif.

Recommandation 4 : Intégrer les kinésithérapeutes dans la catégorie A de la fonction publique hospitalière.

Recommandation 5 : maintenir les kinésithérapeutes dans la catégorie active.

Recommandation 6 : créer une grille indiciaire spécifique aux rééducateurs avec la reconnaissance des responsabilités et niveaux d'études de chacune des professions. Pour les kinésithérapeutes : elle sera basée sur les grilles « A-type » de la fonction publique.

Recommandation 7 : reconnaître l'expertise, les compétences supplémentaires, et les titres par l'accès direct à une grille de second grade.

Recommandation 8 : créer une politique de formation continue adaptée au personnel de rééducation.

Recommandation 9 : respecter les droits et compétences des kinésithérapeutes, et étendre leurs prérogatives.

Recommandation 10 : Créer une filière de rééducation cohérente, avec une autonomie vis à vis de la filière infirmière, et dotée de sa propre hiérarchie.

Recommandation 11 : Permettre à un kinésithérapeute d'être nommé responsable de certaines unités fonctionnelles en lieu et place d'un praticien hospitalier.

Recommandation 12 : Intégrer les kinésithérapeutes à la commission médicale d'établissement (CME).

Recommandation 13 : Créer un statut particulier pour les étudiants en kinésithérapie.

Recommandation 14 : En plus de leurs missions cliniques, doter les kinésithérapeutes d'un temps de formation, information, recherche, à l'image de ce qui se pratique pour les psychologues.

Recommandation 15 : institutionnaliser une formation au tutorat et indemniser les tuteurs de stage.

Recommandation 16 : Réformer la gouvernance des instituts de formation en masso-kinésithérapie pour permettre aux kinésithérapeutes titulaires de diplômes universitaires (Masters, Doctorats, et HDR) d'enseigner ou de diriger un institut.

Recommandation 17 : Créer plusieurs grades permettant d'accéder à des niveaux de responsabilité croissants en fonction du déroulement de carrière ou des titres obtenus.

Recommandation 18 : créer un statut de « clinicien-chercheur » permettant la double appartenance à la recherche universitaire et à la clinique sous forme d'un statut hospitalo-universitaire.

Recommandation 19 : assouplir les conditions de cumul d'activité et simplifier les démarches administratives nécessaires. Permettre aux kinésithérapeutes de réaliser un exercice privé à l'hôpital.

Recommandation 20 : Faciliter la mobilité entre secteur public, secteur privé et activité libérale par la reprise systématique de l'ancienneté acquise dans chacun des modes d'exercice.

Table des matières

Préambule	4
PREMIÈRE PARTIE : Approche éthique et économique d'une filière rééducation dans les établissements de soins.	7
1. Pourquoi cette désaffection ?	7
a. L'écart entre les revenus du public, du privé et de l'activité libérale	7
b. Un manque de reconnaissance du métier	10
c. L'absence de perspectives de carrière	10
2. La bientraitance : une exigence de moyens pour les patients hospitalisés	11
3. Le kinésithérapeute : principal acteur de la prise en charge rééducative	13
a. Le kinésithérapeute : expert de l'autonomie fonctionnelle du patient dans les services de soins.	13
b. Le kinésithérapeute : expert de l'évaluation locomotrice et posturale	13
c. Le kinésithérapeute : un pont entre professions paramédicales et médicales.....	13
d. Le kinésithérapeute : rempart à la maltraitance	14
4. Économie de santé d'un parcours de rééducation performant	14
a. Diminution de la durée de séjour.....	14
b. La prévention des troubles musculo-squelettiques au travail.....	15
c. L'enjeu de l'accès direct.....	15
SECONDE PARTIE : perspectives et propositions.....	16
1. En finir avec l'incurie rééducative des patients hospitalisés.....	16
a. Réglementer les besoins en kinésithérapie.....	16
b. Identifier les secteurs critiques	16
c. Reconnaître l'engagement dans le service public.....	16
d. Garantir des soins équitables	16
2. Des moyens pour placer le kinésithérapeute au coeur du parcours de soin des patients dépendants	17
a. Des salaires à la hauteur	17
b. Des conditions de travail décentes	17
c. Respect et extension des actes et missions.....	18
d. Formation continue - Développement professionnel.....	18
3. Une filière rééducation d'excellence au service du patient et du progrès	20
a. Un encadrement adapté.....	20
b. Une représentation institutionnelle en adéquation avec les rôles et missions	20
c. Permettre aux kinésithérapeutes de la fonction publique hospitalière de participer aux missions de recherche et de formation	20
d. Reconnaître le tutorat	21
e. Gouvernance des instituts de formation.....	21
f. Sécuriser le statut des étudiants en masso-kinésithérapie	21
4. Les perspectives de carrière	22
a. Une évolution de carrière possible par le changement de grade :	22
b. Une évolution de carrière possible par la reconnaissance et la valorisation de la recherche en kinésithérapie.....	22
c. Une évolution de carrière possible par la diversification des activités	23

Environ 20% des patients âgés augmentent leur niveau de dépendance de façon importante au cours d'une hospitalisation¹. Et dans des proportions moindres, c'est l'ensemble des patients hospitalisés pour une durée prolongée qui présentent un risque de dépendance. **On appelle dépendance iatrogène la part le plus souvent évitable de la dépendance acquise durant l'hospitalisation.**

Ainsi après une hospitalisation, le retour à domicile peut s'avérer difficile du fait de la fatigue, d'un état de santé encore fragile, mais aussi des séquelles motrices et fonctionnelles liées à l'alitement ou la maladie.

Ce handicap a généralement des conséquences importantes sur les patients : impossibilité de reprendre une activité professionnelle, longue convalescence, séquelles physiques ou psychologiques définitives.

La dépendance a également un coût non négligeable pour la société :

- prolongation des durées d'hospitalisation,
- mise en place d'aides à domicile,
- isolement et dépendance sociale...

Les principales pathologies occasionnant une dépendance chez des patients hospitalisés sont :

- les pathologies neurologiques : accident vasculaire cérébral, sclérose en plaque, Parkinson, Alzheimer...
- les traumatismes : fractures, paraplégies, traumatismes crâniens...
- les maladies cardio-vasculaires et respiratoires: infarctus, BPCO...
- les cancers.

Toutes ces pathologies rentrent dans **le champ d'intervention des masseurs-kinésithérapeutes** qui dès le début de l'hospitalisation vont accompagner le patient vers la restauration de leur autonomie fonctionnelle.

Le kinésithérapeute est le principal acteur pouvant prévenir et lutter contre cette dépendance.

Aux urgences, le kinésithérapeute peut intervenir pour des prises en charge aiguës : désencombrement d'un nourrisson, ou d'un adulte, gestion de la « petite » traumatologie.

¹ Source : Institut des sciences du vieillissement.

En pédiatrie, le kinésithérapeute aide au développement des prématurés, traite les troubles orthopédiques du nouveau-né (pied bot, torticolis congénital...), prend en charge les épidémies hivernales (bronchiolite), et assure le suivi des enfants malades (maladies génétiques).

En réanimation, le kinésithérapeute va aider le patient à respirer sans assistance, il va participer à son extubation. Il contribue grâce à une réhabilitation précoce à l'entretien de la mobilité des membres et la restauration d'une autonomie compatible avec une hospitalisation conventionnelle.

Dans tous les services hospitaliers, le kinésithérapeute est en première ligne dans la prise en charge des affections respiratoires avec **une nécessité de permanence des soins** 365 jours par an. Il réalise dans ce cadre des gardes et des astreintes pour **les prises en charge d'urgence**.

Dans les services de médecine et de chirurgie, le kinésithérapeute va mettre en place une rééducation précoce visant à restaurer une autonomie compatible avec un retour rapide au domicile.

Dans les services de convalescence (SSR), et de rééducation (MPR), le kinésithérapeute est l'acteur essentiel de la prise en charge. Il accompagne la restauration des fonctions sévèrement touchées (polytraumatismes, paraplégies, maladies dégénératives...) pour rendre possible la réinsertion sociale et personnelle.

En EHPAD (maison de retraite), le kinésithérapeute œuvre au maintien de l'autonomie des résidents, garant d'une bonne qualité de vie. Il prévient les complications du vieillissement occasionnant des hospitalisations.

En soins palliatifs, le kinésithérapeute va accompagner les patients en fin de vie par la prise en charge de la douleur et l'entretien du corps.

À toutes ces missions, qui répondent à des besoins de santé publique évidents s'ajoutent **des consultations spécialisées**. Ainsi, dans les hôpitaux, les kinésithérapeutes assurent le bilan, le suivi et la prise en charge des patients dans le cadre de :

- Maladies chroniques et génétiques : mucoviscidose, hémophilie, maladies neurodégénératives...
- Consultation avec un binôme médical : injection de toxine botulinique, analyse du mouvement...
- Rééducations spécifiques : rééducation de la sphère oro-faciale et vestibulaire, rééducations très spécialisées...
- Suivi orthopédique : confection de corsets, de plâtres et attelles.
- Bilans sphinctériens et rééducations pelvi-périnéales (adulte, pédiatrique, homme et femme).
- L'éducation thérapeutique.

Enfin, les kinésithérapeutes des centres de santé assurent **la formation des étudiants** et **participent à la recherche** en rééducation :

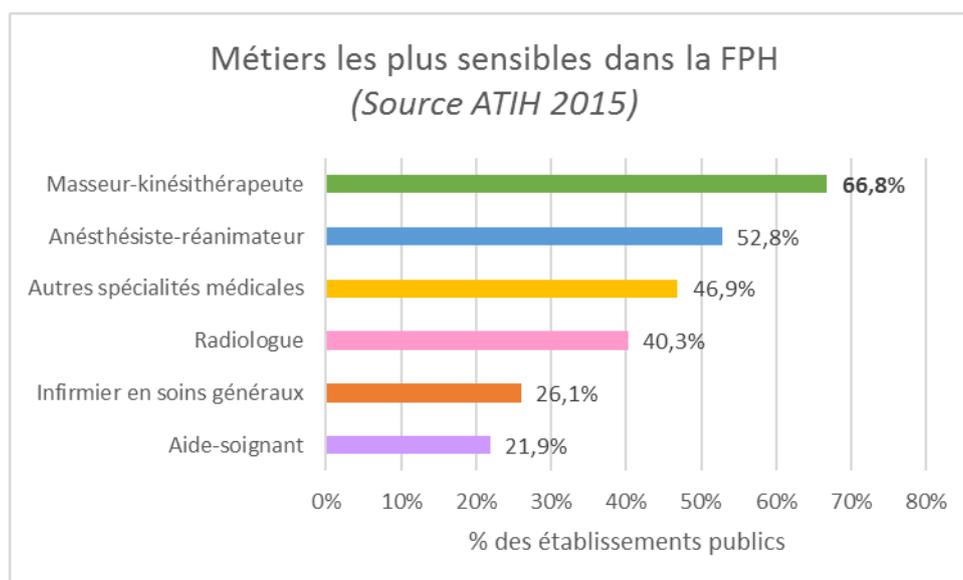
- ils encadrent et forment les étudiants en kinésithérapie durant leurs stages,
- ils assurent la formation initiale dans les instituts de formation, notamment les instituts publics rattachés à un CHU,
- ils sont à l'initiative ou participent à la recherche clinique en rééducation.

Il est devenu difficile pour les hôpitaux et centres de rééducation de recruter ces personnels.

Les masseurs-kinésithérapeutes tiennent donc un rôle essentiel dans les établissements de santé. Pourtant, depuis des années, **il est devenu difficile pour les hôpitaux et centres de rééducation de recruter ces personnels**. Déjà, en 2008, l'Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière décrivait **une problématique d'attractivité en milieu hospitalier et une difficulté de fidélisation**².

L'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) a identifié le métier de masseur-kinésithérapeute comme « sensible »³ :

- en 2012 : 179 établissements publics déclaraient des difficultés de recrutement
- en 2013 : 272 établissements publics déclaraient des difficultés de recrutement
- en 2014 : 280 établissements publics déclaraient des difficultés de recrutement (soit **62,8% des établissements**).



Cette problématique, qui n'est pas nouvelle, s'aggrave d'années en années faisant craindre un appauvrissement de l'offre de soin en kinésithérapie.

Il est donc urgent d'agir pour :

- garantir une prise en charge pour les patients hospitalisés ;
- maintenir la qualité des soins ;
- ne pas mettre en péril la formation initiale des futurs professionnels.

² ONDPS : Monographie de masseur-kinésithérapeute, 2008.

³ ATIH : Analyse des Bilans sociaux des établissements publics de santé 2012, 2013 et 2014.

PREMIÈRE PARTIE : Approche éthique et économique d'une filière rééducation dans les établissements de soins.

1. Pourquoi cette désaffection ?

Peu d'embauches hospitalières directes sont réalisées à la sortie des instituts de formation initiale en masso-kinésithérapie. Les étudiants en kinésithérapie ne sont plus attirés par l'hôpital public pour plusieurs raisons⁴:

a. L'écart entre les revenus du public, du privé et de l'activité libérale

Un kinésithérapeute hospitalier possède de faibles revenus au regard de son niveau de formation.

1,2 SMIC pour un bac +5 en début de carrière.

Les statuts hospitaliers des kinésithérapeutes sont aujourd'hui obsolètes au regard des niveaux de qualifications et grades universitaires exigés pour exercer.

Ceci devient une **source de difficultés financières** (difficulté à se loger notamment dans les villes importantes, à se déplacer). Le désengagement de l'État dans la formation initiale conduit, compte tenu des frais de scolarité élevés, à un **endettement des jeunes diplômés incompatible avec les rémunérations du secteur public**. Selon la FNEK⁵, 30% des étudiants en kinésithérapie contractent un emprunt pour financer leurs études.

De surcroît, les kinésithérapeutes n'ont pas la possibilité d'augmenter leur salaire grâce aux primes, comme le peuvent de nombreux autres grades de la FPH.

L'impossibilité de prendre en compte de l'activité libérale pour **la reprise d'ancienneté** rend difficile l'attractivité de la FPH à partir d'une certaine maturité professionnelle.

Le déroulement de carrière dans la fonction publique hospitalière ne laisse pas entrevoir d'opportunités d'amélioration de la rémunération en fonction de la spécialisation des agents ou de leurs prises de responsabilités (encadrement des étudiants, activités de recherche, missions de coordination...), ni de possible évolution de carrière prenant en compte ces paramètres, ainsi que la reconnaissance afférente.

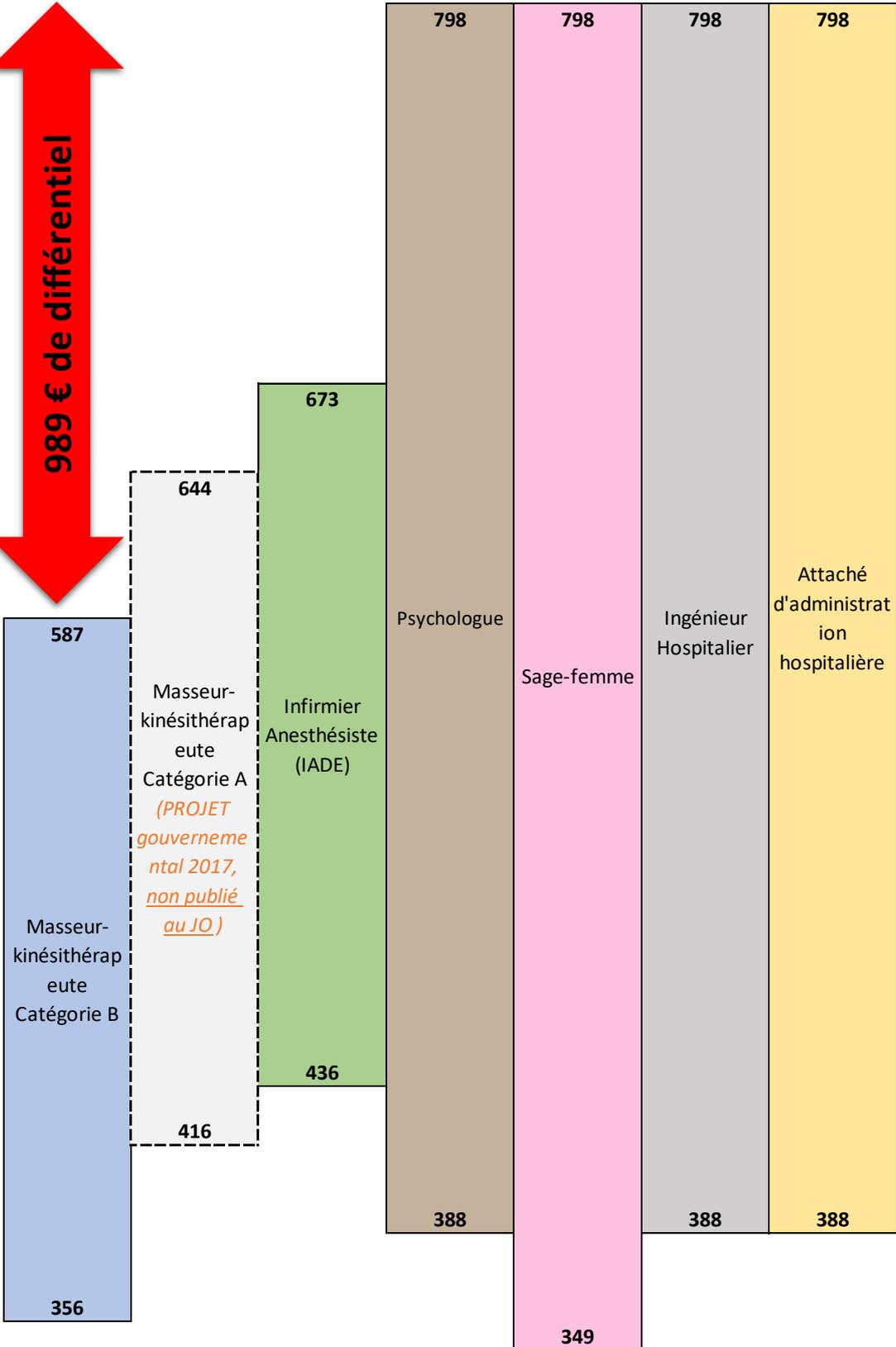
⁴ ONDPS : Monographie de masseur-kinésithérapeute, 2008.

⁵ FNEK (Fédération Nationale des Étudiants en Kinésithérapie) : Coût des études, enjeux et perspectives. 20 février 2017.

Métiers à bac +5	Kinésithérapeute	IADE	Psychologue	Sage-Femme	Ingénieur	AAH
------------------	------------------	------	-------------	------------	-----------	-----

Indice Majoré - **Grilles 2018** (protocole PPCR)

810
800
790
780
770
760
750
740
730
720
710
700
690
680
670
660
650
640
630
620
610
600
590
580
570
560
550
540
530
520
510
500
490
480
470
460
450
440
430
420
410
400
390
380
370
360
350



Le tableau ci-après présente les écarts de rémunération rencontrés entre quatre professions de niveau équivalent de formation. On constate des disparités financières qui ne tiennent pas forcément compte de la responsabilité et de l'autonomie des professionnels.

Dans ces conditions, le découragement professionnel est fréquent. Après quelques années d'exercice, les professionnels sont frustrés, avec un sentiment d'immobilisme, conduisant à une fuite vers l'activité libérale ou le secteur privé.

Profession	Niveau d'études	Réf. réglementaires	Responsabilités et autonomie	Rémunération 2017
Masseur-kinésithérapeute (MKDE)	Bac +5 (RNCP 1)	article L. 4321-1 du CSP et arrêté du 22 février 2000	Réalisation d'un diagnostic, d'actes médicaux prescrits par un médecin. Autonomie dans la prise en charge des patients : choix des techniques, quantification des séances...	Indices 347 à 582
Infirmier anesthésiste (IADE)	Bac + 5 (RNCP 1)	Décret n° 2017-316 du 10 mars 2017	Exerce ses activités sous le contrôle exclusif d'un médecin anesthésiste-réanimateur sous réserve que ce médecin ait préalablement examiné le patient et établi par écrit la stratégie anesthésique et soit présent sur le site où sont réalisés les actes.	Indices 430 à 652
Sage-Femme	Bac +5 (RNCP 1)	Article L4151-1 du code de la santé publique	Pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant	indices 432 à 793
Psychologue	Bac +5 (RNCP 1)	Décret n°91-129 du 31 janvier 1991	étudient et traitent, au travers d'une démarche professionnelle propre, les rapports réciproques entre la vie psychique et les comportements individuels et collectifs afin de promouvoir l'autonomie de la personnalité	Indices 349 à 783

b. Un manque de reconnaissance du métier

À l'image de l'ensemble de la profession, le kinésithérapeute salarié dispose d'une grande autonomie dans sa pratique professionnelle, mais celle-ci n'est pas reconnue, voire niée dans l'organisation hospitalière.

En effet, la hiérarchie paramédicale protocolaire des hôpitaux ne colle pas à **un métier indépendant et empreint d'initiatives et de diversité**. Celle-ci est perçue très négativement par les kinésithérapeutes qui se sentent bridés.

Une incompréhension mutuelle est à l'origine **de fréquentes tensions avec un encadrement supérieur souvent infirmier** car les paradigmes de prise en charge du patient sont différents en réhabilitation.

De manière générale, on constate une méconnaissance du rôle et des missions des masseurs-kinésithérapeutes par l'encadrement paramédical et médical.

Les kinésithérapeutes sont perçus à tort comme des « nantis ». Par analogie avec l'exercice libéral et du fait du niveau élevé de formation et de sélectivité de la profession, patients et soignants imaginent souvent que les kinésithérapeutes salariés ont de fortes rémunérations. L'autonomie du masseur-kinésithérapeute dans ses prises en charge est parfois incompris par d'autres professions paramédicales qui à statut équivalent, doivent suivre des plans de soin.

Face au manque de kinésithérapeutes, cette méconnaissance conduit à **des glissements de tâches fréquents**. Ainsi les kinésithérapeutes constatent fréquemment **des situations d'exercice illégal de la kinésithérapie** par des aides-soignants ou des enseignants en activités physiques adaptées. En plus du risque pour le patient, **ces situations sont très mal vécues par les professionnels qui perçoivent ces situations comme une dévalorisation de leurs compétences propres**.

Alors que l'exercice salarié de la kinésithérapie est le plus souvent très spécialisé, il n'existe pas de reconnaissance institutionnelle ou statutaire des formations universitaires, et autres diplômes, ce qui appauvrit les sources de recrutement.

c. L'absence de perspectives de carrière

Le métier de masseur-kinésithérapeute dispose de bonnes perspectives d'emploi. Il n'en est pas autant pour les perspectives de carrière.

Cette situation est à l'origine d'un fort turn-over et de grosses difficultés de fidélisation des professionnels.

Dans la fonction publique, **la seule évolution du métier est le management**, ce qui n'attire pas forcément les professionnels dont la formation initiale est scientifique. La formation de cadre de santé principalement **centrée sur les disciplines infirmières** est inadaptée à la formation de rééducateur.

Pour accéder aux fonctions de formateur en IFMK, il est demandé de détenir le diplôme de cadre de santé. Ce diplôme est perçu comme illégitime par les kinésithérapeutes qui ont une culture universitaire. **Ils s'orientent plus volontiers vers un Master ou un Doctorat. Ces diplômes universitaires ne sont pas reconnus dans la fonction publique hospitalière.**

Les expertises, très développées dans la fonction publique (neurologie, pédiatrie, réanimation, pneumologie, oro-maxillo-facial, périnéologie...), **ne sont pas non plus reconnues** alors qu'elles demandent un important travail de formation et d'investissement du professionnel qui exerce alors en étroite collaboration avec des médecins spécialistes, en apportant une plus-value reconnue en termes de qualité des soins.

L'exercice en CHU est naturellement tourné vers l'enseignement et la recherche, pourtant **les postes hospitalo-universitaires n'existent pas pour les kinésithérapeutes**. Les professionnels se découragent face aux difficultés administratives pour négocier des temps de recherche ou d'enseignement.

L'encadrement des étudiants, qui demande aujourd'hui d'être formé au tutorat⁶, **n'est pas valorisé**. L'organisation des stages est souvent réalisée par bonne volonté, sur le temps personnel.

Si les possibilités d'exercice sont nombreuses et variées, créant une véritable dynamique au sein de la profession, elles ne sont cependant pas officiellement reconnues. Que le professionnel souhaite s'investir dans la formation des étudiants, dans un domaine spécifique de la kinésithérapie ou encore dans la recherche, il ne peut prétendre à aucune valorisation de ces compétences.

2. La bientraitance : une exigence de moyens pour les patients hospitalisés

Les complications liées à l'hospitalisation sont nombreuses, spécifiquement pour les patients les plus fragiles. Parmi les plus fréquentes, on rencontre⁷ :

- la perte d'autonomie
- la grabatisation du patient âgé et la désadaptation à l'effort
- les infections respiratoires
- les complications thromboemboliques (phlébite, embolie pulmonaire)
- les complications cutanées et ostéo-articulaires (escarres, raideurs articulaires, amyotrophie...).

Ces complications constituent une réelle perte de chance pour les patients. Elles peuvent en effet mettre en jeu leur pronostic vital.

Une prise en charge rééducative par **le kinésithérapeute permet de prévenir et prendre en charge précocement ces complications, et d'éviter ainsi des séquelles potentiellement graves** à tous les stades de

⁶ INSTRUCTION N° DGOS/RH1/2016/330 du 4 novembre 2016 relative à la formation des tuteurs de stages paramédicaux

⁷ V. Peigne. Principales complications de l'immobilité et du décubitus. Successful Aging Database. 2005.

la prise en charge : en réanimation⁸, dans les services d'hospitalisation conventionnelle, en EHPAD ou en unité d'hospitalisation de longue durée^{9 10}.

Par soucis de bienveillance, le système de soin se doit donc de garantir des soins de rééducation aux patients hospitalisés. Or, face à la désaffection des kinésithérapeutes de la fonction publique hospitalière, **des situations d'incurie rééducative** sont de plus en plus fréquentes.

Cette incurie a d'ailleurs été reconnue par le gouvernement qui en mars 2016 a reconnu un « sujet majeur » et « un risque d'appauvrissement de l'offre de soin »¹¹.

Malheureusement, les mesures d'attractivités, arbitrées par le premier ministre, étaient en décalage avec les problématiques réelles de la profession et n'ont donc pas abouti.

⁸ Schweickert WD, Pohlman MC, Pohlman AS, Nigos C, Pawlik AJ, Esbrook CL, Spears L, Miller M, Franczyk M, Deprizio D, Schmidt GA, Bowman A, Barr R, McCallister KE, Hall JB, Kress JP. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. Lancet. 2009 May 30;373(9678):1874-82.

⁹ Snowdon M, Peiris CL. Physiotherapy Commenced Within the First Four Weeks Post-Spinal Surgery Is Safe and Effective: A Systematic Review and Meta-Analysis. Arch Phys Med Rehabil. 2016 Feb;97(2):292-301.

¹⁰ Patel BK, Hall JB. Perioperative physiotherapy. Curr Opin Anaesthesiol. 2013 Apr;26(2):152-6.

¹¹ Question écrite N°84877 de M. Hervé Gaymard. Réponse publiée au JO le : 09/02/2016. Assemblée Nationale.

3. Le kinésithérapeute : principal acteur de la prise en charge rééducative

- a. Le kinésithérapeute : expert de l'autonomie fonctionnelle du patient dans les services de soins.

Dans les services de chirurgie, de médecine, de réanimation ou de pédiatrie, le kinésithérapeute est souvent **le seul expert de l'autonomie fonctionnelle des patients**.

En effet, le kinésithérapeute **appréhende le patient de manière globale**, il dispose des compétences diagnostiques permettant de prendre en charge l'ensemble des troubles fonctionnels (orthopédie, neurologie, pneumologie...). **Ces compétences sont précieuses dans des services de plus en plus spécialisés, où les médecins spécialistes sollicitent les masseurs-kinésithérapeutes pour détecter l'ensemble des déficits et incapacités du patient.**

À ce titre, les kinésithérapeutes **travaillent en étroite collaboration avec les médecins** pour affiner les diagnostics, alerter sur des complications, et préparer la sortie du patient.

- b. Le kinésithérapeute : expert de l'évaluation locomotrice et posturale¹².

Dans le repérage de la fragilité des patients âgés, l'évaluation en kinésithérapie est une ressource et un atout. L'évaluation en kinésithérapie permet une vision à la loupe des déficiences structurelles, des incapacités, des restrictions de participation en rapport avec les critères de fragilité consensuels ou repérés comme spécifiques à la situation du patient.

Le kinésithérapeute propose ainsi au patient des objectifs de récupération, d'amélioration voire de compensation.

Dans cette démarche, le kinésithérapeute, qui prend en charge le patient en première intention, a ainsi l'opportunité de communiquer toute information susceptible d'être utile au médecin pour l'établissement du diagnostic médical et l'organisation du devenir.

- c. Le kinésithérapeute : un pont entre professions paramédicales et médicales.

Le kinésithérapeute est un acteur du soin, qui compte tenu de sa solide formation théorique (physiologie, anatomie, sémiologie...), partage un socle de connaissances avec les médecins.

C'est cette complémentarité qui permet d'offrir au patient une prise en charge de proximité, basée sur le soin et les thérapeutiques non-médicamenteuses, et tenant en compte des exigences médicales guidant la prise en charge.

¹² Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles. Livre blanc de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie.

d. Le kinésithérapeute : un rempart à la maltraitance

La rééducation demande une implication du patient dans sa prise en charge. Cette vision de « patient acteur de sa prise en charge » s'oppose parfois à un paradigme encore persistant dans les hôpitaux du « patient passif subissant ses soins ».

La présence d'un kinésithérapeute dans une unité de soin permet d'impliquer les patients dans leur prise en charge, mais aussi d'accompagner les équipes aides-soignantes dans une démarche de réhabilitation précoce des patients vers leur autonomie.

4. Économie de santé d'un parcours de rééducation performant

a. Diminution de la durée de séjour

Une littérature scientifique abondante démontre la pertinence médico-économique des soins de kinésithérapie dans les structures d'hospitalisation. Ainsi l'augmentation du nombre de kinésithérapeutes permet de diminuer la durée de séjour (DMS) des patients^{13 14 15}.

Pour rappel, le coût approximatif d'une journée d'hospitalisation est de :

- 1 400 € en médecine, pédiatrie et obstétrique
- 1 700 € en chirurgie et gynécologie
- 3 000 € en réanimation
- 650 € en soins de suites et de réadaptation (SSR).

Il est donc évident que les kinésithérapeutes sont **un levier formidable de diminution des coûts, et d'optimisation du système de soin**. Cette réduction des durées moyennes de séjour est permise :

- par la diminution des complications (troubles respiratoires, orthopédiques et cutanés).
- par une meilleure autonomie des patients, qui peuvent rentrer plus tôt à leur domicile.
- par un recours moindre aux séjours de convalescence (SSR).

¹³ Shitama H, Akebi T, Nakamoto Y, Kimura Y, Wada F, Hachisuka K. [Effect of an increase in numbers of physical therapists on dynamic situation of inpatients in an acute hospital]. J UOEH. 2011 Sep 1;33(3):263-8.

¹⁴ Tayrose G, Newman D, Slover J, Jaffe F, Hunter T, Bosco J 3rd. Rapid mobilization decreases length-of-stay in joint replacement patients. Bull Hosp Jt Dis (2013). 2013;71(3):222-6.

¹⁵ Mungovan SF, Singh P, Gass GC, Smart NA, Hirschhorn AD. Effect of physical activity in the first five days after cardiac surgery. J Rehabil Med. 2017 Jan 19;49(1):71-77. doi: 10.2340/16501977-2165.

b. La prévention des troubles musculo-squelettiques au travail

Après la chute, l'effort lié à la manutention de malades est la seconde cause d'accident de travail dans la fonction publique hospitalière¹⁶. Le kinésithérapeute est un expert de la manutention des malades, il possède également des notions d'ergonomie. **Auprès des soignants, ces compétences vont être mises à profit dans l'éducation et la prévention des troubles musculo-squelettiques du personnel soignant.**

c. L'enjeu de l'accès direct

Le développement des compétences dans les différents champs cliniques ainsi que l'amélioration de la qualité du diagnostic kinésithérapique doivent permettre au kinésithérapeute une plus grande autonomie d'exercice.

De nombreuses études effectuées aux États-Unis, au Canada, en Australie ont démontré que **le renforcement des compétences et de l'autonomie du kinésithérapeute permet de considérablement diminuer les dépenses de santé** tout en garantissant une sécurité et une qualité optimale des soins^{17 18}.

De nombreux facteurs poussent désormais au changement en matière d'accès aux soins de santé : les changements démographiques, les contraintes financières, l'augmentation des choix thérapeutiques, les attentes des patients.

Au travers des recommandations faites par la Confédération Mondiale de la Kinésithérapie (WCPT), les kinésithérapeutes français ont les compétences minimales pour recevoir les patients en accès direct sans leur faire courir un risque disproportionné par rapport au bénéfice escompté tout en déchargeant les professionnels médicaux¹⁹.

Il est désormais nécessaire d'en démontrer l'efficacité clinique et économique par son application en France.

¹⁶ ATIH : Bilan social de la FPH 2014.

¹⁷ Bury TJ, Stokes EK. A global view of Direct Access and Patient self-referral to physical therapy: implications for the profession. *Phys Ther* April 2013 93:449-459

¹⁸ Bury TJ, Stokes EK. Direct access and patient/client self-referral to physiotherapy: a review of contemporary practice within the European Union. *Physiotherapy* (2013), <http://dx.doi.org/10.1016/j.physio.2012.12.011>

¹⁹ WCPT report: Direct access and self-referral to physical therapy: findings from a global survey of WCPT member organisations. Online: http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/Direct_access_SR_report_Jan2013.pdf

1. En finir avec l'incurie rééducative des patients hospitalisés

L'augmentation des quotas d'étudiants en IFMK, ainsi que la liberté de circulation des professionnels à travers l'Union Européenne ont entraîné **une hausse sans précédent du nombre de kinésithérapeutes en France**. Ils sont ainsi passés de 70 000 en 2011 à plus de 86 000 en 2016. Pourtant, **cette augmentation n'a pas bénéficié au secteur public**, toujours déserté par les professionnels.

Les difficultés de recrutement ne sont donc pas liées à des causes démographiques mais **au manque d'attractivité de la fonction publique pour les kinésithérapeutes**.

a. Réglementer les besoins en kinésithérapie

Les hôpitaux éprouvent les plus grandes difficultés à évaluer les besoins en effectifs de kinésithérapeutes. En effet, les besoins en rééducation des patients sont variables selon que l'on se trouve dans un service de soins de suite et de réadaptation (SSR), en unité de soins de longue durée (USLD), ou en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO). Mis à part quelques rares recommandations, non contraignantes, (réanimation, unité neuro-vasculaire), **aucune réglementation ne fait état des besoins en rééducation**.

Pourtant les besoins en kinésithérapie doivent être considérés comme primaires, essentiels à une prise en charge normale des patients. Il est donc nécessaire de **créer des ratios kinésithérapeute/patients dans les hôpitaux**.

b. Identifier les secteurs critiques

Les ratios kinésithérapeute/patients qui ne seront pas pourvus dans les secteurs d'hospitalisation devront bénéficier de **mesures incitatives afin de pourvoir les postes manquants**.

Le décret n°2017-981 du 9 mai 2017 a tenté de mettre en place une prime dans certains hôpitaux sous dotés. Cependant, son montant (3000 euros pendant trois ans), est trop faible pour rattraper les écarts de salaires, et ses conditions sont extrêmement restrictives pour produire un quelconque effet.

c. Reconnaître l'engagement dans le service public

À l'image des efforts consentis pour le personnel médical, il doit être mis en place des primes reconnaissant l'exercice public exclusif. Cette prime permettra d'inciter et de fidéliser les professionnels qui auront choisi de faire carrière dans la fonction publique.

d. Garantir des soins équitables

Il n'est pas acceptable que certains secteurs d'hospitalisation, ou certains secteurs géographiques soient privilégiés pour la mise en œuvre de mesures incitatives. Cela revient à choisir quels patients pourront bénéficier de soins de kinésithérapie et à pénaliser ceux qui n'en auront pas. Ainsi la politique incitative à destination des kinésithérapeutes devra cibler tous les établissements et tous les secteurs d'hospitalisation qui peinent à recruter.

Recommandation 1 : réglementer un ratio minimal de kinésithérapeute/patients dans les différents secteurs d'hospitalisation.

Recommandation 2 : mettre en place des primes incitatives dans les secteurs pour lesquels les ratios minimaux ne sont pas pourvus, sans restriction.

Recommandation 3 : reconnaître l'engagement dans la fonction publique par une prime d'exercice public exclusif.

2. Des moyens pour placer le kinésithérapeute au cœur du parcours de soin des patients dépendants

a. Des salaires à la hauteur

Compte tenu de la faible attractivité des grilles salariales, **les centres hospitaliers ont actuellement recours à des kinésithérapeutes contractuels et sont contraints à des efforts financiers pour pourvoir ces postes.**

Les kinésithérapeutes contractuels sont fréquemment **recrutés sur les indices maximaux proposés par les grilles de rémunération actuelles.** Les centres hospitaliers se livrent d'ailleurs à une sévère concurrence pour pouvoir recruter des kinésithérapeutes. Les établissements en difficultés financières sont donc généralement les moins bien servis.

Il convient donc de rénover la grille, et de reclasser les kinésithérapeutes dans la catégorie A de la fonction publique hospitalière, conformément au protocole Bachelot du 2 février 2010.

Ce reclassement en catégorie A, doit permettre aux titulaires de **conserver la catégorie active.** En effet, le métier est très physique avec des manutentions de patients quotidiennes.

La progression de salaire doit tenir compte des années de service, mais aussi des compétences, missions supplémentaires et spécialités que peuvent acquérir au cours de leurs carrières les kinésithérapeutes hospitaliers.

C'est pourquoi il est proposé deux grades :

- **kinésithérapeutes de premier grade** : en début de carrière pour les titulaires du seul titre de Diplôme d'État de Masseur-kinésithérapeute.
- **kinésithérapeutes de second grade** : à l'ancienneté ou à l'expérience professionnelle, ou directement pour les kinésithérapeutes titulaires de titres universitaires (qu'il conviendra de définir), ou du titre de cadre de santé.

La carrière devra se dérouler de manière linéaire, **sans conditions de ratio promus/promouvables.**

Le passage dans le second grade sera assorti d'une augmentation des responsabilités professionnelles et/ou administratives (encadrement, tutorat, management...).

b. Des conditions de travail décentes

L'attractivité de l'exercice salarié est liée aux conditions de travail que les établissements offrent à leurs salariés. **Pour les kinésithérapeutes, il s'agit d'avoir accès à un plateau technique de qualité, permettant d'accueillir des patients dans les meilleures conditions.**

Face aux maisons de santé qui développent de plus en plus des plateaux techniques de kinésithérapie, bien équipés, il est difficile d'être attractif quand **le matériel de rééducation est vieillissant à l'hôpital, sans accès aux nouvelles technologies, et surtout avec souvent un manque de place évident.**

Il est donc nécessaire de définir **des normes définissant les conditions minimales d'accueil** des patients sur un plateau technique de rééducation : surface minimale par patient et par thérapeute, équipements, etc...

De plus les kinésithérapeutes, pour établir leurs bilans, réaliser leurs tâches administratives (cotations d'actes, courriers...), ont besoin d'avoir à leur disposition des bureaux. C'est malheureusement trop souvent que l'on constate qu'une dizaine de rééducateurs (kinésithérapeutes, ergothérapeutes...) partagent un bureau de 10m²...

c. Respect et extension des actes et missions

Dans le cadre de ses fonctions, et sauf indication médicale contraire, le kinésithérapeute est habilité à :

- déterminer le nombre de séances à réaliser
- déterminer les techniques à mettre en œuvre
- prescrire des dispositifs médicaux.

Ces droits ne sont pas toujours respectés dans le cadre hospitalier. Ces limitations sont notamment dues aux **limitations techniques des logiciels de prescription** et de dossier patient, mais aussi par le manque de connaissance des modalités de prescription de la kinésithérapie.

De manière générale, hormis certaines spécialités médicales axées sur la réhabilitation, on constate une méconnaissance des indications et moyens d'intervention des masseurs-kinésithérapeutes.

Il est donc nécessaire de conforter les kinésithérapeutes dans leur exercice, notamment en respectant le cadre réglementaire de leur exercice par :

- la mise à disposition des moyens matériels leur permettant de prescrire des dispositifs médicaux dans le respect de la réglementation.
- l'adaptation des logiciels de prescription aux modalités de prescription de kinésithérapie.

Au respect des droits du masseur-kinésithérapeute, il convient d'en adjoindre de nouveau, afin d'améliorer l'efficacité et l'efficacités des soins apportés aux patients.

Le **décret d'acte des masseurs-kinésithérapeutes devra également être revisité.** En effet, de nombreux actes réalisés dans le cadre hospitalier n'y figurent pas. On peut citer notamment l'extubation des patients intubés en réanimation, la gestion de l'oxygénothérapie...

Afin de renforcer le lien ville-hôpital, le kinésithérapeute hospitalier doit **pouvoir orienter un de ses patients vers un confrère de ville**, sans nécessité d'une nouvelle prescription médicale à la sortie de l'hospitalisation.

Par ailleurs, **le kinésithérapeute exerce quotidiennement en première intention**, lorsqu'il est appelé pour un avis, ou une prise en charge urgente. Non prévu par la législation, ces situations mettent les kinésithérapeutes hospitaliers en **situation d'insécurité juridique**. En effet, l'article L4321-1 du code de la santé publique ne prévoit cette possibilité qu'en l'absence d'un médecin, ce qui n'est pas le cas dans le cadre hospitalier.

d. Formation continue - Développement professionnel

Les kinésithérapeutes sont très consommateurs de formation continue. En effet, l'évolution des pratiques est rapide dans cette profession. De plus, les formations sont souvent longues (plusieurs années) et demandent un investissement du professionnel important.

Malheureusement, « noyés » dans la politique globale de formation continue des établissements hospitaliers, il est souvent long et difficile d'obtenir des réponses favorables aux demandes de formation.

Les axes de formations institutionnels ne sont pas adaptés au personnel de rééducation. Ils sont centrés sur le personnel infirmier.

Ainsi, l'un des avantages du salariat, qui est l'accès à la formation continue est dévoyé par une offre inadaptée ou insatisfaisante.

Recommandation 4 : intégrer les kinésithérapeutes dans la catégorie A de la fonction publique hospitalière.

Recommandation 5 : maintenir les kinésithérapeutes dans la catégorie active.

Recommandation 6 : créer une grille indiciaire spécifique pour les rééducateurs, cohérente avec la reconnaissance des responsabilités et niveaux d'études de chacune des professions. Pour les kinésithérapeutes : elle sera basée sur les grilles « A-type » de la fonction publique.

Recommandation 7 : reconnaître l'expertise, les compétences supplémentaires, et les titres par l'accès direct à une grille de second grade.

Recommandation 8 : créer une politique de formation continue adaptée au personnel de rééducation.

Recommandation 9 : respecter les droits et compétences des kinésithérapeutes, et étendre leurs prérogatives.

3. Une filière rééducation d'excellence au service du patient et du progrès

a. Un encadrement adapté

Le kinésithérapeute est un professionnel de santé très autonome dans sa pratique : il est libre du choix de ses techniques et de la durée du traitement qu'il met en œuvre. **Cette autonomie se traduit par une liberté d'organisation très différente du management infirmier, se rapprochant davantage de l'organisation du corps médical.**

L'encadrement de proximité doit donc être adapté et en adéquation avec les réalités du terrain. C'est pourquoi celui-ci **doit être assuré par un cadre issu de la filière rééducation.**

Par ailleurs, **les kinésithérapeutes ne doivent plus relever d'une hiérarchie infirmière.** C'est pourquoi les décisions concernant le personnel de rééducation doivent toujours associer un kinésithérapeute, que ce soit au sein des pôles ou des directions des soins.

En effet, une hiérarchie paramédicale protocolaire n'est pas compatible avec un métier indépendant et empreint d'initiatives et de diversité au bénéfice de l'institution hospitalière et des patients traités.

Cette spécificité de pratique, proche du fonctionnement médical est d'ailleurs reconnue par la loi :

- Diagnostic kinésithérapique (article L. 4321-1 du CSP)
- Réalisation d'actes médicaux prescrits par un médecin (article L. 4321-1 du CSP)
- Autonomie dans la prise en charge des patients : choix des techniques, quantification des séances... (arrêté du 22 février 2000)

Les kinésithérapeutes doivent également pouvoir être nommés responsables de centres d'activités ou d'unités fonctionnelles spécifiques : plateaux techniques de rééducation, équipes de rééducateurs...

b. Une représentation institutionnelle en adéquation avec les rôles et missions

Les acteurs de la rééducation, de par leur faible effectif, et par raréfactions des cadres de santé et directeurs issus de cette filière **sont sous représentés dans les instances hospitalières.** En tant que partie prenante de la prise en charge médicale des patients, ils doivent pouvoir être représentés en Commission Médicale d'Établissement (CME) et participer aux sous-commissions.

c. Permettre aux kinésithérapeutes de la fonction publique hospitalière de participer aux missions de recherche et de formation

Il est souvent difficile pour les masseurs-kinésithérapeutes salariés de concilier leur pratique clinique avec leurs missions de formation et de recherche. **Considérés comme « non prioritaires » par les directions des soins, elles sont souvent réalisées sur le temps libre.** Pourtant, la formation et la recherche sont des missions essentielles du service public. Les kinésithérapeutes hospitaliers exercent dans des secteurs hautement spécialisés et **forment les étudiants** : l'actualisation de leurs connaissances est donc primordiale. De plus, ils sont les seuls à pouvoir **concourir à la recherche clinique en kinésithérapie**, gage de l'assise de la pratique sur des bases factuelles, de la qualité des soins et de la sécurité des patients.

Les psychologues bénéficient de temps « FIR ». Cette possibilité pourrait être une solution : une partie du temps de travail est consacré à l'actualisation des connaissances, la réalisation de travaux de recherche, la collaboration à des actions de formation ainsi que l'accueil d'étudiants en effectuant un stage hospitalier.

d. Reconnaître le tutorat

L'encadrement des étudiants est une responsabilité qui nécessite **une formation adaptée et du temps à y consacrer**.

La formation des étudiants, mission à part entière des kinésithérapeutes hospitaliers, doit faire l'objet d'un temps dédié. En effet, c'est en leur dégageant du temps que les kinésithérapeutes pourront participer efficacement à la formation des futurs professionnels. **Ces missions doivent être valorisées en formant et en indemnisant les tuteurs de stage.**

e. Gouvernance des instituts de formation

La gouvernance des instituts de formation intégrés dans un centre hospitalier ne permet pas de rapprocher la formation et la recherche, lien pourtant essentiel pour garantir une formation actualisée, basée sur la science. **Les chercheurs et enseignants-chercheurs kinésithérapeutes n'ont légalement pas la possibilité d'occuper des postes de formateurs en institut de formation.**

En effet, la gouvernance actuelle privilégie les cadres de santé et les directeurs des soins, selon le modèle hospitalier public.

Cette situation limite les débouchés professionnels des kinésithérapeutes qui disposent d'un haut niveau de formation universitaire et prive les instituts de formation de précieuses ressources.

f. Sécuriser le statut des étudiants en masso-kinésithérapie

En 2015, la réforme de la formation initiale a rallongé la durée des études. L'organisation de la formation initiale sur deux cycles a permis de garantir un socle minimum de compétences acquises par les étudiants en fin de premier cycle.

Il devient alors possible d'organiser, par un statut particulier, l'autonomie préprofessionnelle des étudiants qui auraient alors la possibilité d'exercer certains actes au cours du second cycle des études de kinésithérapie. En dehors des périodes de stages, ce statut leur permettrait également d'obtenir une source légale de revenu, pour financer le coût élevé des études kinésithérapie et **d'éviter ainsi toute dérive d'exercice illégal de la profession par des non diplômés dans un contexte de pénurie.**

Recommandation 10 : *Créer une filière de rééducation cohérente, avec une autonomie vis à vis de la filière infirmière, et dotée de sa propre hiérarchie.*

Recommandation 11 : *Permettre à un kinésithérapeute d'être nommé responsable de certaines unités fonctionnelles en lieu et place d'un praticien hospitalier.*

Recommandation 12 : *Intégrer les kinésithérapeutes à la commission médicale d'établissement (CME).*

Recommandation 13 : *Créer un statut particulier pour les étudiant en kinésithérapie.*

Recommandation 14 : *En plus de leurs missions cliniques, doter les kinésithérapeutes d'un temps de formation, information, recherche, à l'image de ce qui se pratique pour les psychologues.*

Recommandation 15 : *Institutionnaliser une formation au tutorat et indemniser les tuteurs de stage.*

Recommandation 16 : *Réformer la gouvernance des instituts de formation en masso-kinésithérapie pour permettre aux kinésithérapeutes titulaires de diplômes universitaires (Masters, Doctorats, et HDR) d'enseigner ou de diriger un institut.*

4. Les perspectives de carrière

a. Une évolution de carrière possible par le changement de grade :

- **Les kinésithérapeutes de premier grade** exerceront les activités de **prise en charge clinique, de prévention et participent à la recherche** qui relèvent de leurs compétences. Ils participeront à l'encadrement des étudiants et au tutorat.

- **Les kinésithérapeutes de second grade** assureront des **fonctions cliniques et de coordination**.
 - *Fonctions cliniques* : kinésithérapeutes ayant développé une expertise reconnue par l'expérience et des formations spécifiques. Ils sont reconnus comme référents dans ces domaines.
 - *Fonction de formation* : ces kinésithérapeutes participent de droit à la formation initiale et sont responsables des stages hospitaliers.
 - *Fonctions de coordination* : ils peuvent être investis de responsabilités fonctionnelles en matière de coordination, de formation et d'encadrement d'équipes de rééducateurs. Ils assistent, le cas échéant, le praticien responsable d'un plateau technique de rééducation pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de leurs compétences. **Ils peuvent enfin être nommés responsables d'unités fonctionnelles en rapport avec leurs compétences et leur expertise.**

b. Une évolution de carrière possible par la reconnaissance et la valorisation de la recherche en kinésithérapie

Les chercheurs kinésithérapeutes titulaires d'un doctorat, sont confrontés à un choix difficile : poursuivre vers une carrière universitaire et abandonner la clinique, ou renoncer à l'université pour continuer à pratiquer.

En effet, **il n'existe pas dans la fonction publique hospitalière de statut « hospitalo-universitaire »**. Pourtant, rester au contact des malades est l'un des fondements de la recherche clinique pour rester en cohérence avec les attentes du terrain.

Les seuls postes à responsabilités auxquels peuvent accéder les kinésithérapeutes avec un haut niveau de formation universitaire sont, après de longues et difficile négociations, **des fonctions d'encadrement, dévolues aux cadres de santé, qui ne correspondent pas aux besoins de la recherche et des chercheurs.**

La création d'un statut hospitalo-universitaire permettrait de reconnaître la recherche clinique en kinésithérapie, de la sortir de l'ombre et de la valoriser auprès des institutions, des étudiants et des professionnels.

Un grade spécifique de bi-appartenant doit donc être créé pour les kinésithérapeutes chercheurs. Consacré pour développer et reconnaître la recherche clinique en rééducation, ce grade permettrait un rattachement à l'Enseignement supérieur et de la Recherche de manière concomitante à leurs missions en CHU.

Ce modèle, comparable à celui des praticiens hospitaliers verrait l'émergence d'un corps d'enseignants-chercheurs hospitalo-universitaires en kinésithérapie.

La France pourrait alors rattraper son retard en matière de recherche en rééducation, pour améliorer la prise en charge des patients, et créer de la richesse par l'innovation en santé.

c. Une évolution de carrière possible par la diversification des activités

Le cumul d'activités dans la fonction publique hospitalière est encadré et limité.

Il doit être possible, afin de renforcer l'attractivité de la filière rééducation de partager son temps avec une activité libérale. Cette activité libérale pouvant également se pratiquer sur les plateaux techniques de rééducation, en dehors des heures d'ouvertures aux patients hospitalisés.

L'ancienneté acquise en milieu libéral, ou dans le privé doit être systématiquement reprise pour **encourager la mobilité des professionnels**.

Recommandation 17 : Créer plusieurs grades permettant d'accéder à des niveaux de responsabilité croissants en fonction du déroulement de carrière ou des titres obtenus.

Recommandation 18 : créer un statut de « clinicien-chercheur » permettant la double appartenance à la recherche universitaire et à la clinique sous forme d'un statut hospitalo-universitaire.

Recommandation 19 : assouplir les conditions de cumul d'activité et simplifier les démarches administratives nécessaires. Permettre aux kinésithérapeutes de réaliser un exercice privé à l'hôpital.

Recommandation 20 : Faciliter la mobilité entre secteur public, secteur privé et activité libérale par la reprise systématique de l'ancienneté acquise dans chacun des modes d'exercice.