



---

# CONTRIBUTION

---

**Pour un système de santé qui ne  
sacrifie pas sa future génération  
de professionnels**

**Novembre 2022**

# Sommaire

<b>I. Contexte des études de kinésithérapie</b>	<b>4</b>
A. En France	4
B. En Europe et ailleurs	5
<b>II. Les enjeux de santé</b>	<b>6</b>
A. La demande de soins	6
B. L'offre de soins en masso-kinésithérapie	8
C. L'importance d'agir	9
<b>III. Les Négociations conventionnelles</b>	<b>10</b>
A. Accès aux soins : une vision quantitative de l'offre de soin	10
B. La coercition : une solution non viable	11
<b>IV. Les solutions proposées</b>	<b>13</b>
A. Accès aux soins dans les zones sous denses	13
B. Attractivité du salariat	14
C. De nouvelles mesures incitatives	15
D. Une refonte de la NGAP	16
<b>Conclusion</b>	<b>16</b>

# Préambule

Les négociations conventionnelles ont débuté en Janvier 2022. Le seul but est de convenir à l'avenant 7. Onze mois plus tard, aucun accord n'a été trouvé : des tensions grandissent, les désaccords sont de plus en plus marqués et les propositions sont in fine coercitives.

La coercition apparaît comme la solution miracle face aux déserts médicaux, contraignant alors les kinésithérapeutes en étude dont l'avis n'est pas pris en compte. Le choix d'imposer aux personnes étudiants la kinésithérapie le poids des mesures coercitives permettant ainsi aux kinésithérapeutes installés de voir une augmentation de leur rémunération ne semble pas juste. Cela ne résoudra pas les problèmes actuels d'accès aux soins ainsi que les futurs enjeux de santé à venir.

Par cette présente contribution, voici quelques points de contextes exposant nos doléances et les solutions proposées dans cette impasse conventionnelle. Il s'agit de remettre un contexte afin de proposer des solutions viables pour le système de santé, la profession et les patients.

La Fédération Nationale des Étudiant·e·s en Kinésithérapie, représentant 12522 kinésithérapeutes étudiant la profession, est force de proposition pour que cet avenant soit un espoir d'amélioration profond de l'accès aux soins, et de nombreux enjeux dont la profession doit impérativement faire face.

# I. Contexte des études de kinésithérapie

## A. En France

Historiquement, l'après-guerre en 1945 a concrétisé l'existence de la profession de masso-kinésithérapie tant sur le besoin rééducatif que sur l'accompagnement vers l'autonomie du patient. À cet égard, le diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute a vu le jour en 1946, permettant ainsi aux étudiants et étudiantes ayant réalisés les deux années d'études d'en être titulaire<sup>1 2</sup>.

L'évolution des besoins en santé et du modèle de soins de la fin du XXe siècle, a engendré une adaptation de la formation en kinésithérapie. En ce sens, en l'espace de moins de soixante ans, la durée de formation s'est vue passée de deux années à cinq années de formation (arrêté du 2 septembre 2015)<sup>3</sup>. Cet allongement du temps d'études est justifié par la nécessité d'une montée en compétences du masseur-kinésithérapeute diplômé d'Etat (MKDE). Cela est alors en adéquation avec les besoins en santé de la population et la place grandissante du MKDE dans le système de soins.

Ainsi, les études de kinésithérapie permettent d'acquérir les compétences nécessaires pour réaliser un bilan clinique précis et adapté au patient afin de réaliser un diagnostic kinésithérapique, effectuer un triage efficace afin de réorienter vers d'autres professionnels de santé ou encore être un acteur clé de la promotion et de la prévention en santé.

Il est à noter que la réforme de 2015 a permis le développement de la recherche au sein de la formation permettant ainsi aux futurs MKDE d'avoir les compétences et les clés pour effectuer des soins basés sur les preuves scientifiques. Ceci constitue un devoir déontologique en vertu de l'article R4321-80 du Code de la santé publique<sup>4</sup>. Cet approfondissement des connaissances tiré de la recherche scientifique permet de prodiguer continuellement des soins adaptés à l'évolution actuelle des techniques kinésithérapiques et ainsi à participer aux enjeux de santé. En effet, en prenant l'exemple des patients atteints d'une lombalgie, le MKDE doit réaliser des soins actifs en prenant en compte l'aspect biopsychosocial du patient afin de lutter contre la chronicisation de la pathologie selon les recommandations de la HAS<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> [Loi n°46-857 du 30 avril 1946 ATION DE L'EXERCICE DES PROFESSIONS DE MASSEUR GYMNASTE MEDICAL, DE MASSEUR-KINESITHERAPEUTE ET DE PEDICURE - Légifrance](#)

<sup>2</sup> [Décret du 29 mars 1963 RELATIF AUX ETUDES PREPARATOIRES ET AUX EPREUVES DU DIPLOME D'ETAT DE MASSEUR-KINESITHERAPEUTE - Légifrance](#)

<sup>3</sup> [Arrêté du 5 septembre 1989 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute - Légifrance](#)

<sup>4</sup> [Article R4321-80 - Code de la santé publique - Légifrance](#)

<sup>5</sup> [Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune](#)

La formation de kinésithérapie est également davantage axée sur l'interprofessionnalité, permettant une meilleure utilisation des acteurs du système de soin. C'est en ce sens qu'a été créé en juin 2018 le Service Sanitaire pour les Étudiants en Santé (SSES) réunissant les futurs professionnels de santé dès la formation initiale dans l'objectif d'effectuer conjointement une action de prévention ou promotion de la santé<sup>67</sup>. A l'instar du SSES, la collaboration entre les IFMK et l'université s'intensifie avec la démarche d'intégration de la formation de kinésithérapie au sein de celle-ci. En effet, l'admission en IFMK commune aux autres filières de santé (médecine, maïeutique, odontologie et pharmacie) ainsi que les projets d'expérimentation vont en ce sens. C'est notamment face à ce constat de cette évolution consécutive de la formation que la kinésithérapie s'est vu conférer en juin 2021 dernier le grade master<sup>8</sup>.

En parallèle de cette évolution de la formation qui va dans le sens d'intégration universitaire, il reste néanmoins des décalages avec les autres formations de santé. En effet, aujourd'hui les conditions de vie des étudiants et étudiantes en kinésithérapie se dégradent avec des coûts de scolarité allant de 206,50€ à 9 800€. Cela induit une forte précarité étudiante obligeant leur endettement. Ces frais sont inégaux sur tout le territoire car ils sont dépendants des instituts de formation et du bon vouloir des régions au financement de la formation. De plus, les étudiants et étudiantes n'ont plus le choix de leur institut de formation, les frais de scolarité leurs sont imposés, ce qui cloisonne encore plus la précarité étudiante. Nombreux sont ceux qui font le choix de refuser la filière kinésithérapie à cause de ces frais de scolarité. Au vu du phénomène actuel, existerait-il un lien entre les frais de scolarité élevés et les places vacantes en IFMK cette année ? Cette situation pose question.

## B. En Europe et ailleurs

L'admission en IFMK commune aux autres filières de santé induit une plus grande difficulté d'accès à la filière de kinésithérapie. Cela a pour conséquence une augmentation importante d'étudiants français et étudiantes françaises voulant faire leurs études de kinésithérapie à l'étranger. En effet, l'entrée dans les études est plus simple et parfois même moins cher, ce qui leur permet d'accéder à la profession plus facilement. C'est pourquoi, la démographie des kinésithérapeutes français augmente de manière significative ces quinze dernières années. Un kinésithérapeute sur quatre a été diplômé à l'étranger contre un sur dix, il y a seize ans.<sup>9</sup>

---

<sup>6</sup> [Arrêté du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire pour les étudiants en santé](#)

<sup>7</sup> [Évaluation du service sanitaire des étudiants en santé - Rapport final](#)

<sup>8</sup> [Décret n° 2021-1085 du 13 août 2021 relatif au diplôme d'Etat de masseur kinésithérapeute conférant le grade de master - Légifrance](#)

<sup>9</sup> CNOMK. « RAPPORT 2020 SUR LA DÉMOGRAPHIE », 2020.

Afin que ces professionnels puissent exercer sur le territoire, une équivalence est donnée par le conseil de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Cette équivalence est délivrée alors que les compétences validées pendant leurs études ne sont pas les mêmes qu'en France. Des mesures compensatoires peuvent leur être demandées (oral, épreuve écrite ou stage). Les personnes diplômées à l'étranger se retrouvent officiellement à exercer sans le titre de MK afin d'obtenir leur équivalence. La question de la qualité des soins pratiqués par les kinésithérapeutes diplômés à l'étranger peut être posée.

En revanche, ils contribuent à pallier le déficit en kinésithérapeute en salariat. En effet, selon la DREES <sup>10</sup>, 32% des kinésithérapeutes étrangers exercent en salariat à la suite de leur équivalence contre 13% des diplômés français. L'attractivité des structures de soins pour les kinésithérapeutes diplômés français est remise en cause.

En allant plus loin géographiquement, le métier de kinésithérapeute n'est pas le même d'un pays à l'autre. En effet, le rôle du physiothérapeute (nom générique donné dans les autres pays) est différent du kinésithérapeute français. L'Australie et le Royaume-Uni ont été les premiers pays à avoir introduit le physiothérapeute en accès direct. Dans d'autres systèmes comme en Belgique, Pays-bas, Suède, Etats Unis, Norvège, Canada, Jamaïque, Singapour, Afrique du Sud et Autriche, le physiothérapeute est au cœur du système de soin avec un rôle de triage dans les services d'urgences, de prise en charge de premier recours pour les pathologies musculo-squelettiques, de prescription d'examens complémentaires d'imagerie médicale, de réalisation de plâtre ou encore d'injection sous-cutanée. <sup>11</sup>

En France, de nombreuses évolutions sont encore à mener pour donner sens au métier de kinésithérapeute pour qu'il soit acteur d'un système de santé plus efficient.

## II. Les enjeux de santé

### A. La demande de soins

Ces dernières années, la demande de soin ne cesse d'augmenter avec l'évolution de la prise en charge des pathologies et une meilleure reconnaissance de celles-ci. Or avec cette demande grandissante, un fossé se creuse de plus en plus en

---

<sup>10</sup>DREES. « Evaluation de la DREES sur l'offre de soin en kinésithérapie », 2018.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1075.pdf>.

<sup>11</sup> Demont, A., J. Quentin, et A. Bourmaud. « Impact des modèles de soins intégrant l'accès direct à la kinésithérapie dans un contexte de soins primaires ou d'urgence pour les patients présentant une affection musculosquelettique : revue de la littérature ». *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 68, n° 5 (septembre 2020): 306-13. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2020.08.001>.

fonction des territoires. En effet, l'accès au soin est différent selon le lieu géographique. Pour avoir un accès aux soins adéquat, il faut 4 notions primordiales : la sensibilité (reconnaissance des besoins de soins), la disponibilité, l'accessibilité financière et l'acceptabilité (capacité à offrir des soins avec un minimum de qualité acceptable pour que le soin soit dispensé). Si ces 4 notions ne sont pas respectées, l'accès aux soins ne peut être pleinement rempli.

Aujourd'hui beaucoup de territoires français n'ont pas un accès aux soins satisfaisant, ce qui peut s'expliquer par un système de santé qui devient de plus en plus complexe. Le cloisonnement des compétences de la multitude des acteurs du système de santé engendrent une perte d'efficacité notable laissant le patient dans un parcours de santé devenu illisible.

Par ailleurs, cette augmentation de la demande de soins entraîne une hausse sans précédent des coûts de santé. La consommation de soins représente 9,1% du PIB français en 2021. Cette hausse est en corrélation avec le vieillissement de la population notamment, mais aussi avec une forte augmentation des troubles musculo-squelettiques et des pathologies chroniques engendrant des arrêts de travail.

La combinaison d'un parcours de soin complexe, d'un cloisonnement des compétences des professionnels de santé, d'une augmentation et de la reconnaissance des pathologies ainsi qu'une population vieillissante entraîne des coûts de santé importants. Le système de santé mérite d'utiliser les outils dont il dispose afin qu'il puisse répondre aux enjeux menaçants.

Afin de désengorger le système de santé et de baisser les coûts de santé, un virage ambulatoire et une politique de prévention à grande échelle semble primordiale. La prévention est un élément clé afin de répondre aux besoins de la population et ainsi limiter l'installation de certaines pathologies (les troubles musculo-squelettiques notamment). De plus, le maintien à domicile semble aussi être une solution pour désengorger les hôpitaux qui à l'heure actuelle sont saturés.

A travers ces enjeux de santé, les kinésithérapeutes semblent avoir un rôle important à jouer. A travers la diversité de leur compétence, ils s'inscrivent pleinement dans une dynamique de soins ambulatoires. Cette profession peut permettre de répondre, en collaboration avec les autres acteurs de santé, aux enjeux de santé et de réduire les coûts de santé. Ce sont des acteurs majeurs de la prévention et promoteurs de la santé. Par leur capacité à prendre en charge précocement les troubles musculo-squelettiques afin de diminuer le risque de chronicisation, à effectuer des prises en charge post-opératoires ambulatoires (et protocole RAAC) ou bien à prendre en charge des bronchiolites dans des cabinets de ville (environ 95% des enfants ne nécessitent pas une hospitalisation), les kinésithérapeutes permettent un réel désengorgement des urgences et des cabinets médicaux. Ce sont des acteurs essentiels de ce tournant du système de santé.

## B. L'offre de soins en masso-kinésithérapie

A l'heure actuelle, l'offre de soins en kinésithérapie est hétérogène sur le territoire. Pour pallier cela, l'avenant 5 signé entre la CNAM et les syndicats de la profession a permis en 2017 la mise en place du zonage des kinésithérapeutes sur le territoire. Il permet de catégoriser 5 zones en fonction de la quantité d'offre de soins par rapport à la densité d'habitants en fonction de l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée. Ce zonage a eu pour conséquence un cloisonnement de 12,5% du territoire français en zone très dotée ou sur dotée induisant une limitation d'installation des kinésithérapeutes avec la règle d'un départ pour une arrivée.

A l'inverse, 12,5% du territoire a été classé en zone sous dotée ou très sous dotée pouvant permettre aux kinésithérapeutes d'être éligible à certaines aides d'installation pour pallier à ces déserts médicaux. Depuis 2017, ces cartographies de zonage n'ont pas été réévaluées engendrant alors certains déficits dans des territoires très dotés notamment dans des quartiers dits "défavorisés". Selon la CNAM, l'effectif de kinésithérapeutes sur le territoire est beaucoup trop élevé alors que les listes d'attente dans les cabinets de ville ne cessent d'augmenter. Le besoin de soins en kinésithérapie augmente mais bien que son offre soit déjà en tension et insuffisante, elle serait encore menacée d'être davantage réduite par ces négociations conventionnelles.

Comparativement aux pays européens, le nombre de kinésithérapeutes en France est de 12,6 pour 10 000 habitants contre 16,55 pour 10 000 habitants en Allemagne, 20,8 pour le Danemark, 24,3 pour la Finlande et 25,8 pour la Belgique. La question du surplus de kinésithérapeute en France peut se poser quand les pays européens en ont un nombre plus important.

A l'instar de l'augmentation de demande soin, du contrôle d'installation voulu par la CNAM, le métier de kinésithérapeute est en perpétuelle évolution. Avec l'obligation de formation continue tout au long de sa carrière, le kinésithérapeute devient de plus en plus spécialisé dans un domaine. Cette "spécialisation" engendre une augmentation de la qualité du soin induisant une baisse de consommation de soin, par des prestations plus efficaces. Le Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes (CNOMK), reconnaît actuellement 16 spécificités du métier allant de la kinésithérapie en gériatrie à la kinésithérapie du sportif en passant par la pédiatrie, la maxillo-faciale, l'uro-gynécologie, la douleur...

Cet élan de spécialisation du kinésithérapeute est en contradiction avec la limitation d'installation. De la même manière que le CNOMK, la CNAM reconnaît des spécificités qui sont moins nombreuses. Ces spécificités constituent un motif de dérogation à l'installation dans les zones très et sur-dotées. Par conséquent, certains kinésithérapeutes ayant une spécialisation ne peuvent pas s'installer dans ces zones car leur spécificité n'est pas reconnue. C'est une perte de chance de soin pour des patients dans le besoin au sein de ces zones.

En complémentarité à la spécificité du kinésithérapeute, les pratiques actuelles de la kinésithérapie évoluent. L'apparition d'exercice mixte, la diminution des horaires de travail ainsi que l'augmentation du temps de prise en charge par patient diminuent le quota de patients pris en charge par jour. Le nombre de kinésithérapeutes sur le territoire ne correspond plus à l'offre qu'ils proposent.

Avec cet élan d'évolution, de nouvelles tâches sont accordées au kinésithérapeute. En effet, avec un esprit de décloisonnement du système de santé, la loi HPST (2009) a permis une dynamique de coopération entre les différents professionnels de santé ; la loi de modernisation de système de santé (2016) a permis de mettre en évidence l'exercice coordonné avec l'élaboration en 2019 de protocole de coopération pluriprofessionnels afin d'améliorer l'efficacité de la prise en charge du patient. La loi RIST (2021) permet une expérimentation de l'accès direct, repris en 2022 à travers le PLFSS.

Toutes ces avancées ont pour but d'améliorer la prise en charge du patient et permet au kinésithérapeute de monter en compétence. Mais ces avancées sont trop lentes et trop restrictives pour que cela puisse agir directement sur le système de santé.

En parallèle de ces évolutions, la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) se veut assez complexe et rétrograde. Cela s'explique par une NGAP trop peu valorisante ne suivant pas le virage évolutif de la profession, une non reconnaissance de l'éducation (couplée à de la prévention) apportée au patient ainsi que de son autonomisation. De plus, elle se veut restrictive dans le temps, en limitant les séances à 30 minutes alors que la plupart des patients restent plus longtemps dans les cabinets. Par ailleurs, les actes se trouvent aussi cloisonnés et dépendants d'une prescription médicale qui souvent ne correspond pas au bilan diagnostic kinésithérapique. Une NGAP plus souple permettrait une adaptation plus facile du professionnel envers son patient.

## C. L'importance d'agir

La CNAM propose des solutions via l'avenant 7 pour faire avancer la situation des kinésithérapeutes français : une augmentation de 0,6 de l'AMS 7,5 et 9,5 ; une augmentation de l'acte de balnéothérapie de 2,5 à 2,7 ; un passage de l'indemnité forfaitaire de 2,5 à 4 euros pour les domicile et la création d'un forfait domicile ; une aide de 30 000 euros pour une néoinstallation en zone sous dense pour les jeunes diplômés. De plus, elle propose une création de 3 actes dans la NGAP : réentraînement à l'effort chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque (AMK 20), rééducation à destination des enfants polyhandicapés (AMK 9) et le dépistage de la fragilité chez les personnes âgées (AMK 10).

En contrepartie de ces avancées, un nouveau zonage en 3 zones est proposé : les zones sur-denses qui vont représentées plus de 40% de la population française avec la règle d'un départ pour une arrivée ; les zones intermédiaires qui concerne 45% de la population ; et les zones sous denses représentant 15% de la population. Cette proposition de durcissement de la répartition s'accompagne d'une mesure coercitive à destination des jeunes diplômés ; l'accès au conventionnement sous condition d'un exercice préalable en salariat ou en zone sous-dense pendant 3 ans. Une aide de 30 000 euros sur 3 ans sera proposée pour une néo-installation en zone sous dense.

L'avenant 7 se doit d'être axé vers les patients et vers les thérapeutes. Il permettra une réorganisation des soins ainsi qu'une importance politique sur le long court. Or ce qui est proposé par la CNAM ne sont que des mesures coercitives et vont dans le sens contraire des besoins de la population générale. En effet, il y aura un plus grand désintérêt du salariat qui ne sera qu'une contrainte pour les futurs diplômés, un impact psychologique et mental pour les professionnels de santé qui ne pourront plus s'installer où ils le souhaitent ainsi qu'un risque d'augmentation du déconventionnement avec la sécurité sociale. Ce déconventionnement laisse libre court aux dérives thérapeutiques et aux inégalités de santé.

Ces évolutions enchaîneront les kinésithérapeutes dans un cercle vicieux. Il y aura une demande de soin en constante augmentation, un cloisonnement des professionnels de santé, une limitation des augmentations de la rémunération... Par ailleurs, malgré l'inflation nationale de la vie courante, les kinésithérapeutes n'ont pas vu d'augmentation de leur rémunération depuis plus de 10 ans mais une montée de mesures coercitives. Ainsi la profession se retrouve dans une impasse, des solutions durables pour tous doivent être trouvées.

### III. Les Négociations conventionnelles

#### A. Accès aux soins : une vision quantitative de l'offre de soin

Depuis l'ouverture des négociations conventionnelles début 2022, les propositions démographiques ayant été mises sur la table sont : une augmentation de 27,5% des zones très et sur dotées correspondant à 58% de la population des masseurs-kinésithérapeutes (ils seront soumis à la règle d'un départ pour une arrivée) ; une réduction du nombre de conventionnement donné par an ; la création de zones ultra-dotées et une suppression de la dérogation d'installation.

L'augmentation des zones très et sur-dotées entrainera des difficultés d'accès aux soins car il existe des disparités au sein de ces territoires. Cela ne ferait qu'aggraver le phénomène de listes d'attente et de la difficulté à assurer la continuité des soins. Une réévaluation régulière et fréquente du zonage et des besoins réels de soins à l'échelle locale serait nécessaire avant de proposer une telle restriction de l'offre de soin sur de si grandes zones.

L'une des mesures ayant été proposée au cours des derniers mois a été la réduction du conventionnement sur le territoire. Elle correspond à une vision purement quantitative de l'offre de soin de la part de la CNAM. En effet, en France il n'y a pas d'excès de kinésithérapeutes, au contraire il est bien en dessous de la moyenne européenne. Le fait de vouloir réduire ce nombre serait un réel danger pour l'accès aux soins. Par ailleurs, les professionnels actuels changent leur mode de vie et volonté d'exercice pour en finir avec les journées à rallonge. Il y a dès lors moins de créneaux de rendez-vous disponibles pour les patients, donc diminuer le nombre de conventionnement impliquerait une augmentation des temps d'attente de premier rendez-vous pour les patients. Cette limitation de conventionnement engendre alors un nouveau numéris clausus à la sortie des études, chose qui a été supprimée pour l'entrée en étude de kinésithérapie, injuste pour les jeunes diplômés français qui se retrouveront alors en concurrence avec les diplômés étrangers.

La réduction de l'attractivité du métier ainsi que le conventionnement ne semblent avoir qu'un seul but : économique. L'intention d'amélioration de l'accès aux soins sur le territoire français ne transparait pas suffisamment dans les propositions et les mesures annoncées. Cette démographie croissante est une chance dont le système de santé doit se saisir pour utiliser ces ressources afin de répondre aux futurs enjeux de santé.

Par ailleurs, la création de zones ultra-dotées sans évaluation des réels besoins sur le territoire combinée à la suppression des dérogations d'installation est dangereux pour le parcours de soin du patient. En effet, la CNAM a proposé de prendre les 5% des zones les plus dotées sur le territoire pour interdire toute nouvelle installation y compris le remplacement des départs. Cela aura pour conséquence une difficulté grandissante d'accès aux soins dans les zones les plus dotées avec une augmentation du temps d'attente pour les patients pouvant inverser la tendance très rapidement : ces zones deviendront des zones sous-dotées en peu de temps. De plus, la problématique de la continuité des soins est à soulever. La difficulté de remplacement d'un confrère sera trop importante. La suppression des dérogations est une aberration, il n'y aura aucune réponse aux besoins spécifiques des patients sur le territoire. Cette proposition illustre bien l'ignorance totale de la qualité de prise en charge des patients dans l'équation des négociations conventionnelles.

## **B. La coercition : une solution non viable**

Durant les derniers échanges de ces négociations conventionnelles, la CNAM propose un conditionnement d'accès au conventionnement à 3 ans d'exercice préalable en zone sous dense ou en salariat pour les futurs professionnels à partir de 2027.

Cette proposition a évolué et la condition en juillet était de 2 ans en salariat quand l'enveloppe budgétaire allouée à ces négociations était moins volumineuse. Malgré le désaccord des syndicats, la CNAM persiste dans cette idéologie de coercition et durcit ses propositions à mesure qu'elle augmente l'enveloppe.

Pourquoi contraindre le mode d'exercice ? Pourquoi cela n'est pas viable ? Pour une raison majeure qu'est le poids financier que représentent les études de kinésithérapie. 30% des étudiants et étudiantes contractent des prêts bancaires pour leurs études. Les conditions de vie kinésithérapeutes en étude ne sont pas propices à leur faire endosser une contrainte post-diplôme, alors même qu'ils s'engagent dans la vie active en ayant déjà une situation financière complexe.

De plus, imposer un lieu d'exercice contraint au jeune diplômé l'incite à quitter son territoire. Cette mobilité forcée implique de quitter la ville de l'IFMK ou même le foyer familial quand le revenu est insuffisant, engendrant de nouvelles dépenses. Selon le sondage diffusé<sup>12</sup>, les crédits et les prêts étudiants représentent une contrainte d'installation chez 17,9% des futurs jeunes professionnels. Trop d'étudiantes et étudiants sont soumis à un contrat d'installation, n'ayant pas le choix de leur future installation. La coercition est financièrement impossible pour les futurs kinésithérapeutes diplômés d'État.

Ensuite, il faut prendre en considération les situations personnelles à qui la CNAM souhaite imposer la coercition. Le public ciblé concerne des jeunes kinésithérapeutes fraîchement diplômés, pour la plupart âgés de 25 ans, entrant dans la vie active. Ils souhaitent bâtir leur foyer, se construire une toute nouvelle vie sociale et sont encore fortement attachés à leur réseau de vie étudiante.

En témoignent les étudiants à travers ce questionnaire ; sur 1065 participants , 32,2% se disent contraints dans le choix de leur lieu d'installation par une situation amoureuse et 19,7 % par une situation familiale. Éloigner les étudiants et les étudiantes des bassins de vie est non viable pour préserver la santé mentale des professionnels de santé, comme l'a montré la crise du covid induisant un isolement social majeur.

L'entrée en vie active chez le kinésithérapeute s'exprime par une volonté d'affiner son projet professionnel. Le choix du lieu d'installation en début de carrière est marqué par une volonté des jeunes diplômé-es à poursuivre leur formation et à discerner une ou des spécificités dans lesquelles ils vont poursuivre leur cursus. C'est aussi une raison majeure retrouvée dans la mobilité des jeunes DE dans les 10 premières années d'exercice, raison motivée par la volonté d'augmenter la qualité de leur soin. (A 5 ans après le diplôme, 69,5% souhaitent changer de mode d'exercice. A 10 ans après le diplôme, 51% souhaitent changer de mode d'exercice). Le choix de la spécificité du projet professionnel représente une contrainte d'installation chez 20% des étudiants. Ainsi pour discerner au mieux leur spécificité d'exercice, les jeunes DE

---

<sup>12</sup> Afin de mieux comprendre la situation des étudiant·e·s et des professionnel·le·s en kinésithérapie, la FNEK a voulu réaliser un sondage afin de savoir la volonté des étudiants sur leurs futurs ou présents modes d'exercice. Les questions étant réparties en plusieurs catégories entre :

- les modes d'exercices
- L'installation géographique
- Les informations de l'étudiant
- Et leurs avis sur les négociations conventionnelles

La FNEK, au côté de sa commission perspectives professionnelles, a récolté 1065 résultats. avec des résultats répartis entre des professionnels (133 professionnel·le·s) et des étudiants (930).

Les résultats illustreront les différentes parties de la contribution

souhaitent majoritairement avoir le statut de remplaçant (54,8 %). Contraindre ces jeunes professionnel·le·s de santé à un lieu ou à un mode d'exercice reviendrait à fermer la porte à cette évolution et à la poursuite de formation. Ces contraintes risquent d'amener à une baisse de la qualité des soins, engendrant un coût supérieur à la société.

L'obligation du secteur d'exercice, et particulièrement le secteur salarial, aura un impact majeur, mais à l'inverse de celui recherché. Nous sommes profondément assurés qu'une obligation à un secteur d'exercice engendrera un désintérêt immense pour le secteur et pour le métier. Des professionnels forcés feront un travail d'une qualité moindre. Le rôle du kinésithérapeute à l'hôpital est drastiquement différent de celui du kinésithérapeute de ville ou libéral. Si ce n'est pas le même métier, alors les profils des kinésithérapeutes salariés sont aussi bien différents de ceux du libéral, notamment sur le projet professionnel, parfois bien déterminé depuis les études. De ce fait, que la mesure soit de 2 ans ou 3 ans d'obligation salariale, une coercition ne favorisera que le turn-over constant des équipes de soins, au détriment, une fois de plus, de la qualité des soins.

## IV. Les solutions proposées

### A. Accès aux soins dans les zones sous denses

La démographie croissante est une chance dont la profession doit se saisir pour développer de nouveaux modes d'exercices afin d'améliorer l'accès aux soins. La FNEK est en faveur de la mise en place de l'accès direct à tous les kinésithérapeutes et sur tout le territoire. La FNEK soutient également l'expérimentation des kinésithérapeutes aux urgences effectué en île-de-France, ainsi que le développement des équipes de soins primaires. Ce découplage du système, en prenant exemple sur les systèmes étrangers où le kinésithérapeute possède déjà un rôle essentiel dans les soins primaires (cf. partie II), résonne pour nous, futurs professionnels, comme la pierre angulaire du désengorgement de l'offre de soins primaires. L'ensemble des étudiantes et étudiants sont prêts à s'investir dans une évolution du rôle du kinésithérapeute pour que leurs compétences soient pleinement investies afin de permettre une meilleure prise en charge du patient. Une économie profonde des coûts de santé sera permise par une optimisation des ressources sur le territoire. Il est essentiel de donner aux kinésithérapeutes la liberté et le moyen d'améliorer l'efficacité du système. Au lieu d'une régulation de l'offre, déjà en tension au sein de toutes les zones, il serait plutôt nécessaire de permettre aux professionnels déjà sur ces territoires d'exploiter pleinement leur compétence au service d'un accès aux soins primaires. Cela ne passera donc pas par la coercition, mais bien une modification du rôle du kinésithérapeute au sein du système de santé.

Cette volonté passe notamment par le besoin ressenti chez les étudiantes et étudiants d'exercer en pluridisciplinarité, contrastant avec la pratique libéral isolée majoritaire sur le territoire. Les patients doivent être remis au cœur du système et doivent avoir le choix du professionnel consulté. Nous proposons une incitation à s'installer au sein de structure d'exercice coordonné (Maison de santé et communauté pluriprofessionnelle territoriale de santé), particulièrement dans les zones sous et très sous dotées.

Parallèlement à cette incitation en zone sous dotées, nous demandons une réévaluation fréquente, régulière et fine des besoins de soin afin que les professionnels puissent se saisir des opportunités et répondre aux enjeux spécifiques des territoires.

Une solution apportée pour augmenter l'attractivité des zones sous dotées est de rendre le caractère obligatoire d'un stage de formation initiale au sein de ces zones. Ce stage permettra aux futurs professionnels d'expérimenter l'exercice en milieu rural ou défavorisé, et de les sensibiliser à la problématique de l'accès aux soins d'une manière concrète. Ils pourront alors découvrir la qualité de vie et les avantages, et rendra davantage attractif ces lieux d'exercices. Le jeune professionnel pourra faire le choix d'exercer au sein de ces zones puisqu'il y sera davantage attaché par son expérience de stage et sensibiliser aux besoins locaux qui y résident. Nous mettons un point de vigilance pour que ces stages soient nécessairement accompagnés de logement et d'indemnité de transport, pour que ça ne soit pas un poids financier pour l'étudiant.

## B. Attractivité du salariat

Au fil des années, l'activité salariale ne semble pas le premier choix d'exercice pour les néo-diplômés. En effet, le déficit de kinésithérapeute se fait ressentir au sein des structures de soins. La question de l'attractivité du salariat se pose.

Pour illustrer ce manque, des étudiants et étudiantes ainsi que des néo-diplômés ont été interrogés via un questionnaire sur leur volonté de travailler en salariat suite à leurs expériences de stages. Ce qui inciterait les néo-diplômés à faire du salariat c'est une meilleure situation familiale ou personnelle avec une qualité de vie meilleure ainsi qu'un environnement social plus enrichi, une charge mentale administrative moins importante, un exercice pluriprofessionnel facilité avec une reprise des études facilités. En revanche, dans les freins à l'exercice salarial, le levier économique ainsi que les possibilités de carrières sont moins présents. En effet, un masseur-kinésithérapeute exerçant en salariat aura une rémunération moins importante qu'en libéral mais cela va en corrélation avec le temps passé au travail. Par ailleurs, en libéral il est plus facile de réaliser des formations continues dans le domaine souhaité plutôt qu'en salariat.

Le salariat a un atout majeur qui est la qualité de vie qu'il offre au futur professionnel de santé. Mais cette qualité de vie meilleure est occultée par une rémunération moins importante, une moins bonne reconnaissance au sein de la profession ainsi qu'un planning moins aménageable.

Parmi les facteurs de non-attractivité du secteur salarial, le ressenti post-stage apparaît en majorité comme un critère de refus ou de frein. Il en vient de soit, pour augmenter l'attractivité, de se questionner sur les critères spécifiques à améliorer au sein de ces stages. En analysant les autres critères relatés comme étant des freins au choix de ce secteur il est retrouvé le levier économique, la possibilité d'évolution de carrière, et faiblement les conditions de travail (qualité des PEC, emploi du temps, possibilité d'être remplacé, mobilité, éthique, valorisation des compétences). À l'instar des autres systèmes étrangers où le kinésithérapeute est une pierre angulaire du désengorgement du secteur salarial, nous incitons le gouvernement à permettre une valorisation des compétences du kinésithérapeute, par son rôle et sa liberté d'action ainsi que l'évolution de carrière possible au sein de ce secteur.

Le développement de l'exercice mixte attire les futurs diplômés. Seulement ce type de pratique n'est possible que dans le secteur privé et non autorisé par décret dans le secteur public. Pourtant, il correspond à un bon équilibre entre l'activité professionnelle salariale et la liberté allouée au professionnel de compléter son activité par la réalisation d'actes libéraux. Les plateaux techniques des institutions fermant pour la majorité entre 16 et 17h, ils sont donc inutilisés après cet horaire, alors que les professionnels seraient volontaires pour adopter le statut de libéral et d'augmenter leur offre de soin s'ils avaient la possibilité légale d'utiliser ce matériel de qualité à disposition. Cette diversification d'exercice permettrait sans aucun doute d'augmenter l'attractivité du salariat, et l'offre de soin que produit un professionnel salarié tout en développant l'exercice de proximité. Le cumul de ces deux statuts devrait être possible avec un avantage de rétrocession basse ou nulle, et du cumul des cotisations (carpimko et retraite public). L'exercice mixte serait aussi bénéfique pour permettre l'augmentation des hospitalisations et maintien à domicile (HAD).

### C. De nouvelles mesures incitatives

La majeure partie des jeunes diplômés s'oriente vers des remplacements. Pour permettre la continuité de ces remplacements pour des raisons de qualités de soins évoqués précédemment, la mise en place d'une mesure incitative à effectuer des remplacements en zone sous dotées et très sous dotées lors des premières années d'exercice peut être proposée. Cela permettrait de remplacer les professionnels en difficultés sur ces zones (épuisement, excès de tâches) mais aussi de faire découvrir les territoires sous-dotés aux néo-diplômés avec l'approche spécifique de la "médecine de proximité", tout en leur laissant un choix plus libre d'installation en respectant l'actuellement démographie et mobilité des jeunes professionnels. Cette

mesure incitative serait utile pour lutter contre la précarisation du statut de remplaçant. Elle serait sous forme d'aide financière majorée pour les longs remplacements.

Dans cette même lignée d'augmentation de l'attractivité des zones sous denses, la mise en place d'une prime à l'exercice en zone sous dense, compensable avec les contrats d'aides existant, mensuellement versés et inversement proportionnels aux besoins de soin du territoire peuvent être mises en place.

## D. Une refonte de la NGAP

La NGAP mérite d'être drastiquement assouplie. Elle doit s'adapter aux politiques de santé actuelle et se tourner vers davantage d'actes de prévention et de suivi. Il serait bénéfique pour le système de santé que les kinésithérapeutes puissent pleinement se saisir de ce rôle par la création d'un forfait de suivi du patient. Il permettrait au patient de consulter à rythme régulier mais de manière espacée, selon l'évolution de sa pathologie, pour maximiser son autonomisation tout en veillant à son suivi. Une refonte de la nomenclature permettra aux kinésithérapeutes de moduler la durée des séances sans être contraint par les 30 minutes imposées par la convention, et ainsi réaliser des séances efficaces avec une qualité supérieure. Le kinésithérapeute, devenu un acteur central de la prévention primaire, secondaire et tertiaire, devrait essentiellement voir une valorisation de sa capacité de prescription d'activité physique adaptée, ainsi qu'une valorisation de la prescription de substitut nicotinique.

Une valorisation de la prescription, peut-être permise par la loi n°2021-502<sup>13</sup> et par l'incorporation dans la formation initiale de connaissances en pharmacologie notamment de substitut nicotinique / pour des produits de santé comme dans antalgiques de palier 1, aurait pour conséquence de mieux mettre en lumière toutes les facettes de la prévention auprès du kinésithérapeute.

Cet assouplissement de la nomenclature doit nécessairement engendrer un assouplissement des décrets. A l'heure actuelle, ces décrets limitent drastiquement les actes des kinésithérapeutes. La modification de ces décrets, cadrant plutôt des missions exhaustives, permettra aux kinésithérapeutes d'exploiter l'entièreté de leurs compétences afin de mener des actions pour répondre aux besoins de la population. Les missions auraient un impact largement positif sur la NGAP.

---

<sup>13</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043421566>

## Conclusion

A la veille de la signature de cet avenant, nous tenons à rappeler et à faire entendre les propositions fortes et solides des étudiants et étudiantes ainsi que des jeunes diplômés en kinésithérapie quant à l'avenir du système de santé.

Les étudiants et étudiantes en kinésithérapie s'opposent fermement à toute proposition pouvant être délétère sur l'offre de soin, ainsi qu'à toutes mesures contraignantes à l'installation, au risque de faire faillir les cabinets installés et la santé personnelle de chaque futur professionnel de santé.

Nous appelons à prendre en considération nos propositions, pour que cet avenant soit humainement viable, pour les patients et les kinésithérapeutes.

La FNEK sera jusqu'au bout pleinement mobilisée pour faire respecter les droits des étudiants et des professionnels de santé de demain.

**Jeanne GASCHIGNARD**

Présidente

[presidence@fnek.fr](mailto:presidence@fnek.fr)

06 67 28 26 40

**Marie GÉLUGNE**

**Virgil WAUTOT**

Pôle Perspectives Professionnelles  
au côté de sa commission

[profession@fnek.fr](mailto:profession@fnek.fr)

06 19 06 49 94