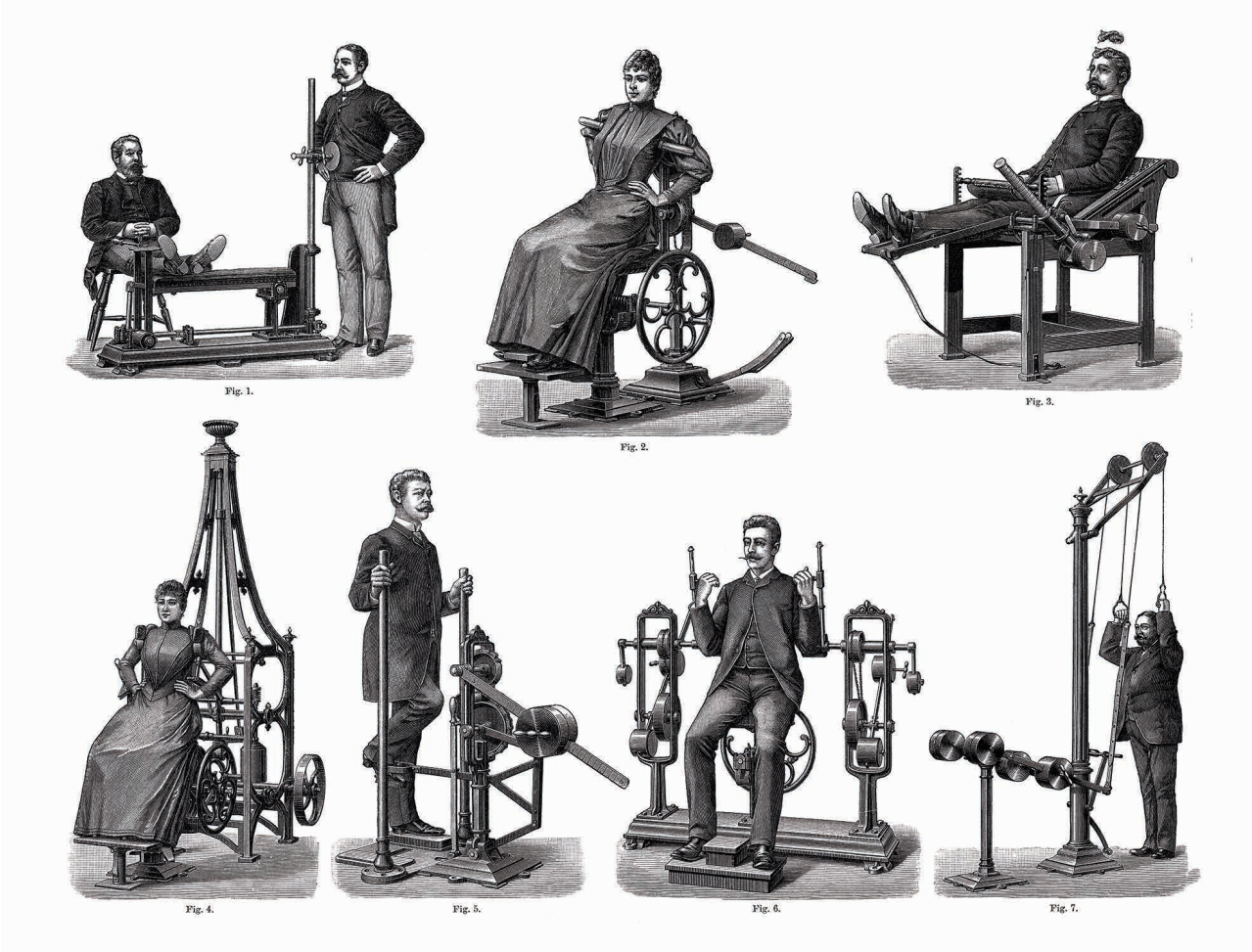
19es Assises Nationales de la Kinésithérapie

FFMKR

HISTOIRE DE LA KINÉSITHÉRAPIE ET DE LA FFMKR

SAVOIR D'OÙ L'ON VIENT POUR DÉTERMINER OÙ L'ON VA...

Octobre 2020



©ZU_09/DigitalVisionVectors

CO-AUTEURS

- Alain Bergeau, ancien président de la FFMKR
- Gérard Colnat, ancien trésorier de la FFMKR
- François Ducros, ancien secrétaire général de la FFMKR chargé de l'enseignement
- François Maignien, ancien président de la FFMKR
- Alain Poirier, ancien vice-président de la FFMKR
- Fanny Rusticoni, ancienne Première secrétaire générale de la FFMKR

En octobre 1984 à Toulouse, à l'occasion des premières Assises Nationales de la Kinésithérapie, Jean BOUDOT, ancien président de la FFMKR, déclarait :

"Notre profession comme nous-mêmes a besoin de savoir qui elle est, en n'oubliant pas de savoir d'où elle vient et en cherchant à fixer où elle va."

36 ans plus tard, ces mêmes questions se posent.

PRÉFACE

Ce qui m'interpelle, en me penchant sur l'histoire de notre profession, c'est à la fois sa capacité d'adaptation au cours des années et cette lutte incessante contre les médecins.

Vous lirez dans ces pages que *"Erasistrate, médecin et anatomiste du 3e siècle avant J-C, condamnait l'incompétence des pédotribes (enseignants gymnastes de l'Antiquité) et voulait les soumettre aux médecins, qui seuls auraient le droit de prescrire la gymnastique"*. Pourquoi donc le corps médical peine-t-il à nous laisser cette autonomie, alors que d'autres professions ont pu y accéder ? Les médecins ont-ils l'impression que nous voulons prendre leur place ? Pensent-ils qu'une fois autonomes, nous nous affranchirons complètement de leur diagnostic ? Je ne sais pas vraiment. Les réflexions de certains politiciens en vue résonnent à mes oreilles comme des injonctions à revoir sans cesse notre copie : *"De toute façon, vous les kinés, vous n'êtes pas prêts, vous êtes trop indisciplinés… Tant que vous ne vous serez pas assagis, vous n'y arriverez pas…"*.

Ce constat singulier m'incite à me questionner sur l'image que l'on a de nous. La jeunesse de notre profession est-elle finalement un handicap, quand beaucoup soulignent que c'est une aubaine ? Est-elle un frein à notre accession à l'autonomie, même encadrée et limitée ? Pourquoi ce manque de confiance chronique en notre profession ? Faut-il en déduire que jeunesse et responsabilités sont incompatibles ? Autant de questions qui nous invitent à réfléchir à la place qui est réservée à la kinésithérapie en France et dans le monde.

Notre métier évolua souvent en réaction aux vicissitudes de l'humanité et s'attacha à rendre l'existence des victimes plus supportable. Les guerres et leurs blessés ont accéléré les progrès de la rééducation, la tuberculose a rendu la kinésithérapie respiratoire visible, la poliomyélite a accéléré la pratique en neurologie, les accidents de la route l'orthopédie. Actuellement, je pense sincèrement que la recrudescence des pathologies chroniques fait évoluer notre vision des patients ainsi que nos approches thérapeutiques.

Cette façon que nous avons de "venir au secours des patients" démontre une forte empathie de notre part, et il ne serait pas abusé de dire que pour être kiné, il faut être doué de cette qualité !

Notre action se concentre sur l'amélioration du symptôme et la restauration d'une santé perçue comme bonne par la personne qui s'en est vue privée momentanément par les hasards de la vie. On pourrait légitimement penser que nous nous attachons à remettre les patients sur pied, au propre comme au figuré, pour que leur vie reprenne un sens. En ceci, nos interventions sont éminemment bio-psycho-sociales, entre une action directe sur le corps, facilitée par l'invitation faite par les patients à les toucher, et une capacité à nous entretenir avec eux pour évaluer leur "fonctionnement" psychologique et leur comportement, ceci pour les aider à retrouver leur place dans une société complexe et impitoyable. Le temps passé avec nos patients et le principe de séances en séries nous permettent à la fois d'installer une alliance thérapeutique forte et de bien analyser, évaluer et souligner sur plusieurs semaines des progrès qui, dans le cas des affections chroniques, peuvent être imperceptibles dans un temps court. Tout ceci conditionne la réussite des actions mises en place avec nos patients.

Pour réussir cette entreprise humaine, notre outil de prédilection est le mouvement, que Clément-Joseph Tissot, chirurgien du 18e siècle, qualifiait déjà de remède : *"Le mouvement peut souvent tenir lieu de remède et tous les remèdes ne peuvent pas tenir lieu de mouvement."* L'autre outil est la parole, et l'utilisation adéquate et stratégique des mots, que l'écrivain Rudyard Kipling présentait comme *"la plus puissante drogue utilisée par l'humanité"*. France Mourey, présidente de la section Sciences de la rééducation et de la réadaptation au sein du Conseil national des universités (CNU), nous dit que *"le mouvement est aux résidents en EHPAD ce que l'insuline est aux diabétiques"*.

Ainsi, nous nous trouvons à la croisée des chemins entre le mécanicien des corps, celui qui invite à bouger en rassurant des patients figés par la douleur, qui accompagne et incite celui qui a perdu confiance à réintégrer la société, qui fait la promotion de l'exercice pour tous, qui cherche des solutions préventives aux maux induits par le travail et la sédentarité… Nos missions se portent bel et bien sur le patient porteur d'une pathologie, que nous nous attachons à rendre actif et co-responsable de ses choix de rééducation, afin qu'il recouvre son autonomie.

Le médecin, quant à lui, se concentre préférentiellement sur la maladie qui affecte son patient, ne sollicitant pas ses ressources au-delà de l'observance du traitement et du respect des recommandations, ce qui n'implique pas le patient dans une décision partagée, mais le laisse passif face aux choix des traitements. Les deux actions sont complémentaires et ne doivent pas être opposées, car elles dépendent également des patients eux-mêmes et de leur conception du soin.

Mais alors, d'où vient ce conflit avec les médecins, si nos deux professions sont à la fois si différentes et si complémentaires ? Sûrement de la peur du changement et d'une crainte de perdre un peu de pouvoir… Gageons que l'exercice coordonné, qui se présente comme l'alpha et l'oméga du "travailler ensemble", verra la fin de ces tiraillements corporatistes…

Revenons à nos moutons. Les gymnastes médicaux, devenus kinésithérapeutes, continuent d'avancer. Forts d'un capital sympathie et d'une confiance avérée de la population, ils se rêvent autonomes et indépendants. Il est vrai que tout a changé, et passer de deux à cinq ans d'études, ce n'est pas rien. Nous voici donc prêts pour le grand soir, avec une refonte de nos études, des compétences élargies, des missions clairement définies et des envies de tout retourner. Mais est-ce la réalité pour tous ? Sûrement pas, et chacun réfléchit à son rythme et perçoit les choses à sa manière. Les disparités sont évidentes et les aspirations très différentes.

Notre profession est plurielle et ses pratiques sont diverses, ce qui la rend parfois peu lisible mais aussi très riche. Je serais tenté de m'en réjouir, tant les missions qui nous attendent sont variées et nécessitent des qualités étendues. Bien sûr, il est indispensable d'apporter, autant que possible, une rigueur scientifique à nos pratiques (je pense ici aux bilans et aux évaluations). En revanche, l'utilisation de la fonction et du mouvement, dans une atmosphère de coopération active avec le patient, est moins éligible aux fourches caudines de la preuve. Il s'avère que l'efficacité d'une prise en charge sur le long terme dépend d'une multitude de facteurs, dont la relation humaine reste un élément déterminant et, sans être opposée à l'EBP (*Evidence based pratice*), demeure compliquée à évaluer. Cette pluralité peut s'exprimer de différentes manières, notamment par l'appétence de certains pour des domaines spécifiques comme l'uro-gynécologie ou la rééducation vestibulaire. Ou bien des expertises dans le domaine de la prévention en entreprise ou le sport santé, qui représentent des domaines d'exercice en dehors du soin et plus en rapport avec le maintien de la bonne santé.

L'avenir de la kinésithérapie passera donc par des missions variées autour du soin et des spécificités d'exercice, des pratiques avancées en lien avec l'exercice coordonné, le maintien de la population en bonne santé avec l'activité physique, le sport santé et la prévention des risques de survenue des TMS (troubles musculo-squelettiques) , la détection de la fragilité à tous les âges, l'accompagnement des pratiques sportives…

Toutes ces missions, nouvelles et anciennes, nécessiteront d'avoir un grand nombre de kinésithérapeutes, ce que notre démographie dynamique permettra. Même si certains rapports de la DREES (Diretion de la recherche, des études, de l'évaluation et des

statistiques) pointent du doigt une croissance trop forte du nombre de kinésithérapeutes par rapport aux besoins de soins, l'étendue de nos prérogatives permettra à tous de travailler et de vivre dignement des fruits de son activité. Un exercice mixte pourra se développer, entre une activité conventionnée et une activité hors convention.

Pour la Fédération Française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs (FFMKR), les défis de demain sont les préoccupations d'aujourd'hui. Notre action s'inscrit pleinement dans ces objectifs. Et notre communication sera la pierre angulaire de cette profonde mutation. Communication à l'attention des kinésithérapeutes, des autres professionnels de santé et des institutionnels.

La FFMKR, forte de son expérience et de sa pugnacité, mènera cet ambitieux projet comme elle a, à de nombreuses reprises, porté haut et fort les intérêts de la profession, pour en faire ce qu'elle est aujourd'hui et ce qu'elle sera demain.

Laurent Rousseau
Premier secrétaire général

Sommaire

7 Les origines
de la kinésithérapie

11 Les débuts de la profession
de masseur-kinésithérapeute

12 Les années 1960
La génèse d'une profession réglementée
et de la FFMKR

13 L'évolution de la formation
dans le cadre des réformes de 1968

13 Les années 1970
Une profession conventionnée
de plus en plus réglementée

14 Les années 1980
Le piège de la maîtrise comptable
des dépenses par les médecins

17 Les années 1990
de la maîtrise comptable des dépenses
à la maîtrise médicalisée

20 La réforme 2000
Le début de l'émancipation
de la profession

29 L'histoire continue...

LES ORIGINES
DE LA KINÉSITHÉRAPIE

"On ne connaît bien une profession que lorsqu'on en sait l'histoire"
Auguste Comte

Le terme kinésithérapie est apparu en 1847. Il recouvre le massage et la gymnastique médicale. Définition très réductrice, reprise malheureusement par l'article L487 du Code de la santé publique (CSP), corrigée – sans employer le terme kinésithérapie – par le décret n° 85-918 du 26 août 1985, qui a défini le massage et la gymnastique médicale et étendu la définition à la rééducation et aux techniques qui y concourent.

On ne peut pas comprendre et expliquer l'évolution législative et réglementaire de la kinésithérapie sans la lier à la pratique kinésithérapique et à son histoire mais aussi à l'action syndicale.

Le massage, on peut penser qu'il est né avec l'humanité et peut-être avec les primates et les premiers hominiens. Ne se masse-t-on pas instinctivement lorsqu'on subit un choc sur une partie du corps ?
Le terme viendrait de l'arabe "mass" qui signifie toucher, palper. Le terme gymnastique a pour origine le grec "gumnos" qui signifie nu, les jeux gymniques se pratiquant dans la Grèce antique dans une totale nudité.
Massage et gymnastique médicale sont pratiqués depuis des millénaires en Chine et en Inde. Ils sont décrits en particulier dans un ouvrage intitulé le "Kung Fou" qui remonte à environ 2 700 ans avant notre ère, et dans un livre sacré indien, "l'Ayur-Veda", environ 1 800 ans avant JC.
Plus près de nous, les médecins grecs pratiquaient la gymnastique. Dans "La République", Platon fait dire à Socrate qu'il n'y a que deux arts, la musique et la gymnastique.
Aristote fait l'éloge de la gymnastique. Hérodicos, le maître du célèbre Hippocrate, était médecin et pédotribe, c'est-à-dire professeur de gymnastique pour enfants. Son élève fait appel aux massages et s'attaque aux scolioses par des procédés mécaniques assez barbares pour étirer et détordre.
Pour l'anecdote, il est intéressant de noter que dès la plus haute antiquité, médecins grecs et pédotribes s'opposaient. Erasistrate, médecin et anatomiste du 3e siècle avant J.-C, condamnait l'incompétence des pédotribes et voulait les soumettre aux médecins, qui seuls auraient le droit de prescrire la gymnastique.

C'est Asclépiade, ami de César et d'Antoine, qui va, au 1er siècle avant J.-C, introduire à Rome le massage, la gymnastique thérapeutique et l'hydrothérapie. Celse, médecin romain, pratique massages et gymnastique à l'époque de l'empereur Auguste. Galien, médecin grec du 2e siècle après J.-C., écrit un ouvrage intitulé "Gymnastica".
Les médecins romains oublieront son enseignement et abandonneront la gymnastique au profit de la balnéothérapie et des cures thermales.
De la chute de l'empire romain en l'an 476 au 15e siècle, on peut dire que l'art médical régresse : les moines-médecins privilégient les prières. Massages et gymnastique tombent dans l'oubli, le corps est tenu en mépris sous l'emprise religieuse malgré l'œuvre d'Avicenne, médecin et philosophe iranien du 11e siècle, dont l'œuvre "Canon de la médecine" servira plus tard de base aux études médicales en Occident et en Orient. Il préconisait le massage et les exercices physiques.

À partir du 15e siècle, la Renaissance bouleverse l'appréhension de la notion de santé et la vision du corps.

Au siècle suivant, la Réforme de Luther va rendre sa place au corps. Saint-Ignace ira dans le même sens. Réhabilitation du corps, renouvellement de sa connaissance par Vésale et Harvey, remise en cause du galénisme, en particulier par Paracelse, vont redonner vie aux préoccupations de santé et d'hygiène. Massages et gymnastique retrouvent leur intérêt. Montaigne recommande l'exercice physique et la propreté. Symphorien Champier, médecin de Charles VIII et Louis XII, y a recours.

En Allemagne, en Italie, en France, diverses publications à la fin du 16e siècle prônent la gymnastique. L'illustre Ambroise Paré préconise le massage.

Au 17e siècle, Harvey découvre la circulation sanguine. Apparaissent la chimie médicale et l'histologie.

Au 18e siècle, l'anatomie et la physiologie progressent considérablement. Borelli, physicien et physiologiste, professeur à Pise, crée l'école iatromécaniste, qui réduit l'être vivant et ses activités à la mécanique. Il aura une grande influence sur le développement de la gymnastique rationnelle.
À partir de ce moment-là, partout en Europe, l'intérêt pour la gymnastique et le massage ne se démentira plus. Mais il est l'apanage de quelques initiés : citons Andy de Boisregard, doyen de la faculté de médecine de Paris, qui inventera le mot "orthopédie", Fuller en Angleterre, Clément-Joseph Tissot en France, médecin et chirurgien qui, en 1780, conclut son ouvrage sur "la Gymnastique médicinale et chirurgicale" par cette phrase que nous devrions mettre sur les murs de nos cabinets : **"Le mouvement peut souvent tenir lieu de remède et tous les remèdes ne peuvent pas tenir lieu de mouvement."**

Au 19e siècle, à Montpellier, Delpech traite les scolioses par une gymnastique active, Werner en Allemagne aussi, et en Suède, Ling met au point la gymnastique suédoise et donne à la gymnastique un essor exceptionnel. De plus, il forme de nombreux médecins. Ses élèves créent des instituts dans une grande partie de l'Europe, à Saint-Pétersbourg, à Berlin, à Vienne, à Dresde, à Londres. En 1847, Georgii crée le sien à Paris. Il émigrera à Londres au moment de la révolution de 1848. Il serait à l'origine du terme "kinésithérapie". Selon le Robert, il publie en 1847 son ouvrage "Kinésithérapie ou traitement des maladies par le mouvement selon la méthode de Ling".
La même année, Napoléon Laisné, inspecteur de la gymnastique à la ville de Paris et professeur de gymnastique à Louis Legrand, crée de nombreux gymnases. Et surtout, il obtient des autorités sanitaires l'ouverture d'un gymnase à l'Hôpital des enfants rue de Sèvres, puis à la Salpêtrière. **La kinésithérapie hospitalière est née.** Il fait paraître en 1868 plusieurs ouvrages, dont l'un intitulé "Du massage, des frictions et manipulations appliqués à la guérison de quelques maladies".

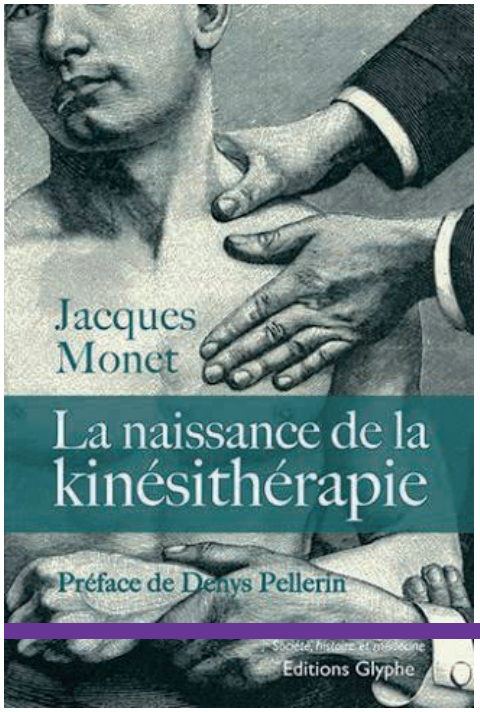
Pour l'histoire de notre profession et de celle de la kinésithérapie de 1850 à 1914, on doit se référer au remarquable ouvrage de Jacques Monet, directeur de l'Aderf-École de kinésithérapie de Paris, qui a publié en 2009 "La naissance de la kinésithérapie". Nous attendons impatiemment la suite.

La deuxième moitié du 19e siècle sera pour la massothérapie une période d'expérimentation et de démonstration de son efficacité dans certaines affections. Citons les publications des Dr Dally, père et fils, la thèse d'Estradère, du Dr Mezger d'Amsterdam, réputé dans toute l'Europe. Ce dernier forme de très nombreux confrères, dont le Dr Norstrom, qui publiera beaucoup en France, Mosengeil, qui va développer la pratique du massage en Allemagne et va former le Dr Berne, qui fait paraître à Paris en 1894 son ouvrage intitulé "Le massage".
Lucas Championnière, chef du service de chirurgie à Tenon, défend le massage et la mobilisation dans son ouvrage publié en 1895.
Il manque dans l'arsenal du futur masseur-kinésithérapeute ce qu'on peut appeler la mécanothérapie. Nous avons déjà cité Hippocrate, qui en serait le précurseur avec ses appareils de compression et de traction des gibbosités dorsales. Galien et Ambroise Paré ne dédaignèrent pas ces techniques. Mais la mécanothérapie est née avec le Dr Zander, élève de Ling, vers 1865. Il fabrique une soixantaine d'appareils qui reproduisent un seul mouvement articulaire. Il les exposera en 1876 à l'Exposition mondiale (pas encore universelle) à Philadelphie.

Séduits, **de nombreux médecins vont ouvrir des instituts Zander partout en Europe. On y pratique aussi le massage et l'hydrothérapie. Ce sont les ancêtres des centres de rééducation.**
En 1909, Charles Ducroquet, chirurgien, dont certains d'entre nous ont pu connaître les fils, eux-mêmes chirurgiens, fait l'éloge de ce progrès dans son livre intitulé "Mécanothérapie". Les plus anciens d'entre nous ont connu des appareils universels (Sylvain Albert, Bégonin), émules de Zander.

Pendant la guerre de 14-18 apparaît la "mécanothérapie des bouts de ficelle", c'est-à-dire l'utilisation de cordelettes, de poulies et de poids. La pouliethérapie est née, elle sera révolutionnée par la création en 1943 d'un cadre par Guthrie Smith, pour la rééducation des soldats britanniques.

La kinésithérapie a désormais en mains toutes les armes pour s'imposer au corps médical, toujours réticent. C'est malheureusement grâce aux 2 guerres mondiales que la kinésithérapie fera définitivement la preuve de son efficacité.



D.R.

En particulier la guerre de 14-18, qui aura une conséquence fondamentale sur le statut des praticiens. Les hôpitaux et les centres de rééducation manquent de main d'œuvre pour traiter les 3,5 millions de blessés, médecins et personnels soignants ne sont pas assez nombreux. Les pouvoirs publics autorisent le recrutement de blessés inaptes à retourner au front. Certains deviennent infirmiers, d'autres sont affectés aux services de rééducation où ils retrouvent des masseurs, des gymnastes, des professeurs de gymnastique plus ou moins qualifiés. Les médecins sont formés à la rééducation en 15 jours, tout le monde se forme sur le tas. À Paris, le Grand Palais est devenu un vaste centre de rééducation dont les résultats sont probants. Selon les autorités militaires, 80 % des blessés peuvent retourner au front. Pour les autres les taux d'invalidité sont notablement inférieurs à ce qu'ils auraient été sans rééducation.

La Nation a un devoir de reconnaissance envers ses morts, mais aussi envers ses blessés et personnels soignants. L'armée a compté jusqu'à 100 000 infirmiers. Le législateur va devoir en tenir compte et adapter la règlementation à la réalité et aux besoins.

Nous allons voir que cette histoire de nos pratiques va influencer l'évolution législative et réglementaire de notre profession, qui aboutira au vote, sans débat et sans remous, de la loi du 30 avril 1946, qui crée le diplôme de masseur-kinésithérapeute.

Jusqu'à la loi hospitalière du 7 août 1851, sous la Seconde République, avant que son président Louis-Napoléon n'instaure le Second Empire, les institutions hospitalières sont gérées par l'Église catholique ou des fondations. Dorénavant, l'État et les collectivités locales en ont la responsabilité, et sont amenés à s'occuper du personnel soignant et de sa qualification.

La loi du 30 novembre 1892 (*JO* du 1er décembre) règlemente la formation et l'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme. Les médecins ont le monopole de la distribution des soins, tandis que les autres professions de santé, qui sont apparues au fil du temps (masseurs et masseuses, masseurs-magnétiseurs, gymnastes), sont cantonnés à l'esthétique et l'hygiénique. En effet, l'article 16 de la loi leur interdit de "prendre part, habituellement ou par une direction suivie, aux traitements des maladies ou des affections chirurgicales... sauf les cas d'urgence avérée".

Les besoins existent et comme souvent, la réalité va s'imposer hors du cadre légal.

En 1895, le Dr Archambaud crée une école de massage, l'EFOM (Cujas). Hector Durville crée une école de masseurs-magnétiseurs. Rappelons que depuis la loi du 18 mars 1880, l'enseignement est libre en France. C'est l'exercice qui est réglementé.

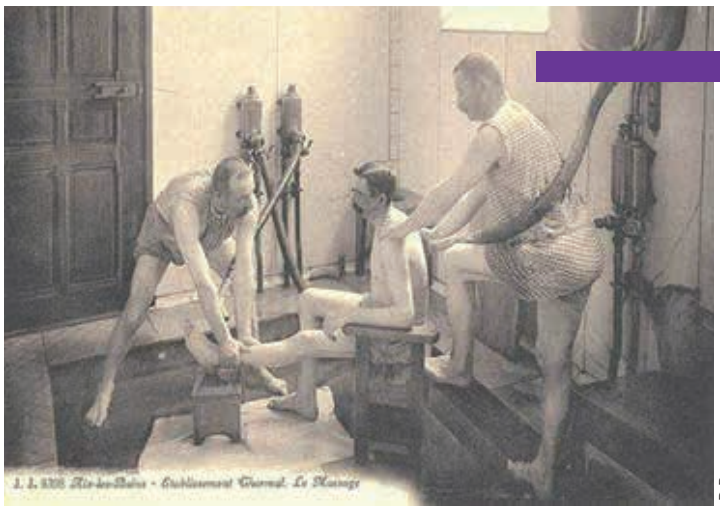
Après le procès d'Angers, qui relaxe le magnétiseur Mouroux, une pétition est lancée pour revoir la loi du 30 novembre 1892 et y ajouter un amendement pour donner droit aux masseurs et magnétiseurs d'exercer leurs pratiques.

La SDK et la SMCPP (Société de médecine et de chirurgie pratique de Paris), qui regroupent des médecins, se battent pour garder leur monopole.

En 1906, la Fondation Valentin Haüy crée une école de massage pour aveugles. Le Dr Fabre, lui-même aveugle, en prend la tête en 1908.

Avec l'industrialisation, les accidents du travail se multiplient. Une législation sociale s'institue. Le 9 avril 1898, la loi prévoit la réparation des accidents du travail. Dès 1893, elle avait créé l'aide médicale gratuite aux indigents pour leur permettre de se soigner. Le 14 juillet 1905, une loi offre la même possibilité aux vieillards, infirmes et incurables privés de ressources.

Les besoins sont considérables, les médecins seuls ne peuvent y faire face. Dans le domaine de la rééducation, ils sont très peu nombreux et vont devoir se résoudre à



D.R.

recourir à des auxiliaires qui agiront sous leur contrôle et leur responsabilité.

Puis vint la guerre de 14-18. Dans les hôpitaux et les centres de mécanothérapie, on recrute des professionnels du massage et de la gymnastique. Le 11 novembre 1918 ne fait pas disparaître les séquelles physiques et morales des combattants survivants, dont 3 500 000 blessés et parmi eux, quelques milliers d'aveugles. L'Union des aveugles de guerre, fondée en 1917, constituera un groupe de pression très influent.
Les pouvoirs publics ont dû réagir. Le 2 janvier 1918, le législateur vote une loi concernant la rééducation professionnelle couplée à la rééducation fonctionnelle. Le 31 mars 1919, la gratuité des soins est accordée aux pensionnés de guerre.

En 1922, l'État va honorer sa dette morale envers les professions non diplômées et non reconnues en créant un diplôme d'État pour les infirmières. Un décret signé le 27 juin 1922 par le Président Millerand paraît au *JO* du 1er juillet. Des brevets de capacité professionnelle donnant droit au titre d'infirmière diplômée d'État sont institués. Différentes catégories d'infirmières sont citées : hospitalières, puéricultrices, surveillantes sanitaires des écoles, hygiène mentale, etc.
C'est de cet "etc." qu'est née la profession d'infirmier-masseur, ancêtre du masseur-kinésithérapeute.
Un arrêté du 28 février 1924 (*JO* du 29) prononce la reconnaissance administrative dans la section des infirmières hospitalières de 3 écoles : Valentin Haüy, l'EFOM et l'École des masseurs de France et des masseurs aveugles de Paris. Un nouvel arrêté du 24 juin 1924 confirme une formation particulière de la filière des infirmiers-masseurs. Un arrêté du 6 décembre (*JO* du 16) fixe un programme minimum type pour l'année de spécialisation de la filière.

En 1928, on peut considérer qu'une étape est franchie. Les diplômes sont institués, les premiers diplômés aveugles sont sortis en 1925. Mais des masseurs, des rebouteurs, des guérisseurs, des charlatans continuent leur pratique.

De plus, le massage a une réputation équivoque et, selon les termes du député Guilbert, "sert la prostitution clandestine".
Les nouveaux diplômés et ceux qui ont obtenu leur équivalence vont se regrouper en associations et syndicats pour obtenir un statut légal. En 1923, le Dr Fabre a créé l'Association professionnelle des masseurs aveugles de France, qui deviendra un syndicat en 1928. En 1924 est né un syndicat d'infirmiers-masseurs. Tous vont se retrouver au sein de la Confédération syndicale des auxiliaires médicaux.
En 1937, sous le gouvernement du Front populaire présidé par Léon Blum, l'Assemblée nationale vote une loi relative au statut légal des infirmières et des infirmiers. Le diplôme d'État est obligatoire pour pouvoir exercer. L'infirmier-masseur comme les autres infirmiers exercent sous contrôle médical et ordonnance descriptive, qualitative et quantitative. L'exercice illégal est réprimé. Dans les 3 ans (6 ans pour les colonies et protectorats), les établissements hospitaliers devront avoir recours exclusivement à des diplômés d'État. Cette loi n'obtint pas l'aval du Sénat qui ne l'inscrira pas à son ordre du jour.
Mais cette année 1937 vit les syndicats professionnels organiser, dans le cadre de l'exposition universelle de Paris, le premier congrès international du massage. À cette occasion, ils créent une Fédération internationale des masseurs et, consécration suprême, sont reçus officiellement à l'Académie de médecine.
Survient la 2nde Guerre mondiale. Le Maréchal Pétain institue (*JO* du 21 août 42) un diplôme d'État de moniteur de gymnastique médicale et orthopédique dans un but de rééducation

physique, délivré après 2 ans d'étude. Une loi (*JO* du 11 février 1943) relative à l'exercice de la profession de masseur médical confirme le divorce entre la massothérapie et la gymnastique médicale rééducative. Toutes les infirmières obtiennent le titre de masseur médical.

En 1944, les événements militaires et politiques entraînent la mise en sommeil de cette construction législative et réglementaire. En raison de l'opposition des organisations professionnelles, une ordonnance du 2 novembre 1945 (*JO* du 3), prise par le gouvernement du Général de Gaulle, abroge les dispositions du décret du 13 août 1942 instituant le diplôme de moniteur de gymnastique médicale.

M. Guibert, député de la Manche, en accord avec Robert Prigent, ministre de la santé publique et de la population, présente à l'Assemblée nationale constituante, l'après-midi du samedi 13 avril 1946, une proposition de loi tendant à réglementer l'exercice de masseur-gymnaste médical et de pédicure. Elle est votée à l'unanimité et promulguée par Félix Gouin, nouveau président du gouvernement provisoire de la République, après le départ du Général de Gaulle. **Publiée le 30 avril 1946 (*JO* du 1er mai), la loi abroge les dispositions de la loi du 15 janvier 1943 et le décret du 9 février 1944, mettant fin au divorce entre massage et gymnastique médicale, et unifiant les 2 professions sous l'appellation nouvelle de masseur-kinésithérapeute. Ce praticien a le monopole du massage et de la gymnastique médicale. Lorsqu'il intervient dans un but thérapeutique, il ne peut pratiquer que sur ordonnance médicale. Des équivalences peuvent être obtenues sous condition. L'exercice illégal est interdit et puni par la loi. Les délinquants peuvent être poursuivis par les groupements professionnels, qui peuvent se constituer partie civile.**

Tous les professionnels considèrent à l'époque que la loi de 1946 est un progrès considérable, ce qui était vrai. Néanmoins, n'a-t-on pas raté une 3e année d'études, qui eut été logique puisque la loi réunifiait 2 professions qui bénéficiaient chacune de 2 années d'études, dont une au programme identique ?

LES DÉBUTS DE LA PROFESSION DE MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE

En application de la loi de 1946, après une formation en 2 ans, les kinésithérapeutes assurent la rééducation post-traumatique des blessés et mutilés de guerre à l'hôpital. Suivent la prise en charge pneumologique des patients atteints de la tuberculose en sanatorium, puis la kinésithérapie neurologique des patients victimes de la poliomyélite en centre de rééducation. Ce champ de compétences est ensuite élargi avec le traitement orthopédique des victimes des accidents de la route.

En France, comme les infirmières, les kinésithérapeutes sont alors des auxiliaires médicaux essentiellement hospitaliers, exécutant par délégation des actes sur prescription qualitative et quantitative des médecins.

Cependant dès 1953, au niveau international, la profession affirme son identité avec la création de la Confédération mondiale pour la thérapie physique (WCPT). La France rejoindra cette organisation quelques années plus tard et organisera un congrès à Paris en 1959.

En janvier 1954, René Coty devient président de la République et, en 1958, il nomme Charles de Gaulle président du Conseil.

Dès les années 1950, les kinésithérapeutes s'intéressent à la rééducation du post-partum. Jacques Vléminckx adhère à la société française de psychoprophylaxie et crée un cercle d'études sur l'accouchement sans douleur.

Le 4 octobre 1958, la Constitution de la cinquième République est proclamée.

En janvier 1959, Charles De Gaulle devient président de la République. Michel Debré est Premier ministre. Bernard Chenot est ministre de la santé. Joseph Fontanet lui succédera en 1961.

LES ANNÉES 1960
LA GÉNÈSE D'UNE PROFESSION RÉGLEMENTÉE ET DE LA FFMKR

En mai 1960, un arrêté modifié le 6 janvier 1962 fixe la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoire d'analyses médicales non-médecins. Les manipulations deviennent une compétence exclusive des médecins. **Simultanément l'assurance maladie propose aux kinésithérapeutes une convention individuelle, tandis que la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) devient l'instrument réglementaire servant à établir les tarifs remboursables de ces soins.**

En avril 1962, Georges Pompidou est nommé Premier ministre. Raymond Marcelin est ministre de la santé.

En décembre 1963, alors que la kinésithérapie de ville se développe, la Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs (FFMKR) est créée par la fusion de la Fédération des kinésithérapeutes de France et de la Communauté de Jacques Vléminckx avec la Fédération des indépendants.

Gilles Allègre devient le premier président de la FFMKR

Pour souligner la "relativité temporelle" de l'action syndicale précisons que le congrès se fixe alors 3 objectifs principaux :
- Allonger la formation initiale à 3 années d'études (ce qui sera effectif en 1968) ;
- Créer une école de cadres pour former les enseignants en kinésithérapie (cela sera effectif en 1973) ;
- Rédiger des règles déontologiques (adoptées après un congrès houleux en 1967, et finalement définies par un décret de 2008) et obtenir la création d'un Ordre des kinésithérapeutes (qui sera institué 40 ans plus tard par la loi de 9 août 2004).

En janvier 1966, Charles De Gaulle est élu président de la République au suffrage universel. Georges Pompidou est Premier ministre. Jean-Marcel Jeanneney est ministre des affaires sociales.

D.R.

En 1966, Lucien Robert est élu président de la FFMKR

Cette même année est créée l'École des cadres au sein de l'Institut national de la kinésithérapie (INK), dirigée par Michel Petit puis par Denis Porte. L'École de Bois-Larris, sous l'égide de la Croix Rouge, puis celle de Montpellier suivront.

En 1967, le congrès fédéral de Pau adopte des règles déontologiques propres à la profession, opposables aux adhérents de la FFMKR.

En juin 1969, Georges Pompidou est élu président de la République. Jacques Chaban-Delmas est nommé Premier ministre. Robert Boulin est ministre de la santé et Marie-Madeleine Dienesch secrétaire d'État.

En juin 1969, Georges Pompidou est élu président de la République. Jacques Chaban-Delmas est nommé Premier ministre. Robert Boulin est ministre de la santé et Marie-Madeleine Dienesch secrétaire d'État.

L'ÉVOLUTION DE LA FORMATION
DANS LE CADRE DES RÉFORMES DE 1968

En mai 1968, un arrêté relatif aux conditions de fonctionnement des écoles préparant au DE de masseur-kinésithérapeute et un décret de mars 1969 allongent la durée de la formation à 3 années, avec une approche plus holistique du patient et un début de réflexivité, ainsi qu'un stage à temps complet en dernière année.

En 1972, la rééducation périnéale est protocolisée par la profession.

À partir de 1973, l'épreuve écrite du diplôme est constituée d'un devoir de synthèse. Le diplôme de "moniteur cadre en kinésithérapie" est reconnu comme nécessaire pour enseigner dans les écoles qui deviendront les "instituts de formation en masso-kinésithérapie" (IFMK).

LES ANNÉES 1970
UNE PROFESSION CONVENTIONNÉE DE PLUS EN PLUS RÉGLEMENTÉE

Pour répondre aux besoins de la population active déjà vieillissante et aux aspirations au bien-être, la kinésithérapie de ville se déploie avec la prise en charge de la rhumatologie et notamment du "mal de dos-mal du siècle".

Suite à la loi du 3 juillet 1971 instituant les conventions nationales chargées d'organiser les rapports entre l'assurance-maladie et les professionnels de santé, la FFMKR signe en 1972 la première convention permettant de développer la kinésithérapie de ville sur tout le territoire, grâce à une prise en charge solvabilisée, avec en contrepartie des honoraires négociés et opposables (la valeur de l'acte moyen est alors comparable à la valeur de la consultation médicale).

En juillet 1972, Pierre Mesmer devient Premier ministre. Edgar Faure est ministre chargé des affaires sociales. Jean Foyer est ministre de la santé. Michel Poniatowski lui succédera en 1973 tandis que Marie-Madeleine Dienesch restera secrétaire d'État.

En 1972, la NGAP est étendue aux kinésithérapeutes avec une description par pathologie mais aussi par région anatomique, et un temps de prise en charge défini pour chacun de ces actes. Le coefficient moyen est AMM 6.

En mai 1974, Valéry Giscard d'Estaing est élu président de la République. Jacques Chirac est nommé Premier ministre. Simone Veil est ministre de la santé.

D.R.

En 1975, Jean Boudot est élu président de la FFMKR

Les services de la Maison des Kinésithérapeutes se développent, avec le précieux concours des collaborateurs salariés :

- **En 1974,** la Société de presse et d'édition de la kinésithérapie (Spek), qui éditait la revue "*Kinésithérapie*" avec une partie syndicale et une partie technique, la remplace par 2 nouvelles publications, "*Kiné actualité*" pour la politique professionnelle et "*Kinésithérapie Scientifique*" pour la pratique professionnelle (François Ducros en sera l'un des directeurs).
- **En 1976,** le certificat de masseur-kinésithérapeute moniteur institué par un décret de juillet 1967 est enfin mis en place. La FFMKR développe les activités de l'INK pour la formation continue des kinésithérapeutes et la préparation du certificat de moniteur cadre.
- **En 1978** l'Association de gestion agréée des kinésithérapeutes et auxiliaires médicaux (Agakam) est créée pour assister les professionnels dans leurs obligations comptables. Gérard Bazoge en sera le directeur.

En août 1976, Raymond Barre est nommé Premier ministre. Simone Veil reste ministre de la santé.

Une nouvelle convention nationale est signée en 1976, mais la situation se détériore avec le "décret Barre", qui fait passer de 35 à 40 % le montant du ticket modérateur pour le remboursement des actes des auxiliaires médicaux.
Cette même année, comme substitut à un ordre professionnel, Simone Veil propose sans succès aux professions paramédicales un "Conseil régional représentatif", tout en attribuant le pouvoir disciplinaire aux préfets.
La FFMKR est à l'origine de la Confédération européenne de la thérapie physique, présidée par Jacques Vléminckx, et qui préfigurera la WCPT Europe dont Jean Boudot sera le secrétaire général pendant de nombreuses années.

En 1977, furieux que la FFMKR ne soit pas parvenue à obtenir l'examen par l'Assemblée nationale de la proposition de loi "Pons" qui devait conforter le champ de compétences des kinésithérapeutes, ni à endiguer la montée en charge de nouvelles professions (ergothérapeutes, psychomotriciens) et du thermalisme (masseurs thermaux), des membres de la FFMKR font scission pour créer le Syndicat national des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs (SNMKR), qui sera reconnu représentatif en 1982.

D.R.

En 1977, Jacques Vléminckx devient président de la FFMKR

Du fait de l'inflation galopante de la monnaie (40 % entre 1975 et 1978) et malgré des augmentations tarifaires biannuelles, la lettre-clé AMM a été dévalorisée de 10 % sur la même période, alors que la consommation des ménages a augmenté de 60 % et la démographie professionnelle de 6 %.

En 1979, la mise en place d'un tarif syndical permettra à la FFMKR d'arracher une revalorisation des honoraires. Ainsi, le 1er janvier 1980, la valeur de la lettre-clé passe à 7,10 francs, ce qui porte l'acte moyen de kinésithérapie à 42,60 F alors que le montant de la consultation médicale est de 40 F.

En 1979, Jacques Barrot est nommé ministre des affaires sociales.

LES ANNÉES 1980
LE PIÈGE DE LA MAÎTRISE COMPTABLE DES DÉPENSES PAR LES MÉDECINS

En mai 1980, la troisième convention signée par les syndicats médicaux prévoit la fixation d'un objectif de dépenses compatible avec les recettes de l'assurance maladie, portant d'une part sur les honoraires mais aussi (et surtout) sur les prescriptions. Et cette enveloppe globale des dépenses de la médecine ambulatoire (qui ne distingue pas les prescriptions d'actes des prescriptions pharmaceutiques) conduit à l'annulation d'une revalorisation de la lettre-clé des kinésithérapeutes en juillet 1980.
Jacques Vléminckx demande alors officiellement à Jacques Barrot, devant le congrès, de laisser les kinésithérapeutes évaluer le quantitatif de la prescription afin de libérer la profession de la tutelle économique des médecins. Le diagnostic était bon puisque 17 ans plus tard, Jacques Barrot confiera à Anne-Marie Brocas la mission de mettre en œuvre cette proposition (qui deviendra effective en 2000...).

En juin 1980, le SNMKR fait condamner pour complicité d'exercice illégal le directeur de l'Établissement thermal d'Aix qui emploie des "techniciens thermaux". Cela bloque la négociation sur le décret d'actes menée par la FFMKR et conduit à l'adoption par l'Assemblée nationale de "l'amendement Besson", qui permet aux "techniciens thermaux" de réaliser certains actes de notre compétence. La FFMKR obtiendra finalement que ces mesures soient transitoires et limitées aux seuls fonctionnaires de l'Établissement thermal d'Aix.

Pendant cette période, la valeur de la lettre-clé continue à se déprécier par rapport à la monnaie, malgré une progression de 13,5 % sur 2 ans (de 7,10 F en 1980, l'AMM passe à 8,20 F en 1981).

En mars 1981, l'augmentation de la démographie professionnelle et des dépenses de santé incitent le ministère de la santé à fixer des quotas d'entrée dans les instituts de formation.

En mai 1981, François Mitterrand est élu président de la République. Pierre Mauroy est nommé Premier ministre. Nicole Questiaux est ministre de la solidarité nationale. Edmond Hervé est ministre de la santé par intérim jusqu'aux législatives de juin 1981, date à laquelle Jacques Ralite lui succède.

Au cours de la première réunion du "Conseil supérieur des professions paramédicales" suivant la nomination de Jacques Ralite, le représentant du ministre de la santé débute la séance par un discours sur la justice sociale et l'inégalité des chances de beaucoup de travailleurs, et demande en conséquence au Conseil de voter la proposition suivante : "Toute personne ayant au moins 3 années d'activité professionnelle salariée pourra présenter le concours d'entrée dans les écoles de kinésithérapie avec 12 % de bonus pour compenser un niveau plus bas de scolarité."
Tout en exprimant son plein accord sur la notion de justice sociale, le représentant de la FFMKR, François Chambon, propose alors de compléter cette motion afin de permettre à tout kinésithérapeute ayant 3 années d'expérience de rentrer directement en 3e année de médecine. Réponse du ministère : "On ne mélange pas les torchons et les serviettes...", ce qui se traduira par la publication d'un décret favorisant l'accès aux études de masso-kinésithérapie mais omettant l'amendement de la Fédération.
Bien que ce décret n'ait jamais été abrogé, il est devenu caduc avec l'exigence de l'obtention du baccalauréat pour présenter le concours d'accès aux IFMK.

En octobre 1981, inaugurant les "Journées de l'INK" devant plus de 900 professionnels, le ministre de la santé fait alors preuve d'une totale méconnaissance de la kinésithérapie : tout au long de son discours, il confond notre profession avec celle des infirmières, nous demandant de privilégier l'emploi de seringues à usage unique... La convention de 1976 expire le 31 août 1981 et c'est dans ce contexte inédit que s'enlisent les négociations conventionnelles.

La FFMKR met de nouveau en place un tarif syndical, mais l'arrêté Delors de juin 1982 sur le blocage des prix, des salaires et des revenus rendra ce tarif illégal.

Le 1er avril 1982, une nouvelle convention est signée par le seul SNMKR, fixant la valeur de l'AMM à 8,55 F, puis à 9,20 F le 1er décembre 1982, à 10 F le 15 février 1983 et à 10,45 F le 15 juin 1984.

En mars 1983, Pierre Bérégovoy est ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, et Edmond Hervé est secrétaire d'État chargé de la santé.
Le congrès FFMKR de Tours, en 1983, élit pour la première fois une femme, Françoise Robelin, au conseil fédéral.

En juillet 1984, Laurent Fabius est nommé Premier ministre. Georgina Dufoix est ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, et Edmond Hervé secrétaire d'État chargé de la santé.

En 1985, la FFMKR ainsi que certains de ses syndicats départementaux et de ses adhérents sont condamnés à des amendes par la Direction de la concurrence et de la consommation pour entente illicite sur les tarifs. Néanmoins, en août 1985, la FFMKR obtient la promulgation du décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, qui actualise l'arrêté de 1962 avec l'inclusion dans nos compétences des mobilisations manuelles des articulations et de l'électrothérapie.

En 1985, sous le ministère de Claude Évin, le décret d'actes et d'exercice habilite le kinésithérapeute, "sur prescription médicale, à participer à la rééducation abdomino-périnéale et à la rééducation des sphincters, à l'exclusion des soins post-natals". Cet acte est pris en charge par l'assurance maladie, mais pas les sondes qui, de ce fait, sont réutilisables, avec une désinfection demandant une hygiène irréprochable.
Il faudra attendre un décret publié au *Journal Officiel* du 12 janvier 1990 pour que ces sondes soient inscrites au TIPS (tarif interministériel des prestations sanitaires). Mais, par une interprétation fallacieuse, les caisses considèrent que le prix des sondes devait être inclus dans les honoraires du praticien, ce qui était inenvisageable au regard de la cotation de l'acte. Finalement, suite à de nombreux échanges avec le ministère de la santé démontrant l'absurdité d'une telle décision par rapport au risque encouru, les sondes deviendront

remboursables par l'assurance maladie pour chaque patiente à partir du 27 août 1999.

En janvier 1986, la valeur de la lettre-clé passe à 10,80 F, ce qui porte l'acte moyen de kinésithérapie à 64,80 F alors que la consultation médicale est à 82,50 F. En 6 ans, l'acte de kinésithérapie, qui était à parité en 1980, a donc perdu 25 % de sa valeur par rapport à la consultation médicale.

En mars 1986, à la suite des élections législatives, Jacques Chirac est nommé Premier ministre (c'est la première cohabitation). Philippe Séguin est ministre des affaires sociales et de l'emploi, Michèle Barzach ministre de la santé.
Pour maintenir le niveau de leurs revenus, les kinésithérapeutes se voient contraints de multiplier les séances en prenant des libertés avec les dispositions d'une nomenclature obsolète, et se tournent vers des actes hors nomenclature mieux rémunérés (ostéopathie, remise en forme et bien-être...). Le cercle vicieux s'engage : la stagnation de la valeur de la lettre-clé engendre une progression anarchique des volumes d'actes, avec en réaction la mise en place d'une maîtrise comptable au détriment de la qualité des soins. C'est ainsi que, dès 1987, le "plan Séguin" de rationalisation de l'assurance maladie s'appuie sur les médecins pour réguler leur volume de prescriptions.

En octobre 1987, constatant la dégradation du statut des kinésithérapeutes, Michèle Barzach commande un rapport consacré à "la problématique de la profession de masseur-kinésithérapeute" au Dr Heuleu (médecin de médecine physique et ancien kinésithérapeute) et à M. Albert, kinésithérapeute, tous deux praticiens au centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle de Menucourt, dans le Val-d'Oise. Ce rapport préconise d'améliorer la situation des kinésithérapeutes salariés et, pour les libéraux, d'indexer le prix des actes sur l'Insee. Il juge également la nomenclature "dépassée". Mais dans le même temps, les rapporteurs se déclarent peu favorables à la création d'un secteur II pour les dépassements d'honoraires. Concernant les études, pour éviter de former des "pseudos médecins", ils considèrent que la durée doit rester fixée à 3 ans, en insistant davantage sur la formation pratique. Ils conseillent d'introduire dans les études médicales un enseignement sur la prescription des actes de kinésithérapie, qui doit rester qualitative et quantitative. Ce rapport réactionnaire sera vigoureusement dénoncé par la FFMKR, et finira aux oubliettes.

En 1987, faute d'obtenir un secteur II qu'elle revendique de longue date, la FFMKR adopte une "liste des actes complémentaires et alternatifs" (LACA) afin d'aider les kinésithérapeutes à sortir de la double tutelle "papa médecin et maman Sécu". La société "Santé Kiné Bien-Être" est créée à l'initiative du Premier secrétaire général, Lucien Simon, pour promouvoir les activités non thérapeutiques et donc non prescrites.

En mars 1988, à la suite des manifestations de protestation de la profession et à la veille des élections présidentielles, la lettre-clé AMM est fixée à 11,55 F après plus de 2 années de blocage.

En mai 1988, François Mitterrand est réélu président de la République. Michel Rocard est nommé Premier ministre, Claude Évin ministre de la santé.

Un projet de nomenclature revalorisant les actes est élaboré sous la houlette du professeur Piera, avec le soutien de Claude Évin. Mais le ministère des finances s'oppose à ce que le gouvernement avalise les accords tant qu'un système de régulation des dépenses de kinésithérapie n'est pas mis en place.

En 1989, le ministère supprime les aides à la formation, l'école de cadres a été fermée, et l'INK se recentre sur la formation continue des kinésithérapeutes (François Ducros en sera le directeur adjoint).
La Fédération se bat pour obtenir une 4e année de formation en IFMK. Mais là encore, le gouvernement s'y oppose, prétextant que les infirmières, beaucoup plus nombreuses et exerçant surtout en salariat, revendiqueraient aussi un allongement de leurs études, ce qui serait trop coûteux et obligerait à changer des articles régissant la fonction publique. La seule avancée sera la rénovation du programme de formation de 3 ans avec un découpage en modules, un stage en libéral et un mémoire de fin d'études. La Fédération, à l'initiative de son secrétaire général à l'enseignement François Chambon, soutient alors le passage par l'université : une année de PCEM1 préparatoire aux études est expérimentée sur 3 sites (Dijon, Vichy et Besançon). Son successeur François Ducros œuvrera à l'élargissement de ces mesures dérogatoires, mais il faudra attendre 18 ans pour que l'évaluation soit validée par le ministère de l'enseignement supérieur.

LES ANNÉES 1990
DE LA MAÎTRISE COMPTABLE DES DÉPENSES À LA MAÎTRISE MÉDICALISÉE

En 1990, considérant que la rééducation périnéo-sphinctérienne est uniquement de leur domaine, les sages-femmes font du *lobbying* auprès du gouvernement. Cela se conclut par un partage des compétences, le décret du 8 août 1991 leur donnant la possibilité de pratiquer la rééducation périnéo-sphinctérienne d'une incontinence liée aux conséquences directes de l'accouchement.

Confrontée à l'activisme persistant des sages-femmes, la FFMKR demande alors que soit médicalement définie la pratique de l'acte de rééducation périnéo-sphinctérienne. Afin de mieux cibler ce partage de compétences, la Direction générale de la santé (DGS) consulte l'Académie de médecine pour préciser la nature des "soins post-natals" et les limites des "conséquences directes de l'accouchement".

Après avoir entendu Jean Boudot, l'Académie de médecine indique qu'elle ne souhaite pas entrer dans la différenciation entre "soins" et "traitements". Elle considère que les soins post-natals sont réservés aux sages-femmes, formées pour intervenir dans la sphère vaginale, quels que soient les gestes techniques utilisés. Pour des raisons logiques, matérielles et psychologiques, la récente accouchée devait donc être prise en charge par une sage-femme, y compris pour sa rééducation d'incontinence si nécessaire.

La DGS décide que seules les sages-femmes sont habilitées à prendre en charge les soins dans les 3 mois qui suivent l'accouchement, qu'au-delà de ce délai, la prise en charge est partagée entre les sages-femmes et les kinésithérapeutes, et que dans les cas non liés à l'accouchement, les actes sont réservés aux kinésithérapeutes.

En 1990, les manifestations de paramédicaux se succèdent pour dénoncer la désaffection des pouvoirs publics à leur égard, alors que les médecins viennent d'obtenir la participation des caisses au financement de leurs cotisations d'allocations familiales. La FFMKR revendique en vain une revalorisation tarifaire et une réforme de la nomenclature, en préalable à tout engagement de la profession dans un système de maîtrise des dépenses de l'assurance maladie.

Néanmoins, **en avril 1991,** le SNMKR signe avec le gouvernement un protocole instituant un taux d'évolution des dépenses de 6,5 % pour l'année et une lettre-clé AMC pour les actes réalisés en établissement dévalorisée de 20 % par rapport à l'AMK, le tout sans contrepartie financière (un arrêté suspendra cette dévalorisation 6 mois plus tard sous la pression d'un recours en Conseil d'État déposé par la FFMKR).

En mai 1991, Édith Cresson est nommée Premier ministre. Jean-Louis Bianco est ministre des affaires sociales. Bruno Durieux est ministre délégué à la santé.

En avril 1992, Pierre Bérégovoy est Premier ministre. Bernard Kouchner est ministre de la santé.

En 1992, le congrès de la FFMKR décide de participer à une négociation sur la maîtrise des dépenses remboursées pilotée par Anne-Marie Brocas, conseillère technique de Bruno Durieux, ministre délégué à la santé. Mais les adhérents de la FFMKR, consultés par référendum, rejetteront les protocoles qui leur sont proposés. C'est le blocage.

En mars 1993, après les élections législatives, Édouard Balladur est nommé Premier ministre (c'est la deuxième cohabitation). Simone Veil est ministre des affaires sociales et Philippe Douste-Blazy ministre délégué à la santé.

En 1993, la régression de la situation économique des kinésithérapeutes conventionnés se poursuit. Après plus de 6 années de blocage, la valeur de l'AMM est toujours de 11,55 F, soit un acte moyen de kinésithérapie de 69,30 F alors que le prix de la consultation médicale est de 105 F. En 13 ans, l'acte de kinésithérapie, qui était à parité en 1980, a donc décroché, ne représentant plus que 66 % du montant de la consultation médicale.

Dans le même temps, alors qu'en 1980, on dénombrait 32 000 kinésithérapeutes libéraux, soit 62 pour 100 000 habitants, la démographie professionnelle est passée à 46 000 kinésithérapeutes, soit 76 pour 100 000 habitants.

Seuls les kinésithérapeutes exerçant dans les zones de faible densité professionnelle ou ayant une clientèle captive (soit environ 20 % de la profession) parviennent à maintenir leurs revenus, tandis que le pouvoir d'achat de leurs confrères s'effondre.
Après avoir entendu le président de la Cnamts, Jean-Claude Mallet, le congrès extraordinaire d'avril 1993 mandate les dirigeants fédéraux pour reprendre sans préalable la négociation avec les caisses. Pour sortir de cette spirale infernale et régressive, il est devenu indispensable d'arracher une revalorisation des tarifs en engageant les kinésithérapeutes dans un processus de maîtrise médicalisée des dépenses de santé.
Parallèlement, il convient de promouvoir la qualité et la pertinence des actes. La FFMKR crée ainsi en 1993 l'Association française de recherche et d'évaluation en kinésithérapie (Afrek), ancêtre du Collège de la kinésithérapie. Jean-Paul David en sera le premier président.

En 1994, après consultation de ses adhérents par voie référendaire, la FFMKR prend la responsabilité de signer une nouvelle convention qui comprend un objectif prévisionnel annuel des dépenses de 5 % et un plafond d'efficience limitant le nombre d'actes réalisés par chaque kinésithérapeute à 47 000 coefficients par an. Simultanément, la lettre clé AMK passe à 12,20 F, puis à 12,50 F le 1er décembre 1994. Et pour la première fois, l'assurance maladie participe à un fonds pour la formation continue conventionnelle.

D.R.

En 1994, François Maignien est élu président de la FFMKR

Après le rejet d'une requête en Conseil d'État du SNMKR, l'arrêté interministériel sur les nouveaux tarifs conventionnels est finalement publié par Simone Veil le 18 mai 1994.
Des opposants à cette maîtrise médicalisée créent alors le syndicat MK France, qui ne deviendra jamais représentatif.
Malgré les réticences de Simone Veil, la FFMKR continue de revendiquer l'instauration d'un Ordre professionnel autonome, c'est-à-dire présidé par un kinésithérapeute et non par un médecin. Avec le soutien actif de la députée Élisabeth Hubert, la loi instituant l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes est adoptée par l'Assemblée nationale le 4 février 1995.

En mai 1995, Jacques Chirac est élu président de la République. Alain Juppé est nommé Premier ministre. Élisabeth Hubert est ministre de la santé jusqu'en novembre 1995.

Dès sa prise de fonction, Élisabeth Hubert reçoit la FFMKR avant même les syndicats médicaux. Le 1er octobre 1995, l'AMK passe à 12,75 F.

En août 1995, un décret portant création d'un diplôme de cadre de santé commun à toutes les professions paramédicales supprime la spécificité du certificat de moniteur cadre.

En novembre 1995, Jacques Barrot devient ministre des affaires sociales, avec Hervé Gaymard comme secrétaire d'État à la santé.

La FFMKR participe activement aux travaux de réforme de la Sécurité sociale, notamment dans le cadre de la commission Soubie sur les réseaux de soins. Mais l'ordonnance d'avril 1996 concernant le "plan Juppé" prévoit de nouveau de contenir le volume des actes de kinésithérapie par la maîtrise de la prescription quantitative du médecin, ordonnateur des dépenses de soins. La convention médicale stipule même qu'en cas de dépassement de l'objectif des dépenses, un éventuel reversement d'honoraires pourra être minoré par des baisses de prescriptions. Les négociations conventionnelles avec la profession sont vidées de leur substance par ce conflit d'intérêt manifeste, qui rend les kinésithérapeutes dépendants d'une prescription médicale "économique". L'augmentation à 13 F de la lettre-clé prévue le 1er avril 1996 est annulée et ne sera effective qu'un an plus tard, le 1er avril 1997.

En 1996, du fait des demandes toujours plus pressantes des sages-femmes, les négociations se poursuivent : François Maignien intervient auprès d'Hervé Gaymard, dans le cadre de la modification du décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de kinésithérapeute.
Consultée sur ce projet, l'Académie de médecine propose une modification de l'alinéa 9 de l'article 5 de la NGAP : "rééducation périnéo-sphinctérienne, dans les domaines urologique, gynécologique et proctologique, à l'exclusion des soins en période post-natale". Et elle préconise d'exclure du champ de compétence des kinésithérapeutes, pendant une période de 90 jours suivant l'accouchement, la rééducation de l'incontinence urinaire de la femme.

De son côté, la FFMKR demande au ministre Jacques Barrot de soumettre au Conseil d'État le projet de décret de compétence dans sa version adoptée par le Conseil supérieur des professions paramédicales.
Dans un courrier du 8 octobre 1996, à la grande déception de la profession, le Secrétaire d'État à la santé et à la sécurité sociale Hervé Gaymard, tout en indiquant que ce nouveau décret d'actes consacre la reconnaissance de la kinésithérapie, précise à la FFMKR que ce texte confirme la compétence des kinésithérapeutes dans la rééducation périnéo-sphinctérienne "y compris du post-partum à compter du 90e jour après l'accouchement".

En octobre 1996, le nouveau décret d'actes et d'exercice est publié, avec l'identification du diagnostic kinésithérapique, le choix des actes et l'intégration de la prévention.

En 1997, les premières références masso-kinésithérapiques opposables (RMKO) destinées à remplacer les plafonds d'efficience, sont validées par l'Andem. Mais la convention médicale étouffera dans l'œuf cette velléité d'autonomie en s'appropriant ce dispositif dans le cadre des références médicales opposables (RMO).
Alors que l'activité libérale est bridée, l'activité en établissement, non concernée par les objectifs de dépenses, flambe. En janvier 1997, la FFMKR organise des barrages filtrants devant les centres de rééducation pour dénoncer cette concurrence déloyale. Répondant aux protestations de la FFMKR, Jacques Barrot confie alors à sa conseillère Anne-Marie Brocas une mission sur l'exercice libéral de la kinésithérapie, prélude de la réforme de 2000. Mais l'alternance politique faisant suite à la dissolution de l'Assemblée nationale interrompra cet exercice
Après plus de 2 ans de tergiversations, l'arrêté du 27 juin 1997 organisant les élections ordinales est enfin publié. Cette errance permettra l'abrogation de la loi de février 1995 par la loi du 5 mars 2002, avant que l'Ordre ne soit finalement rétabli par la loi du 9 août 2004.

En juin 1997, à la suite de la dissolution de l'Assemblée nationale et des élections législatives, Lionel Jospin est nommé Premier ministre (c'est la troisième cohabitation). Martine Aubry est ministre de l'emploi et de la solidarité. Bernard Kouchner est secrétaire d'État à la santé.

Par un arrêté du 15 juillet 1997, Bernard Kouchner abroge l'arrêté du 27 juin organisant les élections ordinales.

En signe de protestation, Alain Poirier, qui était en charge de l'éthique à la Fédération, démissionne de son poste d'assesseur titulaire de la section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des médecins. Jacques Vléminckx lui succédera.
La FFMKR attaque alors cette mesure devant le Conseil d'État, qui condamnera finalement l'État à une astreinte financière jusqu'à ce que l'Ordre des kinésithérapeutes soit supprimé par la loi du 5 mars 2002.

En octobre 1997, le congrès de la FFMKR adopte 10 propositions pour une plus grande autonomie de la kinésithérapie, revendications qui seront reprises en janvier 1998 par toute la profession lors des Assises de la réforme.
Pour la première fois, la progression des dépenses de kinésithérapie est négative (-1,1 %). En 1998, pour dénoncer la politique du "tout médecin" et en réaction à la décision par les caisses de verser une prime aux médecins pour les récompenser des limitations de leurs prescriptions, la FFMKR provoque des manifestations qui conduiront en mai à la signature d'un protocole d'accord avec le président de la Cnamts, Jean-Marie Speath, prévoyant une revalorisation de l'AMK à 13,30 F.
Mais, prétextant une nouvelle accélération des dépenses de kinésithérapie, la ministre de la solidarité Martine Aubry décide autoritairement de différer l'approbation de l'avenant tarifaire au 1er novembre 1998.

En juillet 1999, Dominique Gillot succède à Bernard Kouchner comme secrétaire d'État à la santé.

En juillet 1999, un avenant tarifaire portant l'AMK à 13,40 F est publié.
Créé par la loi de financement de la sécurité sociale de 1999, le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) est constitué au sein de la Cnamts. Il est géré par un comité national dont la composition nominative est fixée par arrêté du 10 janvier 2000. François Maignien est membre du bureau national, représentant des professions de santé de ville. Pour la kinésithérapie, le FAQSV a notamment permis le financement des réseaux bronchiolite.
Simultanément, Martine Aubry confie à Anne-Marie Brocas le pilotage d'un groupe de travail sur la réforme de l'exercice libéral des paramédicaux.

En septembre 1999, au nom du gouvernement, Martine Aubry et Dominique Gillot adoptent officiellement les propositions d'Anne-Marie Brocas.

LA RÉFORME 2000
LE DÉBUT DE L'ÉMANCIPATION DE LA PROFESSION

En février 2000, l'expérimentation de l'accès aux études par le PCEM1, jusqu'alors limitée à 6 sites, est étendue.

En mars 2000, un arrêté annule les dispositions de l'arrêté de janvier 1962 qui rendaient la prescription médicale obligatoirement "qualitative et quantitative".

En juin 2000, le décret d'actes et d'exercice reconnaît le libre choix des actes et des techniques par le kinésithérapeute ainsi que l'acte intellectuel du bilan diagnostic kinésithérapique.

En octobre 2000, la réforme de la nomenclature revalorise les coefficients dans une fourchette plus resserrée, avec des actes moins descriptifs, et rémunère le bilan diagnostic. La demande d'entente préalable est remplacée par une demande d'accord préalable, pour la poursuite du traitement au-delà des seuils fixés par les référentiels. La prescription médicale devient indicative. La durée moyenne des actes est de l'ordre de 30 minutes. Le coefficient moyen des actes passe de 6 à 7,5.
Les articles de cette nouvelle nomenclature ont alors été largement exposés et commentés dans la revue *Kiné Actualité*, puis ont fait l'objet d'un guide pratique édité par la SPEK à l'initiative de son directeur Gérard Colnat.
Ainsi, le redressement amorcé en 1994 est confirmé, puisqu'en 2002 la valeur de l'AMK est de 2,04 €, soit un acte moyen de kinésithérapie de 15,30 €, alors que le prix de la consultation médicale est de 20 €. L'acte de kinésithérapie représente donc désormais 77 % du montant de la consultation médicale.
Et, conformément aux préconisations du rapport Brocas, **la loi du 5 mars 2002 sur les droits des malades et la qualité du système de santé reconnaît aux kinésithérapeutes la compétence de prescrire des produits et petits matériels nécessaires à leur exercice.**
Cependant, les kinésithérapeutes, encore trop formatés comme des auxiliaires médicaux exécutants, et sans doute pas suffisamment informés par les syndicats de la portée de la réforme, ne sont pas préparés à assumer ces nouvelles responsabilités. Influencés par les médecins, nombre de kinésithérapeutes considèrent ainsi les quotas comme une atteinte à la liberté d'exercice et le bilan diagnostic est dénoncé comme une tracasserie administrative chronophage...
Il faut dire que, dans le même temps, soufflant le chaud et le froid, les pouvoirs publics ont attisé la colère de la profession, rendant du même coup inaudible la pédagogie qui devait accompagner les réformes.
Tandis que la démographie professionnelle continue de progresser (53 000 kinésithérapeutes en 2000, dont 41 000 libéraux), les actes se multiplient (+ 10 % de dépenses remboursées en 2001) et les soins à domicile sont progressivement délaissés.
Dans le même temps, compte-tenu de la bonne santé financière de la FFMKR et de ses services, le bureau fédéral acte le principe de se porter acquéreur de locaux afin de mieux loger la Fédération et ses services. Le trésorier général Gérard Colnat est chargé de cette recherche qui s'avèrera longue et délicate en raison de la complexité des besoins.

En juillet 2000, les caisses d'assurance maladie décident d'appliquer les nouvelles dispositions de la loi de financement de la Sécurité sociale pour baisser autoritairement la valeur des lettres-clés des kinésithérapeutes (elles feront de même pour les radiologues, les biologistes et les orthoptistes).

En octobre 2000, Élisabeth Guigou succède à Martine Aubry comme ministre de l'emploi et de la solidarité dans le gouvernement de Lionel Jospin.

Le 26 octobre 2000, le Centre national des professions de santé (CNPS) organise une "journée santé morte", qui sera suivie en décembre 2000 d'une "semaine santé morte".
Élisabeth Guigou commande alors un rapport sur la rénovation de la politique contractuelle et la promotion de soins de qualité, afin de préparer un "Grenelle de la santé".
Parallèlement, le président de la Cnamts, Jean-Marie Speath, favorise une concertation entre les syndicats des profes-

sionnels de santé signataires de conventions et les syndicats majoritaires au conseil d'administration pour une réforme de la médecine de ville basée sur la complémentarité des acteurs et la coordination des soins.

En janvier 2001 puis en juillet 2001, le "Grenelle de la santé" se réunit et ses propositions, conformes aux préconisations de la FFMKR, serviront d'ossature à la loi de financement 2002 et à la loi du 6 mars 2002 rénovant les relations conventionnelles : un dispositif à 2 étages est notamment mis en place avec un accord-cadre interprofessionnel (Acip) commun à toutes les professions de santé, dont la négociation est confiée au CNPS.

En janvier 2001, la FFMKR consulte ses adhérents par référendum et décide de résilier la convention si les lettres-clés ne retrouvent pas leur valeur de 1999.
Un recours en Conseil d'État est déposé contre la décision de baisse des honoraires des kinésithérapeutes, que l'évolution des dépenses ne justifie pas. François Maignien, dans le cadre du "Grenelle de la santé", fait part publiquement à la ministre de l'intention de la FFMKR de sortir du système conventionnel.

Le 5 juin 2001, le président de la Cnamts adresse un courrier à François Maignien lui indiquant qu'il va soumettre à son conseil d'administration et aux présidents des deux autres caisses nationales le rétablissement de la lettre-clé de la profession dans le cadre d'un accord conventionnel.

Outre le rétablissement de la valeur des lettres-clés, l'accord conventionnel balise clairement "la démarche de restructuration et la revalorisation de la pratique professionnelle des kinésithérapeutes entreprise notamment autour du bilan kinésithérapique" avec :
- Pour la fin 2001, l'adaptation du dispositif de la formalité de l'entente préalable, les modalités de transmission par voie électronique de la prescription médicale, la coordination des soins et des réseaux, ainsi que les recommandations de bonne pratique et la mise en œuvre des références professionnelles élaborées avec l'Anaes (aujourd'hui HAS) ;
- Pour le 15 février 2002, la démographie professionnelle et la régulation de l'installation, ainsi que les contrats individuels de bonne pratique ;
- Jusqu'au 1er janvier 2006, la poursuite des travaux sur la réforme de la nomenclature avec des revalorisations ciblées et différenciées.

Le 23 octobre 2001, le projet d'avenant rétablissant la valeur des lettres-clés est soumis au congrès des Sables d'Olonne, qui accepte de rester dans le système conventionnel. Quelques jours plus tard, le conseil d'administration de la Cnamts valide à son tour cet avenant, sur proposition de son président Jean-Marie Speath, malgré l'opposition du directeur de la caisse, Gilles Johanet.
En dépit du désaccord de Laurent Fabius, ministre des finances, le Premier ministre Lionel Jospin arbitre en notre faveur : Élisabeth Guigou entérine l'avenant, et le Conseil des ministres remplace Gilles Johanet par Daniel Lenoir au poste de directeur de la Cnamts.

D.R.

En octobre 2001, Jean-Paul David est élu président de la FFMKR

En décembre 2001, jugeant la FFMKR responsable de la baisse de la valeur des actes, après s'être organisés en collectifs pour manifester dans toute la France, des kinésithérapeutes se regroupent au sein du syndicat Objectif-Kiné, qui fusionnera en 2005 avec le SNMKR pour former l'UNMSKL (mais en août 2020, Objectif-Kiné est officiellement dissout).

Le 6 mars 2002, la loi sur les droits des malades et la qualité du système de santé reconnaît le titre d'ostéopathe et définit les conditions d'obtention du titre d'ostéopathe. Sur ce dossier, la politique de la FFMR comme celles de toutes les professions de santé unies est claire : garder cette pratique au sein du monde de la santé. Par ailleurs, la loi abroge les textes créant l'Ordre des kinésithérapeutes pour le remplacer par un Conseil des professions d'infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure podologue, orthophoniste et orthoptiste. Ce conseil ne sera finalement jamais constitué.

En mai 2002, Jacques Chirac est réélu président de la République. Jean-Pierre Raffarin est nommé Premier ministre. Jean-François Mattei est ministre de la santé.

Le 3 juin 2002, un avenant technique est signé sur la formation continue, les télétransmissions et l'installation (avec une aide financée par le FAQSV).

Le 30 juillet 2002 : la convention nationale, conclue le 3 février 1994 pour une durée de 5 ans, et approuvée par arrêté le 31 octobre 1996 arrive à échéance. D'une part, le dispositif des seuils d'efficience reste mal accepté par une partie de la profession et d'autre part, les 5 dernières étapes de revalorisation des actes par la nomenclature, corollaires à cette limitation d'activité, ne sont toujours pas mises en place.

Alors que la convention nationale est reconduite par avis au *Journal Officiel* du 30 juillet 2002, la négociation visant à aligner notre convention sur la loi de mars 2002 débute le 15 septembre 2002. Mais une fois encore, la politique d'exigences tarifaires préalables de la FFMKR se heurte au dogmatisme budgétaire de Bercy.

Le 10 avril 2003, signature d'un avenant revalorisant l'IFD (indemnités forfaitaires de déplacement) à 2 €, de l'IK (indemnités kilométriques) à 0,38 € et la mise en place de la fiche de synthèse du bilan diagnostic kinésithérapique (BDK).

En juin 2003, la Fiopf (Fédération internationale des organisations de physiothérapeutes francophones) est créée sous l'impulsion de la FFMKR, qui en a toujours assuré la présidence depuis son origine.
Elle a une double mission : le développement du français au sein de notre profession dans les pays francophones, et un rôle de *lobbying* auprès de la WCPT pour que les congrès internationaux ne se déroulent pas uniquement en anglais.

Le 13 octobre 2003, signature d'un avenant revalorisant d'un point le BDK.

En octobre 2003, le Premier ministre Jean-Pierre Raffarin installe le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAM).

26 décembre 2003, signature d'un avenant avec revalorisation d'un point pour la rééducation respiratoire.

Février 2004 : Jean-François Mattei réunit un Ségur de l'assurance maladie.

Mars 2004 : Le bureau fédéral travaillait depuis son élection à la recherche de locaux permettant à la Maison des kinésithérapeutes de se doter d'un outil performant. En 2004, la FFMKR, après 2 ans de recherches, décide d'acheter 1 500 m² de locaux au 3 rue Lespagnol, dans le 20e arrondissement de Paris. Cette acquisition permet à notre syndicat de se doter, à l'image de tous les syndicats du monde de la santé leaders dans leur profession, de locaux adaptés aux attentes des adhérents et du personnel, leur permettant de travailler dans de bonnes conditions.

En avril 2004, Philippe Douste-Blazy succède à Jean-François Mattei au ministère de la santé. Xavier Bertrand est secrétaire d'État à l'assurance maladie.

Le 9 août 2004, la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de Santé Publique recrée l'Ordre professionnel des masseurs-kinésithérapeutes, à la grande satisfaction de la profession.

Le 13 août 2004, la loi portant réforme de l'assurance maladie est votée. Elle a un double objectif :
- économique : soigner mieux en dépensant mieux (et moins si possible...) ;
- politique : prise en main par l'État de la gouvernance de l'assurance maladie, avec la création de l'Uncam (Union nationale des caisses d'assurance maladie) avec un directeur aux pouvoirs étendus, non plus désigné par le conseil d'administration mais nommé par le Premier ministre. C'est Frédéric Van Roekeghem, ancien directeur de cabinet du ministre de la Santé Philippe Douste-Blazy, qui est nommé en 2004, assisté de Jean-Marc Aubert, ancien directeur de cabinet de Xavier Bertrand lorsqu'il était secrétaire d'État à la santé, et de Thomas Fatome. Dans le même temps, Michel Régereau remplace Jean-Marie Speath et devient président de l'Uncam.
Cette loi est toujours en application, avec chaque année une loi de financement de sécurité sociale (LFSS) votée par le parlement fixant un Ondam (Objectif national des dépenses d'assurance maladie). C'est dans ce contexte contraint que les négociations menées par la FFMKR ont désormais lieu.
Les directeurs successifs de l'Uncam seront Frédéric Van Roekeghem (2005-2013), Nicolas Revel (2013-2020) et Thomas Fatome (depuis septembre 2020).

En 2004, Françoise Devaud est élue présidente de la Carpimko.

En 2005, Dominique de Villepin est nommé Premier ministre. Xavier Bertrand est ministre de la santé, et Philippe Bas ministre délégué à la sécurité sociale.

29 juin 2005 : les nouveaux locaux de la FFMKR, après quelques travaux, sont inaugurés par le Ministre de la Santé Xavier Bertrand.

D.R.

En octobre 2005, Alain Bergeau est élu président de la FFMKR

En octobre 2005, Fanny Rusticoni est élue Première secrétaire générale de la FFMKR.

18 novembre 2005 : Dès sa nomination, à la demande de la FFMKR, le nouveau directeur de l'assurance maladie Frédéric Van Roekeghem suspend les procédures engagées au titre des plafonds d'efficience 2003 et 2004, signant ainsi le passage d'une maîtrise comptable à une maîtrise médicalisée, et surtout la volonté de travailler avec les kinésithérapeutes comme avec les autres professions de santé, dans le cadre conventionnel d'une régulation médicalisée.

Depuis le 14 janvier 2006, les kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire certains dispositifs médicaux dont la liste est fixée de façon limitative par arrêté. La profession ne s'est malheureusement pas emparée de cette réforme simple et efficiente, alors qu'elle était fortement demandeuse.

14 mars 2006 : Le décret d'application concernant l'Ordre des kinésithérapeutes est publié au *Journal Officiel* (décret n°2006-270 du 7 mars 2006).

En juillet 2006, Jean-Paul David est élu président du CNOMK. Pendant cette période d'installation des instances ordinales, à tous les niveaux, la FFMKR comme l'UNSMKL souffriront au niveau humain du départ de nombreux cadres, et au niveau des adhésions de la cotisation ordinale, dont le tarif est jugé élevé au vu des revenus moyens de la profession.

En 2006, Françoise Escarment est élue présidente de l'Afrek symbolisant une nouvelle fois l'accession des conseillères fédérales à des postes de responsabilités de haut niveau.

25 mars 2007 : Publication des décrets précisant les modalités de formation des ostéopathes. Parallèlement, la FFMKR, sentant le danger et bien qu'isolée au sein de la profession, demande que la formation en ostéopathie soit incluse dans notre formation initiale, permettant ainsi à notre profession de garder ce pan de notre activité non conventionnée.

3 avril 2007 : Parution au *Journal Officiel* de la nouvelle convention. Cette nouvelle convention, qui est toujours d'actualité, est basée sur :
- Une maîtrise médicalisée, avec notamment comme base les référentiels et recommandations en masso-kinésithérapie fournies par la HAS, et d'autre part l'optimisation du placement en SSR et en CRF à partir des travaux de la HAS ;
- Une revalorisation de la coordination des soins avec la promotion et la revalorisation du BDK ;
- Une valorisation des actes de masso-kinésithérapie ciblée sur les actes de rééducations ostéo-articulaires, en cohérence avec les recommandations de la HAS du 29 mars 2006, avec une augmentation de 0,5 point de tous les coefficients pour les rééducations rachidiennes et ostéo-articulaires, soit 1,02 € par acte, correspondant à 6,80 % d'augmentation sur 70 % des actes de masso-kinésithérapie ;
- Un travail avec les Missions Régionales de Santé sur la démographie des kinésithérapeutes et leur répartition ;
- La promotion de la retransmission des feuilles de soins électroniques par les kinésithérapeutes, avec une revalorisation des aides à la télétransmission. Cette nouvelle convention, portée et négociée par la FFMKR seule, fut signée au dernier moment par l'UNSMKL.

En mai 2007, Nicolas Sarkozy est élu président de la République. François Fillon est Premier ministre. Roselyne Bachelot est ministre de la santé.

Mai 2007 : Des masseurs-kinésithérapeutes, essentiellement salariés, opposants à la création de l'Ordre, créent le syndicat Alizé.

8 mars 2008 : Parution au *Journal Officiel* de l'avenant 1 à la convention nationale instituant la suppression de l'envoi de la fiche initiale du BDK.

Le 3 novembre 2008, un décret définit le code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes. Désormais la FFMKR, principal syndicat de la profession, va comme les syndicats médicaux travailler à conjuguer ses missions de défense des droits et des intérêts des kinésithérapeutes avec le rôle de l'Ordre, garant de l'honneur et de l'indépendance de la profession. Cette complémentarité ne doit pas poser de problèmes, si chaque structure respecte les missions fixées par la loi, surtout dans la mesure où l'on retrouve au conseil national de l'Ordre pratiquement tous les anciens présidents et responsables nationaux des syndicats qui ont été à l'origine de sa création.

En novembre 2008 est organisée la campagne "Touche pas à mon kiné" contre la forfaitisation des soins.

En décembre 2008, constatant que dans notre système de santé basé uniquement sur le curatif, le préventif est le grand oublié, la FFMKR se mobilise pour que le masseur-kinésithérapeute soit un acteur incontournable de la prévention, et intervient notamment auprès de certaines mutuelles pour obtenir un financement de ces activités.

En mars 2009, Christian Guichardon est élu trésorier de l'UNAPL, qui regroupe toutes les professions libérales.

En avril 2009, la FFMKR souhaite, dans le cadre de la politique conventionnelle de maîtrise médicalisée, s'appuyer (à l'instar des professions médicales) sur une structure scientifique permettant de l'aider, et réfléchit à la création du Collège de la masso-kinésithérapie.

Le 28 mai 2009 sont organisés "les jeudis de la colère".

Le 19 juillet 2009, la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite HPST), portée par Roselyne Bachelot, est adoptée avec 4 objectifs :
- La modernisation des établissements de santé ;
- L'amélioration de la qualité des soins ;
- La prévention et la santé publique ;
- L'organisation territoriale du système de santé.

En novembre 2009, Roselyne Bachelot, ministre de la Santé, assiste au 46e Congres de la FFMKR qui a lieu à Angers.

La loi HPST a été combattue par la grande majorité des syndicats des professions de santé, dont la FFMKR, ainsi que par les structures interprofessionnelles : CNPS et UNPS (Union nationale des professions de santé), dont la présidence à cette époque était assurée par le président de la FFMKR, Alain Bergeau.

On reprochait à cette loi :
- Son aspect hospitalo-centré et l'absence totale de concertation du monde libéral.
- Son objectif d'affaiblissement des syndicats des professions de santé, par la création des Unions régionales des professions de santé (URPS) à cotisation obligatoire, et surtout avec un mode électif pour les grandes professions. Ces élections sont d'autant plus importantes qu'elles déterminent la représentativité des syndicats professionnels, qui ont notamment un droit d'opposition ou de signature au niveau conventionnel, engageant toute une profession.
- Le rôle consultatif des élus dans les Agences régionales de santé (ARS). En effet, les représentants professionnels issus des listes présentées par les syndicats ont uniquement une voix consultative, le directeur de l'ARS étant le "super préfet sanitaire de la région".
- L'article 51 permettant localement la mise en place, à titre dérogatoire, de transferts d'actes ou d'activités de soins. Tous les syndicats des professions de santé se sont opposés à cet article, qui a été au centre du combat, de façon à éviter le contournement et l'appauvrissent du système conventionnel.

En période de raréfaction de la ressource humaine et financière, la FFMKR souhaitait :
- Une optimisation à chaque étape de la prise en charge des patients ;
- Une véritable coordination des professionnels de santé autour du patient, à condition :
• De ne pas confondre transfert de taches et délégation de compétences ;
• Que la coordination soit faite par les professions libérales et non par de nouvelles professions salariées ;
• Que la prise en charge des nouvelles missions soit attractive ;
• Que cette prise en charge coordonnée identifie clairement les kinésithérapeutes de ville avec leurs valeurs libérales.

La création du Développement professionnel continu (DPC) marque la fin de l'un des avantages conventionnels, la formation continue conventionnelle, géré paritairement avec

l'assurance maladie. Le DPC a pour objectif l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que la priorité de santé publique et de maîtrise des dépenses de santé.
L'UNPS a été créée par la loi HPST en 2009. Cette structure, qui regroupe tous les syndicats représentatifs des professions de santé, négocie avec l'assurance maladie l'Acip sur des sujets transversaux communs à toutes les professions de santé, en complémentarité avec les négociations mono-professionnelles. Sa présidence (mandat de 2 ans, renouvelable 1 fois) est assurée en alternance par un médecin et un non-médecin.

23 juillet 2010 : La profession a perdu de fait le monopole du massage bien-être, puisque le gouvernement a reconnu aux esthéticiennes le modelage, malgré la création de l'Ordre dont la mission première était, dans l'esprit de ses créateurs, de donner à la profession les moyens financiers de lutter contre l'exercice illégal et de préserver ainsi notre monopole. Un accord est trouvé entre les kinésithérapeutes et les esthéticiennes, distinguant la pratique du massage (réservé aux kinésithérapeutes) du modelage (proposé par les esthéticiennes). Mais au-delà de cet accord, l'objectif est de lutter contre tous ceux qui, hors de ces 2 professions, pratiquent ces techniques sans formation digne de ce nom.

Juin 2010 : Mise en place d'un comité de pilotage dont l'objectif est la création d'un collège de la masso-kinésithérapie.

Octobre 2010 : La FFMKR crée Ocevia, "l'expert-comptable destiné aux kinésithérapeutes", avec ses services de tenue de comptabilité et de gestion de la paie et ses services juridiques. Une mesure avant-gardiste qui prend aujourd'hui toute son importance, avec la suppression progressive des AGA prévue par le PLF 2020.

En novembre 2010, au Congrès de Lille, la FFMKR réaffirme son opposition totale à la volonté du CNOMK de créer la profession d'aides-kinés.

En novembre 2010, Xavier Bertrand succède à Roselyne Bachelot au ministère de la santé. Nora Berra est secrétaire d'État.

En décembre 2010 : Organisation des premières élections aux URPS. Concernant les masseurs-kinésithérapeutes, la FFMKR remporte haut la main ces premières élections avec 55,72 % des voix. L'UNSMKL obtenant 37,15 % des voix, ce résultat permet à la FFMKR de négocier seule et de s'opposer à toute signature qu'elle jugerait mauvaise, ceci pour une durée de 5 ans. Le taux de participation à ces élections est de 28,78 %.

23 juillet 2011 : Parution de l'avenant 2 à la convention nationale portant sur le régime des avantages complémentaires vieillesse.

En septembre 2011, le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes demande au gouvernement une modification de leur code de déontologie (qui établit aussi leurs compétences) afin d'obtenir la rééducation de tous les troubles périnéo-sphinctériens des femmes, y compris des nullipares.

Alain Bergeau alerte le ministre de la santé, Xavier Bertrand, sur les inquiétudes de la profession si une telle modification était adoptée, et demande une réunion en urgence avec toutes les parties concernées. Les kinésithérapeutes ne comprennent pas les raisons de cet empiétement sur leurs compétences, puisqu'objectivement leur intervention est favorable à la santé publique, dans la mesure où ils sont en nombre suffisant sur le territoire. Et accessoirement, leurs actes coûtent moins cher à l'assurance maladie.

30 novembre 2011 : L'avenant 3 à la convention est signé. Il revalorise la lettre-clé de 2,04 à 2,15 € (donc de + 5,6 %, mesure applicable le 15 juillet 2012) et l'IFD, officialise la suppression totale de la DEP (Demande d'entente préalable) et l'instauration d'une régulation démographique conventionnelle touchant 3 000 kinésithérapeutes dans les zones surdotées, avec des aides à l'installation pour 2 000 kinésithérapeutes dans les zones très sous-dotées et 3 000 dans les zones sous-dotées. Le diagnostic ayant conduit à cet avenant, adopté en congrès par 51,70 % des voix, était bon puisque la libre circulation des diplômes européens avait rendu caduque la maîtrise de la démographie professionnelle par les quotas de places dans les IFMK français, et dynamisé la densification des professionnels dans les zones urbaines.
Mais cet avenant fut attaqué et, en mars 2014, le Conseil d'État a annulé partiellement, pour des questions de forme, le conventionnement sélectif mis en place. Les relations entre l'assurance maladie et le syndicat signataire devinrent tendues, avec des conséquences néfastes. La FFMKR, premier syndicat de la profession, a toujours été attachée au système conventionnel, aussi bien au niveau mono-professionnel

qu'interprofessionnel. Sa signature a été le moteur des revalorisations et des réformes contenues dans les conventions et les avenants. C'est donc l'aptitude de la FFMKR à respecter ses engagements et à porter sa signature qui a fait et feront sa force et son image de syndicat reconnu par les pouvoirs publics, que ce soit le gouvernement ou les caisses. Néanmoins, la FFMKR est aussi en capacité de s'opposer à une convention ou à un avenant, si un Congrès décide que les valeurs qu'elle porte sont attaquées.

26 janvier 2012 : La FFMKR lance auprès des professionnels une enquête relative à l'exercice de la périnéologie, concluant de manière positive sur l'argumentation apportée et la mobilisation de la profession. Le ministère de la santé informe la FFMKR du "maintien du statu quo sur ce dossier". De fait, le texte transmis au Conseil d'État ne comportait pas la disposition litigieuse.

En février 2012, afin de rechercher un "*modus vivendi*", Alain Bergeau et Fanny Rusticoni rencontrent le CNOSF (Conseil national de l'ordre des sages-femmes), sans succès. Une nouvelle réunion est organisée à l'initiative de la DGOS (Direction générale de l'offre de soins), en présence des structures syndicales des 2 professions (la FFMKR et l'UNSMKL pour les kinésithérapeutes) et des 2 ordres nationaux, sans plus de réussite. À la suite de cette réunion, surprise de la position de la DGOS laisant craindre la reprise par une autre profession d'un pan de notre exercice, la FFMKR décide de présenter un dossier à Clara de Bort, conseillère de Xavier Bertrand, comprenant l'état des lieux de la rééducation en périnéologie, avec différents éléments dont certains proviennent de 2 sociétés savantes. La FFMKR rencontre également des députés afin de leur expliquer que la rééducation périnéo-sphinctérienne s'adresse aussi aux hommes, pour différentes pathologies, et que les sages-femmes n'ont pas ces compétences en urologie.
Au final, celles-ci sont autorisées à réaliser des actes de rééducation des troubles périnéo-sphinctériens des femmes au-delà du post-partum (pour "les troubles consécutifs à un accouchement"), et aussi des nullipares, mais pour ces dernières uniquement sur prescription d'un médecin et avec une demande d'entente préalable.

Le 1er mars 2012, signature de l'Acip par l'UNPS, présidé par Alain Bergeau de 2009 à 2013. Cet Acip, approuvé par la ministre des affaires sociales et de la santé le 1er mars 2012, renforce le système conventionnel interprofessionnel, avec pour but :
- Le développement des expérimentations de coordination des soins autour du patient notamment lors de la sortie d'hospitalisation ;
- La prise en charge des patients atteints de maladie chronique, et de la dépendance à domicile ;
- L'optimisation des relations caisses-professions de santé au niveau informatique ;
- L'optimisation des avantages sociaux au niveau conventionnel ;
- La prévention.

En mai 2012, François Hollande est élu président de la République. Jean-Marc Ayrault, Manuel Valls et Bernard Cazeneuve se succèdent au poste de Premier ministre. Marisol Touraine est ministre de la santé pendant tout le quinquennat.

En novembre 2012 : Le Collège de la masso-kinésithérapie est créé à l'initiative de la FFMKR et installé officiellement le 29 novembre 2012. Il permet, à l'image des professions médicales, de doter la kinésithérapie d'un outil indispensable au niveau scientifique. Son rôle, en collaboration avec la Haute Autorité en Santé (HAS), est l'amélioration des démarches de bonne pratique et d'évaluation de ces pratiques. Ses sollicitations n'ont fait que croître depuis sa création, et l'on doit féliciter tous ses membres qui lui ont permis de devenir un acteur reconnu.

En mars 2013, Alain Bergeau est élu trésorier de l'UNAPL, succédant à Christian Guichardon.

25 juin 2013 : Signature de l'avenant 4 à la convention nationale concernant notamment le projet Scor (expérimentation de la télétransmission de l'ordonnance numérisée) et la prise en charge des cotisations sociales pour les revenus des kinésithérapeutes tirés de l'activité libérale en structure.

D.R.

En octobre 2013, Daniel Paguessorhaye est élu président de la FFMKR

Françoise Devaud est la première femme élue à la vice-présidence de la FFMKR. Corinne Friche est Première secrétaire

générale.Le Collège de la masso-kinésithérapie est présidé par Fanny Rusticoni de 2014 à 2016.

En décembre 2013 la FFMKR participe au mouvement organisé par l'UNAPL, "les professions libérales asphyxiées".

Fin 2014 : Parution des textes qui instituent une formation en 5 ans pour l'ostéopathie, avec surtout des agréments pour un nombre très réduit d'écoles formant des professionnels de santé à l'ostéopathie par rapport aux agréments données aux écoles d'ostéopathie destinées aux non professionnels de santé, confirmant les craintes de la FFMKR évoquées lors de la réforme de notre formation initiale. Cela laisse penser que dans les années à venir, les usagers se tourneront de plus en plus vers l'offre pléthorique des ostéopathes exclusifs.

Le 2 Septembre 2015, l'arrêté relatif au DE de masso-kinésithérapie fixe la durée de la formation à 5 ans, avec une année de formation-orientation au sein des universités selon 3 voies d'accès (Paces, L1 Staps, Sciences) suivie de 4 années en IFMK. Le concours d'entrée PCB (physique-chimie-biologie) est donc supprimé.

Des décrets officialisent la mise en œuvre de nouveaux référentiels d'activités et de compétences et de formation. Cette réglementation, fruit de longues et difficiles négociations menées sur plusieurs années par l'ensemble des organisations représentant la profession (Ordre, syndicats de libéraux et de salariés, étudiants et directeurs d'instituts) avec les ministères de la santé et de l'enseignement supérieur, ne saurait pourtant se résumer à la réforme sur 5 ans de la durée des études. Le but de cette nouvelle formation est d'amener l'étudiant à "concevoir et réaliser des travaux de recherche pour permettre le développement de l'esprit scientifique, de la problématisation et de la réflexivité, transposables dans les pratiques professionnelles d'éducation et de soins".
Néanmoins, cette réforme reste inachevée :
- La reconnaissance au grade Master n'est pas encore effective pour les kinésithérapeutes.
- Les frais d'inscription pour les études de masso-kinésithérapie restent scandaleusement élevés.
- Les dispositions anachroniques de l'arrêté de 1962 ne sont toujours pas abrogées.
- Le décret d'actes et d'exercice n'est toujours pas remplacé par un décret de compétences conforme aux référentiels de 2015.

Et au-delà des compétences générales, il reste à définir les pratiques avancées.

Le 11 décembre 2015, lors des élections aux URPS, l'UNSMKL arrive en tête avec 44,06 % des voix, en progression de 7 %. La FFMKR obtient 43,24 %, en baisse de 12,5 %. Alizé obtient 12,5 % des voix. La FFMKR obtient 118 sièges, à comparer aux 115 de l'UNSMKL et aux 25 d'Alizé. Au vu de ces résultats, la FFMKR perd sa majorité absolue qui lui permettait soit de signer seule, soit de s'opposer à un avenant.
Ces résultats sanctionnent, dans notre profession comme dans toutes les professions de santé, les syndicats conventionnalistes, comme nous le redoutions lorsque nous nous opposions à la loi HPST, favorisant l'affaiblissement des syndicats signataires et la montée des syndicats minoritaires. À noter : un taux de participation en baisse de 4,7 % par rapport à décembre 2010, de l'ordre de 24 %. Ce faible taux, à l'image de celui des élections ordinales, doit nous faire réfléchir sur la capacité de notre profession à s'accaparer un rôle dans les différentes structures créées.

26 janvier 2016 : le droit de prescription des masseurs-kinésithérapeutes est élargi aux substituts nicotiniques.

La loi santé de janvier 2016 réforme l'article L 4321-1 du code de la santé publique qui, historiquement, identifiait la profession par les pratiques qui avaient présidées à sa création, à savoir le massage et la gymnastique médicale. Elle définit désormais la profession non plus par des techniques, mais par des compétences, ce qui est une avancée demandée depuis 2010. La loi autorise désormais le médecin traitant, dans le cadre du parcours de soins des patients ALD, à prescrire une activité physique adaptée à leur pathologie. Le dispositif du DPC est réformé.

Le 9 Juillet 2016, Daniel Paguessorhaye succède au Dr Jean-François Rey, démissionnaire à la présidence de l'UNPS.

En octobre 2016, les résultats de l'enquête de représentativité des organisations syndicales de masseurs-kinésithérapeutes conventionnés avec l'assurance maladie confirme le caractère représentatif des 2 syndicats FFMKR et UNSMKL. Alizé, malgré son résultat obtenu aux élections URPS, n'est pas reconnu représentatif, ayant un nombre d'adhérents beaucoup trop faible (0,45 % de la profession) et reste donc exclu des négociations conventionnelles.

Le décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 précise les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée (APA) : elle consiste en une action de prévention au moyen de techniques physiques et sportives, distincte des actes de rééducation réservés aux professionnels de santé.

En mai 2017, Emmanuel Macron est élu président de la République. Édouard Philippe est nommé Premier ministre. Agnès Buzyn est ministre de la santé.

Le 5 juillet 2017, la FFMKR participe à une manifestation contre la dérégulation de la profession (transposition sans restriction de la directive européenne sur l'accès partiel) et l'arrêté du 13 février 2018 concernant les chiropracteurs, qui se voient attribuer la reconnaissance Master.

En juillet 2017, Daniel Paguessorhaye est réélu président de l'UNPS pour 2 ans. Patrick Corne devient le pilote de la commission informatique, récompensant son engagement sans faille sur ce sujet depuis de nombreuses années.

En novembre 2017, l'UNSMKL signe seule l'avenant 5, attaqué en février 2018 par la FFMKR après sa parution au Journal Officiel. Le 10 juillet 2019, le Conseil d'État annule certaines dispositions de l'avenant 5, mais pas le conventionnement sélectif.

En décembre 2017, l'Agakam poursuit son développement avec un nombre d'adhérents qui double, grâce notamment à l'arrivée de chirurgiens-dentistes. Cette politique a but d'anticiper la réforme à venir des OGA, qui leur imposera un nombre minimum d'adhérents.

Sébastien Guérard devient président du Collège de la Masso-Kinésithérapie (CMK).

En 2018, du fait d'une politique médico-centrée, la FFMKR quitte le CNPS, dont elle a toujours assumé une vice-présidence. Elle crée, avec tous les syndicats des professions paramédicales, la Fédération Française des Patriciens de Santé (FFPS). Un virage historique au sein de l'interpro santé entre les professions médicales et les professions prescrites, qui arrive au plus mauvais moment, alors que le gouvernement promeut la coopération, la coordination et les incite à travailler ensemble.

En 2018, le projet de création de la profession d'aide-kiné porté par le CNOMK réapparaît. Celui-ci invite toutes les composantes de la profession à travailler sur ce dossier. Fidèle à sa politique et à ses décisions de congrès, la FFMKR y est totalement opposée, position qui sera confortée en 2019 par le congrès de Cayenne.

En octobre et novembre 2018, suite à la suppression du *numerus clausus* et de la Paces, des négociations ont eu lieu sur le futur parcours universitaire des étudiants en kinésithérapie, desquelles les syndicats de la profession sont exclus, malgré leurs nombreuses demandes de participation. Depuis les textes parus au *Journal Officiel* concernant d'une part la filière kinésithérapie, et d'autre part les filières des professions médicales, montrent une rupture de la filière kinésithérapique avec ces professions.

En 2019, l'UNPS signe un avenant à l'Acip qui prévoit la mise en place des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). La FFMKR signe cet avenant.

Le 2 juillet 2019, l'UNSMKL signe seule l'avenant 6 à la convention des masseurs-kinésithérapeutes, avec une revalorisation des coefficients de la nomenclature de 7 à 7.6 et de 8 à 8.3. La FFMKR, jugeant le contenu des mesures financières beaucoup trop flou et insuffisant, s'est fortement opposée à la signature de cet avenant. Pour la première fois, les syndicats de la profession divergeaient de manière importante sur le volet financier du texte et sur l'introduction de forfaits à la pathologie.

En août 2019, le CMK devient le Conseil National de la Kinésithérapie, en application de l'arrêté du 21 août 2019 relatif à la reconnaissance des conseils nationaux professionnels (CNP).

En octobre 2019, création d'une nouvelle section des "sciences de la rééducation et de la réadaptation" au sein du Conseil National des Universités (CNU).

Jean-Marc Ovième, ancien directeur de l'INK, a succédé à Sébastien Guérard au poste de président du Conseil National de la Kinésithérapie.

Novembre 2019 : La FFMKR a développé son influence et son activité au niveau européen et mondial dans le cadre de

la WCPT Europe et de la WCPT Monde, par sa présence dans de nombreux groupes de travail et par son action interprofessionnelle dans les groupes Europe au sein de l'UNPS et de l'UNAPL, permettant ainsi d'avoir une force de lobbying au niveau européen. Depuis 2016, le CNOMK souhaite remplacer la Fédération au sein de la WCPT. En 2019, après plus de 3 ans de *lobbying*, il remplace la FFMKR, qui était à l'origine de la création de la WCPT Europe. Bien que les missions du CNOMK ne correspondent pas à celles de la WCPT, le choix des structures internationales a surtout été déterminé par la cotisation correspondant aux 80 000 kinésithérapeutes français, comparée aux 5 000 adhérents de la FFMKR. Cet événement est considéré par la FFMKR comme un exemple typique d'ingérence du CNOMK dans la vie syndicale.

L'HISTOIRE CONTINUE...

En février 2020, Olivier Véran succède à Agnès Buzyn au ministère de la santé.

En juillet 2020, Jean Castex devient Premier ministre.

100 000 kinésithérapeutes sont inscrits au tableau de l'Ordre.

La pandémie de Covid-19 bouleverse l'exercice de notre profession.

D.R.

En 2019, Sébastien Guérard est élu président de la FFMKR

"Le passé doit conseiller l'avenir"
Sénèque

POSTFACE

Comment démarrer cette postface sans évoquer le contexte du moment ? J'ai soumis l'idée de la rédaction de ce livret au Comité des Sages de la FFMKR, en vue de la préparation des 19es Assises Nationales de la Kinésithérapie en début d'année 2020. À cette époque, personne ne portait de masque dans les rues, personne n'imaginait que ces Assises se tiendraient en visioconférence, que le télétravail serait devenu la norme et que le télésoin en kinésithérapie serait du domaine du possible. La pandémie mondiale que nous traversons aura mis en exergue une chose essentielle : notre grande capacité d'adaptation.
Nous le prouvons chaque jour depuis près de 9 mois. C'est comme ça que cette crise sanitaire sans précédent nous a conduit à renoncer à nous réunir, comme nous aurions dû le faire à Arles (13), nous imposant pour la première fois de l'histoire de tenir ces 19es Assises Nationales de la Kinésithérapie dans un format dématérialisé.

J'ai aujourd'hui une pensée émue pour les kinésithérapeutes et leur famille, atteints de forme sévères, séquellaires, ou parfois même décédés de la Covid-19. J'ai une pensée pour Jacques Vléminck, ancien président, ancien président d'honneur de la Fédération, décédé en mars 2019, qui était à l'honneur lors de ces 19es Assises Nationales de la Kinésithérapie. Nous lui avons rendu hommage en lui dédiant une salle qui portera prochainement son nom à la Maison des Kinés, à côté de celle qui porte le nom de son ami Jean Boudot, lui-même ancien président de notre Fédération. Pour ceux qui n'ont pas eu la chance de les connaître, je crois que l'on peut dire que ce sont les "bâtisseurs" de la FFMKR, et à travers elle, de la kinésithérapie. Ces Assises leurs étaient dédiées.

Les difficultés liées au contexte politique et économique du moment n'ont échappé à personne : un Ségur de la Santé qui n'a abouti à rien pour les libéraux de Santé (300 millions d'euros toutes professions confondues, contre 28 milliards de revalorisation pour l'hôpital sur 5 ans, alors même que l'assurance maladie a économisé sur la ville près de 4,3 milliards de soins non consommés cette année…) ; l'ouverture de négociations conventionnelles monocatégorielles dont le cadre est extrêmement contraint ; un projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) qui ne laisse aucune marge de manœuvre, ni à la kinésithérapie, ni aux soins de ville ; un projet de loi "Grand âge" et une réforme du financement de la perte d'autonomie qui risquent de déboucher sur une dotation globale de tout l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux, ce qui remettra sans doute en question, à terme, l'intervention des libéraux dans ces établissements.

Nous devons relever la tête et être, plus que jamais, force de proposition. À l'heure où la profession s'interroge sur son avenir, où elle revendique d'avantage d'autonomie, les 19es Assises Nationales de la Kinésithérapie nous ont permis de matérialiser les étapes à suivre pour mener à bien nos actions dans les 10 ans à venir.

Parce qu'on on ne peut pas comprendre l'évolution législative et réglementaire de la profession sans la lier à sa pratique kinésithérapique, à son histoire, mais aussi à l'action syndicale, les Assises Nationales de la Kinésithérapie se sont inspirées du passé pour en tirer des leçons, à travers ce livret.

Vous aurez aussi retenu, à sa lecture, que la réforme de 2000 aura marqué le début de l'émancipation de la profession, avec la suppression du caractère obligatoire de la prescription médicale qualitative et quantitative, le décret d'actes et d'exercice qui reconnaît le libre choix des actes et des techniques par le kinésithérapeute, ainsi que l'acte intellectuel du bilan diagnostic kinésithérapique. En 2006, nous avons obtenu le droit de prescrire des dispositifs médicaux. En 2016, la nouvelle définition de la profession et la réforme des études, débouchant sur la création d'une nouvelle section "sciences de la rééducation et de la réadaptation" au sein du Conseil national des Universités (CNU), doivent permettre de réaffirmer les compétences kinésithérapiques.
Mais ces réformes restent inachevées :
- La reconnaissance de notre diplôme au grade Master n'est pas encore effective ;
- Le décret d'actes et d'exercice n'est toujours pas remplacé par un décret de compétences conforme aux référentiels de formation de 2015 ;
- Les dispositions anachroniques de l'arrêté de 1962 ne sont toujours pas abrogées ;
- Les pratiques avancées ne sont toujours pas définies (le modèle kinésithérapique ne pourra pas coller au modèle infirmier).
Ces Assises ont été l'occasion d'interroger l'ensemble de la profession, invitée à débattre de sujets majeurs tels que la démographie, l'exercice coordonné, le développement de la prévention et de l'activité hors nomenclature, le vieillissement de la population, l'évolution de notre métier et de la place de la kinésithérapie dans le système de santé de demain, la rémunération des kinésithérapeutes. Mais aussi, comment transformer, moderniser et adapter les statuts de la FFMKR au monde d'aujourd'hui afin d'être une force de proposition plus efficace ?

Nous nous sommes interrogés sur la place que souhaitent prendre les kinésithérapeutes dans le système de santé dans 10 ans, et les missions qu'ils souhaitent remplir.
Le constat qui a été partagé est que la réforme des études de 2015 nous a donné un nouveau référentiel de formation qui s'articule autour de nouvelles compétences. Celles-ci nous

permettent d'envisager de nouvelles missions dans le cadre d'un exercice moderne, en collaboration avec les autres professions de santé. Une meilleure connaissance de l'ensemble des acteurs de santé, ainsi qu'une approche plus en lien avec une analyse contextuelle et globale du patient et de son environnement, font du kinésithérapeute un acteur incontournable du paysage de la santé en France. Munie de ces outils, la profession doit s'organiser pour être à la hauteur des enjeux pour lesquels elle est attendue.

Les spécificités d'exercice, compatibles avec l'élargissement du territoire des équipes de professionnels (CPTS), permettront d'apporter des réponses plus appropriées aux besoins des patients. De même, la mise en place d'expérimentations en pratique avancée en kinésithérapie et la réalisation d'actes diagnostiques médicaux et thérapeutiques, délégués par le médecin, pourraient rendre encore plus pertinentes les interventions croisées des professionnels, notamment pour les soins de premier recours, dans une collaboration ville-hôpital rendue efficiente.

Permettre à la profession de devenir une profession médicale à compétences définies serait un signal fort pour faire avancer une coopération interprofessionnelle qui peine à se mettre en place, tant les intérêts corporatistes demeurent présents.

En effet, l'OMS recommande d'inclure la rééducation dans les "soins essentiels", au même titre que les soins médicaux, car c'est un investissement dans le capital humain et dans sa santé, qui permet *in fine* de favoriser le développement économique et social du pays.

Le système de santé actuel peine à contenir la demande de soins qui croît alors que la densité médicale diminue, tandis que celle des kinésithérapeutes augmente. Il en résulte une difficulté d'accès aux soins, qui contribue notamment à engorger les services d'urgences. L'accès direct aux kinésithérapeutes pourrait répondre en partie à cette problématique, sachant qu'aujourd'hui, les nouveaux diplômés sont formés au diagnostic différentiel, condition nécessaire à cet accès direct. Si nous ne voulons pas que cette compétence devienne une pratique avancée (pour éviter une kinésithérapie à deux vitesses), il faut que les générations antérieures se forment massivement à ce diagnostic différentiel. La FFMKR, via l'INK, sera facilitatrice de cette mise à niveau et propose déjà des formations de ce type.

Se pose également la question de notre démographie professionnelle : est-elle un atout ou une faiblesse pour demain ? Quel est le juste équilibre entre les besoins des usagers-patients, la volonté politique des tutelles et la profession ? Le principal enjeu de cette thématique est de répondre à la question : quelle démographie, pour quels besoins sur le territoire ? Les spécialistes en démographie posent le constat suivant : "*Les indicateurs nationaux sont très positifs, avec une augmentation du nombre de kinésithérapeutes et de leur densité, ainsi qu'un rajeunissement des professionnels.*" Ces chiffres doivent être nuancés par une vue régionale et locale plus contrastée. En effet, l'accès à un kinésithéra-

peute sur tout le territoire est possible mais les délais de rendez-vous sont très disparates. Il faut également s'inquiéter des dynamiques de territoire décroissantes dans les zones à faible densité de professionnels, où le risque de désertification est important. Dans les zones mieux dotées, nous constatons également une augmentation de la consommation et de l'activité de soin, rendant compte d'une offre insuffisante face à la demande. La problématique du zonage serait donc liée à la maîtrise comptable des dépenses en kinésithérapie, sans considération des besoins de soins de la population. L'accroissement du nombre de professionnels pourrait au contraire représenter la solution pour un meilleur équilibre entre l'offre et de la demande dans les zones à faible densité. À l'image des pays d'Europe du nord, où la densité de physiothérapeutes est supérieure à la nôtre (*24,3 kinés pour 100 000 habitants en Finlande en 2017, contre 12,6 en France*), nous pouvons considérer que notre démographie croissante est une chance pour la population, tant pour le volet prévention et ETP (santé au travail ou en milieu scolaire) que dans le cadre de la prise en charge des maladies chroniques (diabète, HTA, cardiopathie, obésité, sédentarité, vieillissement de la population, etc.). Cette offre de soin doit être équitable sur tout le territoire. Si le principe d'une régulation démographique n'est pas remis en question aujourd'hui, ses modalités sont à revoir. Le zonage mérite donc des adaptations et la révision du positionnement de certains curseurs qui ne pourront être définis que lorsque le besoin de soins territorial aura été évalué.

Par ailleurs, l'exercice isolé et mono-professionnel deviendra l'exception dans les années à venir. L'intérêt d'un exercice coordonné n'est plus à démontrer, tant dans la pertinence des soins et des parcours qu'en termes d'épanouissement pour les professionnels. Cette dynamique humaine collective doit s'appuyer sur une organisation horizontale de notre système de santé afin de renforcer les relations pluridisciplinaires. Elle doit s'accompagner de formations interprofessionnelles afin de mieux connaître les enjeux et les modalités de l'exercice coordonné, ainsi que les compétences de chacun des acteurs.
Son vaste champ de compétences et le libre choix de ses techniques permettent au kinésithérapeute d'agir sur un nombre important de pathologies. Il doit donc être, par son expertise pluridisciplinaire, l'un des piliers de l'exercice libéral coordonné et de ses mécanismes décisionnels. Une équipe de soins de proximité, ajustable en fonction des besoins du patient, lors d'un épisode de soins donné, doit être reconnue et valorisée financièrement, en dehors de tout cadre juridique. En effet, la lourdeur et la multiplicité des réunions visant à gérer exclusivement l'administration d'une structure n'incitent pas les professionnels à s'impliquer. Enfin, la télé-expertise doit permettre à l'exercice coordonné de prendre toute sa place en offrant la possibilité de prendre l'avis d'un autre professionnel et de se concerter autour d'un patient. Aussi doit-elle être étendue à l'ensemble des professionnels de santé.

Concernant le sujet du vieillissement de nos populations, l'objectif de ces Assises était de savoir comment la profession se positionne aujourd'hui (et se positionnera demain) en gériatrie, face au vieillissement de la population et à l'accroissement des besoins en santé. Nous constatons que grâce aux progrès de la médecine, l'espérance de vie augmente. En revanche, l'espérance de vie en bonne santé stagne, et la durée de vie en mauvaise santé augmente, en lien notamment avec les maladies chroniques et les incapacités. Le rôle de la kinésithérapie est de repousser la survenue de la fragilité et d'éviter l'entrée dans la dépendance. Pour ce faire, il est nécessaire de repérer les signes avant-coureurs de la fragilité, pour ensuite allonger l'espérance de vie en bonne santé. Le kinésithérapeute permet d'améliorer significativement les processus de compensation afin de pallier les pertes liées au vieillissement. Dans le cadre du plan "Ma santé 2022", le gouvernement a décidé d'appliquer le programme ICOPE (*Integrated care for older people*) de l'OMS visant à mieux repérer, diagnostiquer, coordonner et évaluer les soins, ainsi qu'à adapter la société aux personnes en perte d'autonomie. La prise en soin des personnes fragiles doit nécessairement être coordonnée et pluridisciplinaire, avec des notions qui doivent être connues et partagées par tous les professionnels de santé (repérage, pratiques kinésithérapiques spécifiques…). La durée des prises en charge est nécessairement longue et doit impérativement respecter la personne âgée dans sa particularité, afin d'éviter l'âgisme.

Nous soulignons la crainte des kinésithérapeutes libéraux d'être exclus des EHPAD aux intérêts lucratifs, peu à peu remplacés par d'autres professionnels ne disposant pas des compétences requises, salariés à moindre coût de ces établissements. Afin de réussir la transformation des pratiques et des mentalités, il est nécessaire d'investir des moyens suffisants pour accompagner cette transition, si l'on veut en voir un jour les effets positifs en termes de qualité de vie et de baisse des coûts (lutte contre le renoncement aux soins, implication de l'ensemble des acteurs, valorisation…). La dépendance iatrogène évitable doit être considérée comme une priorité absolue à l'hôpital et en EHPAD. Coordonner les actions au domicile et à l'hôpital, autour des principaux acteurs, dont le kinésithérapeute, pourrait constituer une solution efficace. La création d'un poste de kinésithérapeute coordinateur en EHPAD en serait une autre.

Notons par ailleurs que le confinement fut un révélateur de l'impérieuse nécessité de l'intervention du kinésithérapeute en EHPAD.

La FFMKR est une fédération de syndicats départementaux, maillons essentiels qui resteront la source d'inspiration première. Les travaux sur le projet de réforme des statuts à venir confirment cette position et réaffirmeront, dans le même temps, la nécessité d'un échelon régional, dans un rôle structurant et d'appui auprès des départements. Des consultations électroniques et des visioconférences pourront être organisées plus fré-

quemment, afin de mieux intégrer les expériences locales et les particularités régionales, dans une politique fédérale qui tiendra compte de tous.
La création d'un collège des jeunes diplômés permettra de mettre en valeur les idées et les points de vue d'une jeunesse qui s'interroge sur son avenir dans une période incertaine.
Enfin, ces futurs statuts redéfiniront la constitution et le fonctionnement d'un conseil fédéral rénové, pour en faire un outil politique et décisionnel modernisé, à la fois réactif et soucieux d'avoir une vision juste et fiable des sujets de fond et d'actualité.

La synthèse des travaux menés lors de ces Assises Nationales de la Kinésithérapie confirme que notre avenir n'est pas uniquement le soin mais bien le maintien en bonne santé de la population, avec la mise en avant de la prévention et du mouvement, pour lequel notre double compétence (connaissance du mouvement physiologique et pathologique) est un atout majeur, tout comme notre démographie professionnelle. Ces 19es Assises Nationales de la Kinésithérapie auront été l'occasion de réaffirmer notre place aux côtés des autres professions de santé, dans une synergie et une complémentarité qui rendront le système de soin efficient face aux défis de demain.

Sébastien Guérard
Président de la FFMKR

REMERCIEMENTS

Un grand merci au Comité des Sages de la Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs, Alain Bergeau (président de 2005 à 2013), Gérard Colnat (trésorier général de 1991 à 2001), François Maignien (président de 1994 à 2001), Alain Poirier (vice-président de 1980 à 1982, puis premier secrétaire général de 1986 à 1995) et Fanny Rusticoni (première secrétaire générale de 2005 à 2013), ainsi qu'à François Ducros (secrétaire général chargé de l'enseignement de 1995 à 2001) pour leur implication et la rédaction de ce livret qui permettra aux générations futures de "savoir d'où l'on vient".
Merci également à l'ensemble des personnels de la Maison des Kinés, en particulier à l'équipe de *Kiné actualité* qui nous a accompagnés dans la publication de cet ouvrage.
Enfin, merci à l'ensemble du Conseil fédéral, des élus départementaux et de nos adhérents, sans qui rien de tout cela ne serait possible.

NOUS CONTACTER

Sébastien Guérard, Président
Port. : 06 03 85 96 28
president@ffmkr.org

Richard Dana, Délégué général
Port. : 06 29 69 28 13
r.dana@ffmkr.org

Patricia Calmé, Secrétaire
Tél. : 01 44 83 46 02
p.calme@ffmkr.org

FFMKR
FÉDÉRATION FRANÇAISE
DES MASSEURS
KINÉSITHÉRAPEUTES
RÉÉDUCATEURS

@_FFMKR

#MaVieDeKine QUEL AVENIR ?