Université de Paris

École doctorale Sciences juridiques, politiques, économiques et de gestion – ED 262

Institut Droit et Santé – UMR-INSERM 1145

La profession de masseur-kinésithérapeute

Évolutions et perspectives

Par
Éric BRIN

Thèse de doctorat en Sciences juridiques – Droit privé

Dirigée par Lydia MORLET-HAÏDARA

Présentée et soutenue publiquement le 14 octobre 2021

Devant un jury composé de :

Monsieur Stéphane BRISSY, membre invité
Maître de conférences, Université de Nantes.

Madame Lydia MORLET-HAÏDARA, directrice de thèse
Maître de conférences HDR, Directrice de l'IDS, Université de Paris.

Madame France MOUREY, examinatrice
Professeur des universités, Présidente de la 91e section du CNU, Université de Bourgogne.

Monsieur Jacques VAILLANT, rapporteur
Docteur en neurosciences HDR, Université de Grenoble Alpes.

Monsieur François VIALLA, rapporteur
Professeur des universités, Directeur du CEERDS, Université de Montpellier.

Except where otherwise noted, this is work licensed under
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/

« La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur. »

Résumé

La profession de masseur-kinésithérapeute, Évolutions et perspectives

Lors de sa création en 1946, la profession de masseur-kinésithérapeute est définie par deux actes pratiques : le massage et la gymnastique médicale. Ceux-ci, caractéristiques de l'exercice du corps professionnel, permettent alors à tout un chacun de saisir avec justesse le rôle tenu par ce dernier dans le système de santé. Ils constituent, à ce titre, et ce durant de nombreuses années, les éléments essentiels et distinctifs de son identité professionnelle. Cependant, progressivement, certaines pratiques masso-kinésithérapiques sont appréhendées par d'autres praticiens en santé. À cet égard, le développement de l'ostéopathe et de l'enseignant en Activité Physique Adaptée dans le paysage sociétal français, puis leur consécration dans le système de français, participent de manière prépondérante à l'effacement du caractère distinctif des éléments essentiels de l'identité professionnelle du masseur-kinésithérapeute, au point qu'au début de l'année 2015 nombreux sont ceux qui ne parviennent plus à distinguer nettement ce professionnel de santé de l'un ou l'autre de ces praticiens. L'étude comparative des champs professionnels, qui semblent déterminés en droit par le triptyque domaine de compétences, champs d'intervention, champ de pratiques, explique en grande partie cette situation. Elle révèle notamment que les pratiques de ces corps professionnels tendent juridiquement à se confondre, ce qui engendre entre ceux-ci une concurrence prégnante. Le corps des masseurs-kinésithérapeutes ne peut que fortement regretter que la réforme d'ensemble de la profession, opérée au cours des années 2015-2016, n'ait pas totalement résolu ses difficultés identitaires et ne lui ait pas permis de recouvrer l'entièreté de sa singularité originelle. Il ne va pas sans dire que l'intégration universitaire des masseurs-kinésithérapeutes, supposée réalisée par deux normes réglementaires édictées le 2 septembre 2015 tant d'un point de vue de leur formation initiale que de leur formation continue, n'a pas conduit à ce que tous bénéficient d'un diplôme reconnu au grade de master et le corps professionnel réussisse à faire émerger en son sein un noyau d'enseignants-chercheurs universitaires, capable de dégager un champ de savoirs propre. En outre, la définition renouvelée du domaine de compétences du masseur-kinésithérapeute, inscrite à l'article L. 4321-1 du Code de la santé publique, par l'article 123 de la loi du 26 janvier 2016, ne permet toujours pas de distinguer nettement celui-ci de l'ostéopathe et de l'enseignant en Activité Physique Adaptée. Cette réforme d'ensemble doit par conséquent être considérée comme n'ayant eu que des impacts limités sur la dynamique de singularisation du corps professionnel. Pour autant, elle s'avère sous certains aspects déterminante pour l'évolution ultérieure de la masso-kinésithérapie, qui doit désormais être appréhendée dans une dimension duale, c'est-à-dire tant professionnelle que disciplinaire. En tout état de cause, cette activité de santé ne saurait aujourd'hui utilement évoluer sans la consécration, par les pouvoirs publics, d'un champ disciplinaire masso-kinésithérapique distinct et autonome, condition qui n'est aucunement remplie du seul fait de l'inscription des Sciences de la rééducation et de la réadaptation à la 91e section du Conseil national des universités par un décret du 30 octobre 2019. Ce champ disciplinaire spécifique devra au préalable être circonscrit. À cette fin, il apparaît préférable que ses éléments essentiels soient déterminés par la transposition des éléments constitutifs les plus prévalents des champs professionnels masso-kinésithérapiques dans la dimension disciplinaire, notamment au cours d'une procédure consensuelle et participative réunissant l'intégralité des corps qui ont été en 2019 confondus au sein de la nouvelle entité disciplinaire correspondant aux Sciences de la rééducation et de la réadaptation.

Mots-clefs : Masseur-kinésithérapeute ; Évolution ; Champs professionnels ; Champ disciplinaire ; Procédure de détermination ; Sciences de la rééducation et de la réadaptation.

Abstract

The profession of physiotherapist, Evolutions and perspectives

When it was created in 1946, the profession of physiotherapists was defined by two practical acts : massage and medical gymnastic. These features characterize the practice of this professional body and allow everyone to understand to accurately grasp the role played by the latter in the health care system. As such, they have been, for many years, the essential and distinctive elements of his professional identity. However, progressively, some of the physiotherapeutic practices are being apprehended by other health practitioners. In this respect, the development of osteopaths and adapted physical activity teachers in the French societal environment, and their subsequent consecration in the French health care system, have played a major role in erasing the distinctive character of the essential elements of the physiotherapist's professional identity. At the beginning of 2015, many people are no longer able to clearly distinguish this health professional from any of the other practitioners considered. The comparative study of professional fields, which seem to be determined in law by the triptych : field of competence, field of intervention, field of practice, largely explain the situation. It reveals that the practices of these professional bodies tend to merge legally, which generates a strong competition between them. The professional body of physiotherapists can only strongly regret that the comprehensive reform of the professional, carried out during the years 2015-2016, has not fully resolved its identity difficulties nor allowed to recover the entirety of its original singularity. Needless to say, the university integration of physiotherapists, supposedly achieved by two regulatory standards enacted on September 2, 2015 both from the point of view of their initial training and their continuing education, has not led to all of them benefiting from a diploma recognized at the master's degree level and the professional body managing to bring out a core of university teacher-researchers from within, capable of releasing its own field of knowledge. In addition, the renewed definition of the field of competence of the physiotherapist, included in article L. 4321-1 of the Public Health Code, by article 123 of the law of January 26, 2016, still does not allow to clearly distinguish this one from the osteopath and the teacher in Adapted Physical Activity. This overall reform must therefore be considered as having had only limited impacts on the dynamics of singularization of the professional body. However, in certain aspects, it has proved to be decisive for the future development of massage therapy, which must now be understood in a dual dimension, i.e., both professional and disciplinary. In any case, this health activity cannot usefully evolve today without the consecration, by the public authorities, of a distinct and autonomous physiotherapy discipline, a condition that is not at all fulfilled by the mere fact of the registration of the Rehabilitation Sciences in the 91st section of the National Council of Universities by a decree of October 30, 2019. This specific disciplinary field must first be defined. To this end, it seems preferable that its essential elements be determined by transposing the most prevalent constituent elements of the professional fields of physical therapy into the disciplinary dimension, during a consensual and participatory procedure bringing together all of the bodies that have been merged in 2019 within the new disciplinary entity corresponding to Rehabilitation Sciences.

Keywords : Physiotherapist ; Evolution ; Professionnal fields ; Disciplinary field ; Determination procedure ; Rehabilitation Sciences.

Remerciements

Je tiens à remercier les personnes sans lesquelles je ne serais probablement jamais arrivé au terme de ce travail.

En premier lieu, ma directrice de thèse, Mme Lydia MORLET-HAÏDARA, sans qui rien ne serait arrivé. Celle qui a su subtilement allier douceur et fermeté pour me mettre au travail, je la remercie pour tous ses précieux conseils, le temps qu'elle m'a consacré, la patience dont elle a su faire preuve, son indéfectible soutien et l'élégance qui la caractérise.

En deuxième lieu, les membres du jury :
M. Stéphane BRISSY, Mme la Professeure France MOUREY, M. Jacques VAILLANT et M. le Professeur François VIALLA. Merci à eux du temps qu'ils ont consacré à mon travail doctoral.

En troisième lieu, la direction et les membres de l'Institut Droit et Santé :
Mme le Professeur Caroline LE GOFFIC, Charlotte DE BRUYNE, Véronique FRAYSSE, Amel GHOZIA, Élodie VORKAUFER, Matthieu LE TOURNEUR, Zyad LOUTFI, Bruno RAMDJEE, Efraín FANDIÑO LÓPEZ, Laura CHEVREAU, Hadrien DIAKONOFF, Timothy JAMES, Paul SOUGNAC et Gabrielle CANACOLON. Il m'importe de remercier tout particulièrement Mme la Professeure Anne DEBET et M. le Professeur Philippe COURSIER pour leur soutien.

En quatrième lieu, les membres du Laboratoire interdisciplinaire de recherche appliquée en Économie de la santé : M. le Professeur Olivier MUSY, M. Jonathan SICSIC et Mlle Estelle AUGÉ.

En cinquième lieu, ces amitiés qui, d'une manière plus ou moins directe, m'ont conduit jusque là, ainsi que les personnes qui n'ont eu de cesse de m'encourager dans cette entreprise :
François ANNELI, Nicolas CERVIER, Gaël CANAL, Philippe DATIN, Valérie DENICOURT, Sachy SHAKTI, Raphaël BÉCAUD, Rana CHAABAN, Cyril DUQUENNE, Jessica HATICHIKIAN, David et Stéphane HALIMI, Arnaud CÉRIOLI, Stéphane ÉVELINGER, Fabrice GARET, David HUMBLOT, Lakschman ATTYGALAGE, Jean-Louis et Michèle FELDMANN, Cécile HUIBAN, Xavier KASSAB, Daniel KATZ, Alexandra LEGALL, Joël LAVAGNA, Alexis LECROQ, Françoise MONFRIN, Yoann NILLÈS, Eliel OHAYON, Françoise RIOU, Diana MANGALAGIU, Jean-Pierre et Angélique RODRIGUEZ, Maxime CASTEJON, Julien CRAMET, ainsi que Frédéric MARCHAND et Msg Olivier RIBADEAU DUMAS.

En sixième lieu, Bruno LECLERC, qui m'a gentiment accompagné durant ma plus terrible période de doutes.

Liste des principales abréviations

AERTK	Association d'étude et de recherche des techniques kinésithérapiques
AFDO	Association française de défense de l'ostéopathie
AFO	Association française d'ostéopathie
AINS	Anti-inflammatoire non stéroïdien
AJDA	Actualité juridique droit administratif
Al.	Alinéa
ALD	Affection longue durée
A.N.	Assemblée nationale
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANESTAPS	Association nationale des étudiants en STAPS
APA	Activités Physiques Adaptées
APAS	Activités Physiques Adaptées Santé
APL	Accessibilité potentielle localisée
APS	Activités Physiques et Sportives
ARS	Agence régionale de santé
ASO	Association aujourd'hui santé ostéopathes
ATM	Association de thérapie manuelle
BAMIP	Bulletin administratif du ministère de l'Instruction publique
BO	Bulletin officiel
BPJEPS	Brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport
Bull.	Bulletin
Bull. civ.	Bulletin civil
CA	Cour d'appel
CAA	Cour administrative d'appel
CAEP	Certificat d'aptitude à l'Éducation Physique
CAFEMAS	Centre d'analyse des formations des emplois des métiers de l'animation et du sport
CAPEP	Certificat d'aptitude au professorat d'Éducation Physique
Cass.	Cour de cassation
CDPI	Chambre disciplinaire de première instance
CE	Conseil d'État
CEESO	Centre européen d'enseignement supérieur de l'ostéopathie

CETOHM	Collège d'enseignement traditionnel de l'ostéopathie Harold Magoun
CA	Cour d'appel
CAEG	Certificat d'aptitude à l'enseignement de la gymnastique
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CCFUO	Collège des centres de formation universitaires en orthophonie
cf.	Confer
CFO	Collège français d'ostéopathie
Ch.	Chambre
Ch. crim.	Chambre criminelle
CHU	Centre hospitalier universitaire
CNCP	Commission nationale de certification professionnelle
CNMA	Collège national de moniteurs et d'athlètes
CNO	Collège national d'ostéopathie
CNOM	Conseil national de l'Ordre des médecins
CNOMK	Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
CNU	Conseil national des universités
Cons. const.	Conseil constitutionnel
CORTECS	Collectif de recherche transdisciplinaire esprit critique & sciences
CSAEG	Certificat spécial d'aptitude à l'enseignement de la gymnastique
CSBM	Consommation de services et de biens médicaux
CSP	Code de la santé publique
DE	Diplôme d'État
DEA	Diplôme d'études approfondies
DESS	Diplôme d'études supérieures et spécialisées
DEUG	Diplôme d'études universitaires générales
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
DGTPE	Direction générale du trésor et de la politique économique
DIU	Diplôme inter-universitaire
DPC	Développement professionnel continu
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DU	Diplôme universitaire
EAPA	Enseignant en Activités physiques adaptées
EARAPA	European association for research into adapted physical activity
ECTS	European credits transfer system

éd.	Édition
EEO	École européenne d'ostéopathie
EFO	École française d'ostéopathie
EHESP	École des hautes études en santé publique
EHESS	École des hautes études en sciences sociales
EHPAD	Établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes
ENEP	École normale de l'Éducation Physique
ENEPS	École nationale d'Éducation Physique et Sportive
ENKRE	École nationale de kinésithérapie et de rééducation
EP	Éducation Physique
EPS	Éducation Physique et Sportive
EUFAPA	European federation of adapted physical activity
Fasc.	Fascicule
FFMKR	Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs
FFO	Fédération française d'ostéopathie
FIAPA	Fédération internationale en Activité Physique Adaptée
FNEK	Fédération nationale des étudiants en kinésithérapie
FNEO	Fédération nationale des étudiants en orthophonie
HAS	Haute autorité de santé
HVBA	Haute vélocité, basse amplitude
Ibid.	Ibidem
IFAPA	International federation for adapted physical activity
IFMK	Instituts de formation en masso-kinésithérapie
IFOMPT	International federation of orthopaedic manipulative physical therapists
IGAENR	Inspection générale de l'Éducation nationale, du sport et de la recherche
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INCO	Institut national du collège d'ostéopathie
INS	Institut national des sports
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSEP	Institut national des sports et de l'Éducation Physique
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
IREP	Institut régional d'Éducation Physique
IREPS	Institut régional d'Éducation Physique et Sportive
ISAPA	Symposium international d'Activité Physique Adaptée
JO	Journal officiel

JOEF	Journal officiel de l'État français
JORF	Journal officiel de la République française
JOUE	Journal officiel de l'Union européenne
LMD	Licence Master Doctorat
Loc. cit.	Loco citato
MIVILUDES	Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires
MK	Masseur-kinésithérapeute
MKDE	Masseur-kinésithérapeute diplômé d'État
MKO	Masseur-kinésithérapeute ostéopathe
MTA	Manual therapy association
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONDPS	Observatoire national de la démographie des professions de santé
op. cit.	Opere citato
ORL	Oto-rhino-laryngologie
p.	Page
PCB	Physique-chimie-biologie
PCR	Polymerase chain reaction
PIB	Produit intérieur brut
PNAPS	Plan national de prévention par l'activité physique ou sportive
PUF	Presses universitaires de France
RDSS	Revue de droit sanitaire et social
Réf.	Référé
RNCP	Répertoire national des certifications professionnelles
ROF	Registre des ostéopathes de France
sect.	Sections
SDK	Société de kinésithérapie
SERETO	Société d'études et de recherches de techniques ostéopathiques
SFDO	Syndicat français des ostéopathes
SFMMOO	Société française de médecine orthopédique et thérapeutiques manuelles
SFP-APA	Société française des professionnels en Activité Physique Adaptée
SNMO	Société française de médecine orthopédique
SNKO	Syndicat national des kinésithérapeutes ostéopathistes
SNMKR	Syndicat national des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs
SNOF	Syndicat national des ostéopathes de France
SOK	Syndicat d'organisation de la profession d'ostéopathe diplômé en kinésithérapie

SSR	Soins de suite et de réadaptation
ss-sect.	Sous-section
STAPS	Sciences et techniques des Activités physiques et sportives
STS	Sciences, Technologies, Santé
t.	Tome
T. corr.	Tribunal correctionnel
TGI	Tribunal de grande instance
TMS	Troubles musculo-squelettiques
UER	Unité d'enseignement et de recherche
UFR	Unité de formation et de recherche
UFOF	Union fédérale des ostéopathes de France
UNADREO	Union nationale pour le développement de la recherche et de l'évaluation en orthophonie
VAE	Validation des acquis de l'expérience
VAP	Validation des acquis de la professionnalisation
vol.	Volume

Sommaire

Introduction.....1

Première partie : De la confusion du masseur-kinésithérapeute.....19

Titre 1 : De la confusion du masseur-kinésithérapeute et de l'ostéopathe.....21

Titre 2 : De la confusion du masseur-kinésithérapeute et de l'enseignant en Activité Physique Adaptée.....115

Seconde partie : De la nécessaire évolution de la masso-kinésithérapie.....223

Titre 1 : Une évolution amorcée par la réforme de la profession de masseur-kinésithérapeute..225

Titre 2 : Une évolution au travers de la consécration d'un champ disciplinaire spécifique à la masso-kinésithérapie.....378

Conclusion générale.....490

Bibliographie.....494

Index.....540

Introduction

1- **Le caractère médico-centré du système de santé français.** À titre de propos inaugural, il peut être affirmé que le système de santé français a été de manière ininterrompue organisé autour de la profession de médecin. Ce médico-centrisme peut notamment s'expliquer par la primauté historique du médecin, pourvu du droit exclusif d'intervenir dans un but thérapeutique sur le corps d'autrui depuis une loi du 19 ventôse an II[1,2]. Aux fins de circonscrire au mieux le corps professionnel correspondant est alors imposée, pour l'exercice de la médecine, la titularité d'un diplôme officiel. Cependant, à cette date, le monopole de « l'art de guérir » des Docteurs en médecine ou en chirurgie est contrarié par l'activité circonvoisine des officiers de santé, institués dans le paysage sanitaire français dix ans plus tôt[3]. La concurrence professionnelle[4] qu'induit l'existence, côte à côte, des deux catégories de praticiens, qui exercent *de facto*, dans de nombreux cas, les mêmes prérogatives, conduit le législateur près de quatre-vingt-dix ans plus tard, soit en 1892, à supprimer l'officiat de santé[5]. L'article 1er de la loi du 30 novembre 1892[6] pose ainsi « le principe de base de la médecine française : "Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est pas muni d'un diplôme de docteur en médecine, délivré par un gouvernement français à la suite d'examens subis dans un établissement supérieur d'état" »[7].

2- À la fin du XIXe siècle est dès lors conféré à la profession de médecin un véritable monopole d'exercice, qualifié logiquement de médical[8]. Ce caractère monopolistique de l'activité médicale est

[1] Loi du 19 ventôse an XI, Gazette nationale ou Le Moniteur universel no 170 du 21 ventôse an XI, p. 704. Selon les données de la Bibliothèque nationale de France, « la Gazette nationale ou le Moniteur universel » devient l'organe officiel du gouvernement français à compter du 7 nivôse an VIII.

[2] Soit le 10 mars 1803.

[3] Ce corps professionnel a été institué par un décret de la Convention nationale du 28 juin 1793 relatif à l'organisation des secours à accorder annuellement aux Enfants, aux Vieillards & aux Indigens.

[4] BIZARD Frédéric, *Analyse historique et économique de la médecine libérale de la révolution à nos jours* [en ligne], publié le 13 avril 2012, [consulté le 24 mai 2021], https://www.fredericbizard.com/analyse-historique-et-economique-de-la-medecine-liberale-de-la-revolution-a-nos-jours/

[5] HOERNI Bernard, « La loi du 30 novembre 1892 », *Histoire des Sciences médicales*, 1998, t. XXXII, no 1, p. 63.

[6] Loi du 30 novembre 1892, dite CHEVANDIER, JORF no 326 du 1er décembre 1892, p. 5749.

[7] BIZARD Frédéric, *op. cit.*

[8] Pour un exemple, dans l'ouvrage de COUTY Édouard, KOUCHNER Camille, LAUDE Anne et TABUTEAU Didier relatif à la loi du 29 juillet 2009 il est affirmé que « notre système de santé repose sur une répartition précise des tâches entre les différents professionnels de santé qui s'articule autour du principe de "monopole médical" », (*cf.* COUTY Édouard, KOUCHNER Camille, LAUDE Anne et TABUTEAU Didier, *La loi HPST, Regards sur la réforme du système de santé*, Paris, Presses de l'EHESP, 2009, p. 155).

admis par tous, de manière consensuelle. Pourtant, il pourrait raisonnablement être questionné, dans la mesure où aucune occurrence issue du vocable latin *monopolium* ne figure dans les dispositions juridiques passées et actuelles relatives à la médecine. Cette absence est notamment soulignée par le Professeur Antoine LECA, qui explique que ce « mot embarrasse les auteurs (des lois) depuis longtemps. Le fait est qu'il provient d'un univers vulgaire, aux antipodes du soi-disant "sacerdoce" médical. En grec ancien, le mot (monopole) ressortait de l'univers commercial, en latin, il sentait l'arbitraire impérial et le mot français renvoyait anciennement à celui de conjuration et de complot (celui de "monopoleur" désignant… un accapareur de denrées !) »[9].

3- Il n'en demeure pas moins que pendant plus de deux siècles, la quasi-totalité des prérogatives correspondant à la pratique de « l'art de guérir » est restée concentrée entre les mains du médecin[10], qui exerce, par conséquent, durant toutes ces années une activité indéniablement monopolistique. Originellement défini à l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892, le domaine de la médecine est considérablement élargi par une ordonnance du 24 septembre 1945[11], qui précise qu'en font partie « l'établissement d'un diagnostic [...] (le) traitement de maladies ou d'affections chirurgicales, congénitales ou acquises, réelles ou supposées […] (et l'exécution d') actes professionnels prévus dans une nomenclature […] fixée par arrêté du ministre de la santé publique ». Ainsi, depuis cette date, les aspects les plus essentiels de « l'art de guérir » que sont la formulation du diagnostic et la mise en œuvre du traitement, qu'il soit à but préventif ou thérapeutique, restent du seul ressort du Docteur en médecine.

4- **L'organisation des professions de santé.** La concentration des prérogatives les plus essentielles des soins en santé entre les mains du médecin rencontre ses premières limites lors de la Première Guerre mondiale. En effet, les répercussions sanitaires de ce conflit armé sont particulièrement importantes et le corps médical, totalement submergé par le nombre de blessés, est contraint de se doter promptement d'aides pour la dispensation de certains soins techniques. C'est donc en vertu de considérations d'ordre sanitaire que les pouvoirs publics opèrent la consécration, dans le système de santé d'alors, de corps de praticiens qui interviennent déjà depuis quelque temps auprès du corps

[9] LECA Antoine (dir.), « Le monopole médical en question, France, États-Unis, Canada, Japon, Brésil, Vietnam », *Les cahiers de droit de la santé*, juin 2019, n° 28, p. 4.

[10] Dans l'histoire de la construction de notre système de santé, trois professions font figurent d'exceptions. Ce sont les professions de chirurgien-dentiste, de sage-femme et de pharmacien. Les deux premières intègrent ensemble en 1953 le cercle étroit des professions médicales à compétence définie.

[11] Ordonnance n° 45-2184 du 24 septembre 1945 relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme, JORF n° 228 du 28 septembre 1945, p. 6083.

médical. Ils procèdent ainsi à la création officielle des diplômes d'État d'infirmier[12], de masseur-kinésithérapeute[13] et de pédicure[14], aux fins de circonscrire et réglementer des corps professionnels manifestement voués à jouer un rôle prépondérant dans le recouvrement de l'état de santé de la population française. Pour autant, à ceux-ci n'est attribuée aucune prérogative propre et l'intégralité des traitements mis en œuvre reste par essence médicale, sans exception. Dès lors, si ces nouveaux professionnels exécutent des actes à visée thérapeutique, qui revêtent donc forcément un caractère médical, c'est nécessairement en dérogation au monopole médical.

5- Quelques années plus tard, la codification des textes législatifs concernant la santé publique est réalisée. Le décret du 5 octobre 1953[15] regroupe les dispositions relatives aux corps professionnels qui délivrent des soins en santé dans le livre IV du nouveau Code de la santé publique, intitulé pour l'occasion « professions médicales et auxiliaires médicaux ». Celui-ci est subdivisé en quatre titres : un titre premier relatif aux « professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme »[16] et trois titres relatifs, respectivement, à la « profession d'infirmier ou d'infirmière », aux « professions de masseur-kinésithérapeute et de pédicure » et à la « profession d'opticien-lunetier »[17]. Ce décret instaure ainsi en France une organisation formelle des professions de santé[18] marquée par la dichotomie entre les professions médicales et les professions d'auxiliaires médicaux. Ces dernières, au nombre de quatre, et les soins qu'elles dispensent sont alors par tout un chacun parfaitement identifiables.

6- Cependant, au cours des décennies suivantes, la croissance constante de la demande de soins en santé concomitante à l'évolution de la science médicale conduit *de facto* à la dispensation en grand

---

[12] Le décret instituant le brevet de capacité d'infirmière professionnelle permettant de porter le titre d'infirmière d'État (Décret du 27 juin 1922 portant institution du brevet de capacité d'infirmière professionnelle, JORF n° 176 du 1er juillet 1922, p. 6880) est abrogé par une loi du 15 juillet 1943, qui institue le diplôme d'État d'infirmier (Loi du 15 juillet 1943 relative à la formation des infirmières ou infirmiers hospitaliers, à l'organisation et à l'exercice de leur profession, JOEF n° 206 du 28 août 1943, p. 2261).

[13] Loi n° 46.857 du 30 avril 1946 ation de l'exercice des professions de masseur gymnaste médical, de masseur-kinésithérapeute et de pédicure, JORF n° 102 du 1er mai 1946, p. 3653.

[14] *Ibid.*

[15] Décret n° 53-1001 du 5 octobre 1953 portant codification des textes législatifs concernant la santé publique, JORF n° 237 du 7 octobre 1953, p. 8833.

[16] Figurent à part, soit au livre V, les dispositions relatives à la pharmacie.

[17] La profession d'opticien-lunetier avait auparavant été consacrée par la loi n° 279 du 5 juin 1944 tendant à réglementer la profession d'opticien lunetier détaillant, JORF n° 159 du 3 et 4 juillet 1944, p. 1686.

[18] Ce n'est que lors de la refonte du Code de la santé publique, opérée par une ordonnance du 15 juin 2000 (ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000 relative à la partie législative du code de la santé publique, JORF n° 143 du 22 juin 2000, p. 9349) qu'apparaît dans le Code de la santé publique la formule « professions de santé ».

nombre de soins de plus en plus spécifiques et techniques et à la nécessité, pour les membres du corps médical, de déléguer l'exécution des actes correspondants à d'autres. Dans un certain nombre de cas, les pouvoirs publics auraient très bien pu confier tout ou partie de ces actes aux corps professionnels qui d'ores et déjà existaient et dont l'exercice était réglementé dans le Code de la santé publique. Ils auraient, de la sorte, conforté la place et les rôles assurés par ces derniers dans le système de santé. Or, tel n'a pas été le cas. En effet, au contraire, les pouvoirs se sont évertués à chaque occasion à créer une nouvelle profession, et par conséquent un nouveau corps professionnel, définis par ce qu'elles considéraient comme des compétences particulières en santé. Ont donc été l'une après l'autre intégrées dans la catégorie des professions d'auxiliaires médicaux les professions d'orthophoniste[19], d'orthoptiste[20], d'audio-prothésiste[21], de manipulateur d'électroradiologie médicale[22], de diététicien[23], d'ergothérapeute[24], de psychomotricien[25], de prothésiste[26] et d'orthésiste[27]. La plupart de ces créations peuvent être regardées *a posteriori* comme pertinentes. À cet égard, Stéphane BRISSY relève à juste titre qu'« il est parfois nécessaire de créer une nouvelle profession lorsque des activités professionnelles présentent des spécificités telles qu'elles ne peuvent plus être logiquement rattachées à une profession similaire »[28]. Cependant, était-ce toujours le cas ?

7- **Une perte d'efficience des professionnels de santé résultant des chevauchements de leurs champs professionnels.** Dans le même temps se développent aux côtés de la médecine, et par extension aux côtés des activités des auxiliaires médicaux, qui sont toujours appréhendées comme des dérogations au monopole médical, de nouvelles pratiques qui intéressent directement la santé, mais échappent totalement au contrôle des Docteurs en médecine, telles que l'ostéopathie par exemple. Les praticiens concernés s'installent alors progressivement dans le paysage sociétal

[19] Loi n° 64-699 du 10 juillet 1964 relative aux professions d'orthophoniste et d'aide-orthoptiste, JORF n° 161 du 11 juillet 1964, p. 6174.

[20] *Ibid.*

[21] Loi n° 67-4 du 3 janvier 1967 tendant à la réglementation de la profession d'audio-prothésiste, JORF n° 3 du 4 janvier 1967, p. 105.

[22] Loi n° 86-76 du 17 janvier 1986 portant diverses dispositions d'ordre social, JORF n° 15 du 18 janvier 1986, p. 888.

[23] *Ibid.*

[24] Loi n° 95-116 du 4 février 1995 portant diverses dispositions d'ordre social, JORF n° 31 du 5 février 1995, p. 1992.

[25] *Ibid.*

[26] Ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions, JORF n° 199 du 27 août 2005, texte n° 46.

[27] *Ibid.*

[28] BRISSY Stéphane, « Professions de santé », *in* : LAUDE Anne et TABUTEAU Didier (dir.), *La loi Santé, Regards sur la modernisation de notre système de santé*, Paris, Presses de l'EHESP, 2016, p. 344.

français. Après quelques décennies, le caractère continu, non interrompu, paisible, public et non équivoque de ces exercices, devenus professionnels, conduit les pouvoirs publics à regarder ceux-ci comme parfaitement légitimes et à envisager l'institution d'un cadre juridique spécifique à chacun. Ainsi, c'est en vertu de considérations autres que sanitaires que sont réglementées ces activités de santé et consacrés les corps professionnels correspondants. À titre d'exemple, peuvent être relevées des considérations d'ordre juridique, telles que la nécessité de réglementations propres à protéger les bénéficiaires des soins en santé considérés ou des impératifs de sécurité juridique, ou encore des considérations d'ordre social, telles que l'insuffisance de débouchés professionnels offerts par certaines études universitaires et l'inemploi subséquent, annuel et cumulatif, d'un grand nombre de nouveaux diplômés.

8- Cette prolifération juridique d'activités dans le système de santé français pourrait très bien être considérée comme favorable, dans la mesure où de celle-ci découle nécessairement une pluralité de corps professionnels dotés de compétences particulières et susceptibles de répondre à divers besoins en santé. Cependant, ce supposé effet positif ne peut qu'être fortement relativisé. En effet, il ne saurait contrebalancer à lui seul le principal effet négatif de cette évolution systémique, lequel consiste en l'effacement du caractère distinctif des éléments essentiels de l'identité professionnelle de corps originels. En ce sens, si toutes les professions de santé consistaient autrefois en la pratique d'activités de santé singulières, déterminées par des champs professionnels[29] précis, permettant aux corps professionnels d'être parfaitement identifiables et identifiées, tant dans la sphère juridique que le paysage sociétal, la plupart de ces activités tendent aujourd'hui à se confondre en tout ou partie avec d'autres. Cette situation peut notamment être expliquée par les nombreux chevauchements qui grèvent actuellement les différents champs professionnels en santé, consécutifs à l'emploi par les pouvoirs publics, pour définir juridiquement les nouvelles activités de santé consacrées, de notions imprécises ou bien trop similaires à celles déjà utilisées. D'ailleurs, cette situation s'est récemment amplifiée sous l'effet de la dynamique générale de redéfinition des professions paramédicales en termes de missions[30].

9- Or, cette confusion, qui n'a aucunement été estompée par l'approche par compétences[31], apparaît

[29] Les champs professionnels sont définis *infra, cf*. développement n° 23 et suiv., p. 11.

[30] MORET-BAILLY Joël, « Les modes de définition des professions de santé : présent et avenir », *RDSS*, 2008, p. 508-518.

[31] Au sujet de l'approche par compétences des professionnels de santé, *cf.* Haute Autorité de Santé, *Rapport d'étude, Évaluation des compétences des professionnels de santé et certification des établissements de santé, Revue de littérature*, Haute Autorité de Santé, novembre 2015 ; BRISSY Stéphane, « Chapitre 2 : Les professionnels de santé », *in* :

particulièrement délétère pour l'efficience des professionnels de santé, qui se trouvent ainsi placés dans une situation de concurrence les uns par rapport aux autres, mais également avec les praticiens circonvoisins. En effet, outre de devoir rester grandement attentif à ce qu'aucun empiétement, *de facto* ou *de jure*, ne soit réalisé sur son activité de santé, chacun est contraint de rechercher les moyens propres à asseoir sa prééminence sur les pans de son activité qui sont partagés avec un ou plusieurs autres, notamment aux fins de justifier de ses spécificités et de son utilité dans le système de santé, et ce au lieu de conforter et développer les compétences professionnelles dont il est d'ores et déjà pourvu. Dans ces conditions, comment peut-il être espéré que ces professionnels de santé soient pleinement efficaces et puissent relever les défis que sera amené à surmonter notre système de santé ?

10- **Problématique**. Les chevauchements de champs professionnels nuisent ainsi fortement à l'affirmation ou la préservation de l'identité singulière des différents corps de praticiens de santé, ce qui impacte négativement leur efficacité et, par extension, celle du système de santé dans son intégralité. Afin de dégager une solution pérenne à ce problème, il apparaît nécessaire de se pencher sur l'organisation actuelle des professions de santé, porter un regard critique sur ses évolutions passée et à venir et mettre en évidence les fondements des chevauchements professionnels.

11- **Les ambitions de cette thèse en droit de la santé.** Cette étude peut véritablement être conduite au travers du prisme de la profession de masseur-kinésithérapeute. En effet, la consécration, aux côtés de celui-ci, de professionnels exerçant des activités circonvoisines, tels que l'ostéopathe et l'enseignant en Activité Physique Adaptée, a considérablement impacté le caractère distinctif des éléments essentiels de son identité professionnelle, au point qu'aujourd'hui ces deux professionnels se confondent en partie avec le masseur-kinésithérapeute, qui se trouve dès lors concurrencé sur le terrain de ses champs professionnels originels.

12- Manifestement, cette thèse se distingue nettement de la plupart des travaux menés jusqu'alors. En effet, si de nombreux aspects de la profession de masseur-kinésithérapeute ont fait l'objet de recherches antérieures, celles-ci ont toutes été conduites dans les champs de la sociologie ou des sciences de l'éducation. À cet égard, peuvent être mentionnées tout particulièrement l'étude menée

---

LAUDE Anne et TABUTEAU Didier (dir.), *Le droit de la santé d'une décennie à l'autre (2006-2016)*, Paris, Institut Droit et Santé, janvier 2017, n° 15, p.15-18.

par Pascal ROQUET, Franck GATTO et Sophie VINCENT sur l'identification et la reconnaissance des rôles et des identités des masseurs-kinésithérapeutes[32] et la thèse de Jacques MONET[33]. En outre, à ce jour, une seule thèse relative à la profession de masseur-kinésithérapeute a été rédigée dans le cadre d'études doctorales en Droit de la santé. Elle est le fruit des travaux d'Alain MACRON[34] et traite la question de la genèse et de l'évolution de la profession sous le régime de la loi du 30 avril 1946[35]. Cependant, cet auteur n'a aucunement abordé les conséquences produites par la consécration des professions circonvoisines, bien qu'il ait pris le soin de relever qu' « un autre sujet d'inquiétude est l'émergence de nouvelles professions qui viennent, une fois de plus, empiéter dans le domaine de compétence des masseurs-kinésithérapeutes et qui obtiennent une reconnaissance progressive, mais inéluctable par les pouvoirs publics »[36]. En cela, cette thèse peut être dans une certaine mesure considérée comme s'inscrivant dans la continuité des travaux de recherche de ce doctrinaire.

13- L'objet de la présente thèse sera tout autant diachronique que prospectif. En effet, une fois mises en exergue les difficultés rencontrées par le corps des masseurs-kinésithérapeutes, seront recherchés les moyens les plus pertinents pour y répondre, en d'autres termes seront exposées les solutions que la situation actuelle du corps des masseurs-kinésithérapeutes[37] appelle. À cet égard, il est espéré que les conclusions du rapport prévu à l'article 1er de la loi du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification[38], devant être remis par le Gouvernement au Parlement avant la fin du mois d'octobre de cette année, viendront confirmer, de manière implicite ou explicite, la pertinence de la proposition ici formulée.

14- **La délimitation de l'étude menée.** Si cette thèse s'inscrit dans le cadre d'études doctorales en Droit de la santé, la mise en évidence de la situation actuelle de la profession de masseur-

---

[32] ROQUET Pascal, GATTO Franck et VINCENT Sophie, *Rapport de recherche : L'identification et la reconnaissance des rôles et des identités des masseurs-kinésithérapeutes*, Conservatoire national des arts et métiers, décembre 2015.

[33] MONET Jacques, *Émergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIXe et au début du XXe siècle : une spécialité médicale impossible, Genèse, acteurs et intérêts de 1880 à 1914,* OFFERLÉ Michel (dir.), thèse de doctorat, sociologie, université de Paris-1, 2003.

[34] MACRON Alain, *La profession de masseur-kinésithérapeute instituée par la loi no 48-857 du 30 avril 1946 : Genèse et évolutions d'une profession de santé réglementée*, VIALLA François (dir.), thèse de doctorat, droit, université de Montpellier, 2015.

[35] Loi no 46.857 du 30 avril 1946, *op. cit.*

[36] MACRON Alain, *La profession de masseur-kinésithérapeute instituée par la loi no 48-857 du 30 avril 1946 : Genèse et évolutions d'une profession de santé réglementée*, *op. cit.* p. 606.

[37] Solutions qui semblent *a priori* pouvoir s'appliquer également aux autres corps professionnels paramédicaux.

[38] Loi no 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, JORF no 99 du 27 avril 2021, texte no 1.

kinésithérapeute ne peut raisonnablement faire l'impasse sur une présentation historique de cette profession et des professions circonvoisines. Cependant, dès que possible, l'étude diachronique conduite appréhendera les professions considérées dans leur dimension juridique, c'est-à-dire au travers de la réglementation de leurs conditions d'exercice, telles qu'édictées par les pouvoirs publics. Il n'est pas question ici de procéder à un abord sociologique des pratiques professionnelles. En ce qui concerne le masseur-kinésithérapeute, ce travail de recherche a déjà été effectué par Jacques MONET[39].

15- Pour ce qui est des professionnels circonvoisins au masseur-kinésithérapeute, il a été fait le choix d'étudier l'ostéopathe et l'enseignant en Activité Physique Adaptée. En effet, nombreux sont ceux qui confondent aujourd'hui totalement le masseur-kinésithérapeute et l'ostéopathe. En tout état de cause, la question de leurs caractères distinctifs est fréquemment posée, ce qui n'est pas le cas pour l'enseignant en Activité Physique Adaptée. L'évolution récente des conditions d'exercice de ce dernier amène cependant à regarder celui-ci comme susceptible de remplacer à court terme le masseur-kinésithérapeute pour certains soins. D'aucuns pourraient reprocher à ce travail de ne pas aborder le cas du chiropracteur. Au soutien de leurs critiques, ils pourraient relever, à juste titre, que les champs professionnels de l'ostéopathe et du chiropracteur sont extrêmement similaires et ceux-ci ont été consacrés ensemble par l'article 75 de la loi du 4 mars 2002[40]. On pourra cependant leur opposer que les corps professionnels ne se sont pas installés dans le paysage sociétal français selon des modalités identiques et ne possèdent pas du tout les mêmes caractéristiques. En conséquence, le développement et la consécration du chiropracteur dans notre système de santé, contrairement à ceux de l'ostéopathe, n'ont pas eu d'effet significatif sur l'identité professionnelle du masseur-kinésithérapeute.

16- Afin de justifier cette affirmation, quatre points peuvent être exposés. Premièrement, le corps des chiropracteurs s'est développé en France séparément de celui des masseurs-kinésithérapeutes[41]. Cette dichotomie historique explique en grande partie pourquoi les deux corps professionnels ne

---

[39] MONET Jacques, *Émergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIX^e^ et au début du XX^e^ siècle : une spécialité médicale impossible, Genèse, acteurs et intérêts de 1880 à 1914*, *op. cit.*

[40] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF n° 54 du 5 mars 2002, texte n° 1.

[41] Ce qui n'est aucunement le cas du corps des ostéopathes. Pour l'étude de la scission tardive et inaboutie du corps des ostéopathes de celui des masseurs-kinésithérapeutes, *cf.* Chapitre 1 : L'histoire d'une confusion, p. 22.

sont aujourd'hui nullement confondus[42]. Deuxièmement, les chiropracteurs ne peuvent pas, dans les faits, être regardés comme imposant une concurrence aux masseurs-kinésithérapeutes, notamment en raison de la faible importance numérique de leur corps professionnel. En effet, au début de l'année 2020, seuls 1 400 professionnels[43] exercent la profession de chiropracteur sur le territoire national, contre 90 000 masseurs-kinésithérapeutes[44]. À titre de comparaison, 35 000 professionnels environ, tous corps confondus, sont titulaires du titre d'ostéopathe[45]. Troisièmement, l'écart démographique entre les chiropracteurs et les masseurs-kinésithérapeutes est voué à se creuser davantage, puisque le seul institut de formation[46] délivrant la formation en chiropraxie en France reçoit approximativement 140 nouveaux étudiants par an[47], chiffre qui peut être mis en perspective avec les 2 915 étudiants admis à poursuivre des études en masso-kinésithérapie à la rentrée 2021[48]. Quatrièmement, les étudiants en chiropraxie poursuivent obligatoirement leurs études à plein temps, alors que la quasi-totalité des écoles d'ostéopathie ont mis en place au cours des années 1980 une formation à temps partiel à destination des professionnels de santé, dont notamment les masseurs-kinésithérapeutes. Ainsi, bon nombre de masseurs-kinésithérapeutes, qui ne peuvent s'engager dans la formation en chiropraxie qu'à la condition de mettre en suspens leur activité professionnelle, et ce durant les six années d'études, préfèrent s'orienter vers une formation en ostéopathie.

17- En conclusion, les caractéristiques respectives des corps des chiropracteurs et des ostéopathes résultent essentiellement de la stratégie de développement adoptée au départ par chacun. Alors que les ostéopathes ont imposé leur présence dans le paysage de santé français par la diffusion étendue de leur champ de pratiques, au risque de voir celui-ci se diluer dans les champs circonvoisins, les chiropracteurs ont cultivé leurs spécificités. Leurs développements et consécrations au sein de notre système de santé n'ont ainsi pas eu les mêmes conséquences sur les éléments essentiels de l'identité

---

[42] Il n'est pas question ici de détailler l'histoire de la pénétration de la chiropraxie en France. Pour plus de précisions sur le sujet, *cf*. ROUY Benoît, *La chiropractique : Histoire d'un combat*, Paris, Multifidus, 2004.

[43] Association française de chiropraxie, *Vos questions sur la chiropraxie* [en ligne], [consulté le 12 juin 2021], https://www.chiropraxie.com/questions-sur-la-chiropraxie/

[44] Observatoire de la démographie du Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Démographie des kinésithérapeutes* [en ligne], publié le 23 mars 2021, [consulté le 15 juin 2021], https://www.ordremk.fr/actualites/kines/la-demographie-des-kinesitherapeutes-en-2020/

[45] Registre des Ostéopathes de France, *La démographie des ostéopathes en France* [en ligne], [consulté le 12 juin 2021], https://www.osteopathie.org/demographie.html/

[46] Décision n° 2013-94-001 du 6 mai 2013 portant agrément de l'Institut franco-européen de chiropraxie pour dispenser une formation en chiropraxie, BO Santé — Protection sociale — Solidarité n° 5 du 15 juin 2013, p. 101.

[47] Institut franco-européen de chiropraxie, *Rapport annuel d'activité 2019-2020* [en ligne], [consulté le 14 juin 2021], https://www.ifec.net/rapport-annuel-dactivite/, p. 12-13.

[48] Arrêté du 27 mai 2021 modifiant l'arrêté du 6 mai 2021 fixant le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires aux diplômes d'État de masseur-kinésithérapeute et de psychomotricien au titre de l'année universitaire 2021-2022, JORF n° 123 du 29 mai 2021, texte n° 26.

professionnelle du masseur-kinésithérapeute, ce qui justifie l'exclusion du chiropracteur de la recherche envisagée.

18- **L'effacement de l'identité professionnelle.** Dans cette thèse, il est donc proposé de porter un regard critique sur l'évolution de l'organisation des professions de santé, démontrer la réalité de sa principale conséquence négative, laquelle consiste en l'effacement du caractère distinctif des éléments essentiels de l'identité des corps professionnels, soit, en d'autres termes, la perte de singularité des champs professionnels qui définissent les corps considérés, et exposer en quoi cet effacement ne peut que s'avérer, à terme, fortement délétère pour l'efficacité du système de santé.

19- Dans cette perspective, il convient de circonscrire, au préalable, la notion qui constitue la pierre angulaire de ce travail, à savoir l'« identité professionnelle », laquelle s'appliquera surtout, dans le cadre de cette thèse, au masseur-kinésithérapeute. Que peut bien recouvrir, en droit, cette notion ? En effet, si elle fait l'objet de nombreux ouvrages et travaux de recherche dans les champs aussi variés que la philosophie[49], la sociologie[50] et les sciences de l'éducation[51], elle n'est aucunement appréhendée en tant que telle par la matière juridique[52]. Pourtant, à l'aune des nombreuses questions et revendications identitaires qui agitent aujourd'hui la société, la question se pose véritablement : à quoi peut correspondre l'identité d'un corps professionnel ?

20- Une première piste de réflexion semble offerte par Gérard CORNU, qui définit l'identité, dans son application spécifique à la personne physique, comme « ce qui fait qu'une personne est elle-même et non une autre ; par ext., ce qui permet de la reconnaître et de la distinguer des autres ; […] l'ensemble des caractères qui permettent de l'identifier »[53]. Cette définition est en totale conformité

---

[49] Pour l'étude du concept philosophique d'identité, *cf.* GAYON Jean (dir.), *L'identité, Dictionnaire encyclopédique*, Paris, Gallimard, 2020.

[50] À titre d'exemple d'approche sociologique, il peut être cité l'approche interactionniste d'Everett HUGUES présentée par Claude DUBAR dans le chapitre 6 d'un de ses ouvrages. (DUBAR Claude, *La socialisation, Construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Armand Colin, 1991, 121-142).

[51] Selon Bernard FRAYSSE, « la notion d'identité professionnelle […] (est) le résultat d'interactions entre un acteur social, des groupes professionnels ou liés à la profession et le contexte professionnel ». *cf.* FRAYSSE Bernard, « La saisie des représentations pour comprendre la construction des identités », *Revue des sciences de l'éducation*, 2000, vol. 16, p. 653.

[52] L'« identité professionnelle », telle qu'appréhendée ici, ne saurait se confondre avec ce que permet de justifier la « carte d'identité professionnelle ».

[53] CORNU Gérard, *Vocabulaire juridique*, 11e éd., Paris, PUF, janvier 2016, p. 463.

avec celles du Centre national de ressources textuelles et lexicales[54], pour qui l'identité, prise dans son acception générale, a pour essence « le caractère de deux ou plusieurs êtres identiques »[55] et consiste, du point de vue juridique, en l'« ensemble des traits ou caractéristiques qui [...] permettent de reconnaître une personne et d'établir son individualité au regard de la loi ».

21- Au regard de ces définitions, il ne semble donc aucunement aberrant d'évoquer, pour chaque corps professionnel institué dans notre système juridique, l'existence d'une identité professionnelle propre. En effet, ne sont-ils pas tous pourvus de caractéristiques spécifiques, qui permettent de les reconnaître et les distinguer les uns des autres ? Chacun n'est-il pas, notamment en vertu de ces caractéristiques distinctives, parfaitement identifiable et identifié dans le paysage sociétal et au sein du corpus juridique ? Une réponse affirmative s'impose. Les professions de santé ne font pas ici figure d'exceptions. Chacune des professions de santé, n'est-elle pas définie avec précision dans le Code de la santé publique de manière à être aisément identifiable et identifiée par tous ? Dès lors, il semble tout à fait raisonnable d'attendre de l'étude des articles du Code de la santé publique au sein desquels est définie chaque profession de santé qu'elle révèle les éléments caractéristiques du corps correspondant, autrement dit les éléments essentiels de son identité professionnelle.

22- Or, une lecture attentive des articles considérés ne permet pas, de prime abord, de dégager les éléments recherchés, qui restent particulièrement difficiles à appréhender. Dans ces conditions, la comparaison des différents champs professionnels spécifiques à chacun ne peut être réalisée et l'effacement du caractère distinctif des éléments essentiels de l'identité professionnelle et la concurrence subséquente entre les corps circonvoisins ne peuvent être démontrés.

23- **Une typologie des champs professionnels propre à permettre les comparaisons entre les praticiens de santé.** Pour mener à bien l'étude positiviste envisagée, il a donc été nécessaire de préciser et mettre en œuvre une typologie des champs professionnels caractéristiques des activités exercées dans le système de la santé, laquelle permet de circonscrire et mettre en exergue, pour chacun des corps concernés, les spécificités de sa pratique, soit les éléments essentiels de son identité professionnelle. Cette typologie constitue un outil méthodologique capital. En effet,

[54] Le Centre national de ressources textuelles et lexicales, créé en 2005 par le CNRS, « fédère au sein d'un portail unique, un ensemble de ressources linguistiques informatisées et d'outils de traitement de la langue ».

[55] Centre national de ressources textuelles et lexicales, *Identité* [en ligne], [consulté le 9 juin 2021], http://www.cnrtl.fr/definition/identite/

l'analyse comparative des champs qui sont aux fondements mêmes des professions exercées devrait conduire à trancher la question du caractère distinctif, ou non, de ces éléments et, subséquemment, offrir la possibilité d'affirmer ou d'infirmer la réalité d'une confusion et d'une concurrence entre les activités et *a fortiori* les corps professionnels considérés.

24- Logiquement, pour préciser cette typologie, il a été procédé à l'analyse de la consistance des activités de santé. Nombre de questions se sont avérées pertinentes. Par quels moyens définir une activité de santé ? Quels éléments caractérisent les interventions dans le domaine de la santé ? Comment déterminer les rôles joués par un corps professionnel dans le système de santé ? Des éléments de réponse à ces questions sont spontanément apparus. Bien que vraisemblablement issus de la compréhension de ce que recouvre concrètement la délivrance de soins en santé, ils ont été éclairés et confortés par l'étude des dispositions du Code de la santé publique dans lesquelles sont définies les professions de santé. En résulte une typologie consistant en un triptyque, à savoir le domaine de compétences, les champs d'intervention et le champ de pratiques.

25- Le domaine de compétences est *a priori* hautement caractéristique de chacune des professions intervenant dans le domaine de la santé, puisqu'il est inscrit de manière systématique dans l'article inaugural des textes normatifs relatifs à ces professions, dans la partie législative du code précité pour ce qui concerne les professions de santé. Cependant, ce domaine n'est aucunement uniforme. En effet, s'il est constitué d'actes pratiques pour certaines professions, il est défini en termes de missions de santé pour d'autres. En outre, ce domaine peut varier dans le temps. À cet égard, le renouvellement des définitions des domaines de compétences paramédicaux s'est traduit par la substitution des actes les plus emblématiques exécutés dans le cadre de l'exercice professionnel par des missions de santé. Par ailleurs, des différences persistent entre les professions paramédicales et les professions réglementées en dehors du Code de la santé publique, appréhendées pour la plupart au travers des troubles pour la prise en charge desquels le corps professionnel est habilité. Pour ces raisons, le domaine de compétences possède un caractère inévitablement polymorphe et rien ne s'oppose à considérer que ce premier élément essentiel de l'identité d'un corps professionnel consiste dans les spécificités de l'intervention du praticien en termes des missions qui lui sont confiées, les actes emblématiques qu'il est habilité à exécuter ou les troubles qui engagent sa compétence.

26- Les champs d'intervention[56] sont assurément moins caractéristiques de chacune des professions étudiées, dans la mesure où ils ne peuvent pas posséder une dimension exclusive. Toutefois, lorsque les domaines de compétences définis ne permettent pas de distinguer, entre deux professionnels, les rôles joués par chacun, les champs d'intervention apportent l'éclairage nécessaire. Ce deuxième élément essentiel de l'identité d'un corps professionnel correspond aux systèmes du corps humain dans le cadre desquels le corps professionnel est habilité à intervenir. Ceux-ci sont dans tous les cas précisés. Pour un exemple circonstancié, le masseur-kinésithérapeute participe, entre autres, aux traitements de rééducation orthopédique, neurologique, respiratoire, cardio-vasculaire, etc.[57], et ses actions sont, en conséquence, circonscrites dans les systèmes musculo-squelettique, neurologique, cardio-vasculaire, respiratoire, etc.

27- Enfin, le champ de pratiques caractérise toujours avec plus ou moins d'efficacité une profession intervenant dans le domaine de la santé. Le champ de pratiques consiste en l'ensemble des actes que le professionnel est habilité expressément à exécuter. Généralement, la liste des actes autorisés est édictée par le pouvoir réglementaire au sein d'un « décret d'actes ». Elle possède, de manière logique, un caractère limitatif et est complétée, systématiquement, par une liste d'actes interdits. Évidemment, lorsque le domaine de compétences est défini en termes d'actes pratiques, ceux-ci intègrent naturellement le champ de pratiques correspondant. Cependant, ils ne constituent que dans de très rares cas la totalité du champ en question[58]. Dans ces conditions, le domaine de compétences ne se confond jamais totalement avec le champ de pratiques.

28- Les éléments de ce triptyque applicable à toutes les activités exercées dans le système de santé, que sont le domaine de compétences, les champs d'intervention et le champ de pratiques, peuvent raisonnement être dénommés « les champs professionnels », dans la mesure où ceux-ci expriment, de manière plus ou moins de précise, la consistance de l'activité de santé concernée et, par conséquent, le ou les rôles spécifiques que chacun des corps considérés est voué à jouer dans le système de santé. Puisqu'ils caractérisent un corps professionnel, ils constituent également les éléments essentiels de son identité professionnelle. Au travers de l'étude comparative des différents

[56] Au sein de la notice relative au décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018, il est précisé que « le décret définit les domaines d'intervention et les activités de l'infirmier exerçant en pratique avancée (*cf.* décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée, JORF n° 164 du 19 juillet 2018, texte n° 18).

[57] Conformément à l'article R. 4321-5 du Code de la santé publique.

[58] Au moment de la consécration de la profession de masseur-kinésithérapeute, celle-ci n'est définie que par deux actes pratiques, à savoir le massage et la gymnastique médicale. À cette date, le domaine de compétences masso-kinésithérapique et le champ de pratiques correspondant sont donc totalement confondus.

champs professionnels autour du masseur-kinésithérapeute, il peut donc être recherché et mis en exergue une éventuelle confusion entre les praticiens correspondants et une situation de concurrence subséquente entre eux.

29- **Les savoirs et le champ disciplinaires.** À l'application concrète de ces champs professionnels correspondent nécessairement des savoirs spécifiques. Pour un exemple circonstancié, les savoirs mobilisés dans le cadre de l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute se distinguent nettement de ceux mis en œuvre dans le cadre de l'exercice infirmier ou orthoptique, hormis les savoirs qui sont évidemment communs aux professions de santé. Quand ces savoirs sont organisés dans un ensemble cohérent, d'un point de vue matériel et institutionnel, ils forment ensemble ce qui peut être dénommé un « champ disciplinaire ». Les savoirs peuvent ainsi parfaitement accéder à l'existence juridique sans pour autant qu'un champ disciplinaire ne soit consacré. À titre d'exemple, les savoirs masso-kinésithérapiques, inscrits dans la lettre de l'actuel article L. 4321-1 du Code de la santé publique, possèdent une réalité juridique, alors que l'existence du champ disciplinaire masso-kinésithérapique reste pour le moment totalement hypothétique.

30- **L'histoire de la profession de masseur-kinésithérapeute**. Bien avant de réaliser l'étude de l'évolution de l'organisation des professions de santé au travers du prisme de la profession de masseur-kinésithérapeute, il convient de présenter l'histoire du corps professionnel et expliquer comment les éléments essentiels de son identité, soit ses champs professionnels, ont été forgés, puis consacrés par les pouvoirs publics. Or, cette histoire a déjà fait l'objet de deux thèses. La première, réalisée au sein d'un laboratoire de sociologie, a été rédigée par Jacques MONET. Elle retrace l'« émergence de la kinésithérapie en France à la fin du XIX^{ème} et au début du XX^{ème} siècle »[59]. La seconde est l'œuvre d'Alain MACRON, qui, dans le cadre d'études doctorales en Droit, s'est penché sur la genèse et l'évolution de la profession sous le régime de la loi du 30 avril 1946[60]. Dans les paragraphes suivants, sera donc synthétisée l'histoire de la profession de masseur-kinésithérapeute telle que révélée par les travaux de ces deux auteurs. Afin de rendre immédiatement explicites les trois paragraphes suivants, il est souligné que ce corps professionnel est constitué en 1946 par la réunion de deux corps de praticiens, qui avaient acquis, chacun de leur côté, des compétences notables dans l'exercice des pratiques séculaires, à savoir la gymnastique médicale et le massage.

[59] MONET Jacques, *Émergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIX^{e} et au début du XX^{e} siècle : une spécialité médicale impossible, Genèse, acteurs et intérêts de 1880 à 1914*, *op. cit.*

[60] MACRON Alain, *La profession de masseur-kinésithérapeute instituée par la loi n^{o} 48-857 du 30 avril 1946 : Genèse et évolutions d'une profession de santé réglementée*, *op. cit.*

31- **Les origines et le développement du corps des gymnastes médicaux.** La gymnastique prend une dimension médicale au cours du XVIII^e^ siècle, sous l'impulsion de quelques médecins qui, par leurs travaux, démontrent que « la médecine ne peut se passer de la gymnastique, qui concourt à conserver et rétablir la santé par l'usage de l'exercice sans avoir recours aux médicaments »[61]. Au milieu du XIX^e^ siècle, la gymnastique pénètre les hôpitaux parisiens, qui sont les hauts lieux des expérimentations médicales de l'époque. Les leçons confiées à Alexandre-Napoléon LAISNÉ, gymnaste renommé, se révèlent grandement efficaces pour le traitement des conséquences de pathologies invalidantes. Cependant, les expérimentations mises en œuvre restent centrées sur sa personne, ce qui nuit fortement au développement de la gymnastique médicale en France. Après celles-ci, il faut donc attendre près de trente ans pour que l'expérience soit reconduite. En 1900, les médecins désireux de promouvoir ce nouveau courant thérapeutique s'organisent et créent la Société de kinésithérapie, qui regroupe des médecins d'orientations et de spécialisations différentes. Rapidement, des conflits internes surgissent, ce qui réduit considérablement l'efficacité de l'action sociétale. La survenue de la Première Guerre mondiale dynamise la diffusion de la gymnastique médicale dans la société française. En effet, afin de répondre promptement à l'afflux important de blessés et aux besoins de soins subséquents, les médecins sont contraints de se doter d'aides, formés pour l'occasion en quelques jours. Le corps des gymnastes médicaux prend ainsi son essor.

32- Cependant, ce n'est qu'en 1942 qu'est institué un diplôme d'État de moniteur de gymnastique médicale. Celui-ci, délivré à l'issue de deux années d'études, permet à ses titulaires de « pratiquer la gymnastique médicale et orthopédique, dans un but de rééducation physique »[62]. Cependant, les circonstances particulières de l'époque empêchent l'admission effective d'étudiants dans les écoles de moniteurs de gymnastique médicale et aucun diplôme n'est jamais attribué. *In fine*, le corps des gymnastes médicaux est consacré en 1946 au travers de sa réunion avec le corps des masseurs médicaux. Il forme avec ce dernier le corps des masseurs-kinésithérapeutes.

33- **Les origines et le développement du corps des masseurs médicaux**. Le massage constitue une pratique séculaire pratiquée depuis la nuit des temps. Après une période d'oubli, qui débute avec la chute de l'Empire romain au V^e^ siècle, elle est redécouverte. Ainsi, à partir du XV^e^ siècle, elle devient un élément plus ou moins important des soins en vue de l'amélioration de l'état de

[61] MONET Jacques, *Émergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIX^e^ et au début du XX^e^ siècle : une spécialité médicale impossible, Genèse, acteurs et intérêts de 1880 à 1914*, *op. cit.* p. 135.

[62] Décret n° 2483 du 13 août 1942 instituant un diplôme d'État de moniteur de gymnastique médicale, JOEF n° 200 du 21 août 1942, p. 2872.

santé. Au XIX^e siècle, elle pénètre le domaine de la médecine grâce au Docteur Jacques ESTRADERE, qui rédige sa thèse sur le massage[63]. Celui-ci introduit la distinction entre le massage hygiénique, qui intéresse le corps sain, et le massage thérapeutique. À cette occasion, le mot « massothérapie » est créé. Il permet de distinguer les actes de massage réalisés par les praticiens empiriques, tels que les rebouteux, des actes de massage validés par les médecins. Quelques médecins hospitaliers, qui ambitionnent de devenir les promoteurs d'une discipline nouvelle, se chargent de médicaliser la pratique. Des expérimentations sont réalisées et les techniques sont codifiées. La dichotomie entre la massothérapie et le massage hygiéniste, aux mains des masseurs empiriques, est entérinée. Le massage médical, qui était jusqu'alors indiqué pour des affections particulières, est appliqué aux fins de rééducation après la Première Guerre mondiale et la délégation de l'exécution des massages aux auxiliaires dont le corps médical s'est doté est ainsi légitimée.

34- En 1924, dans le prolongement d'un décret du 27 juin 1922[64], en vertu duquel peuvent être institués « des brevets de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'infirmière diplômée de l'État français », une première organisation de l'exercice de la profession de masseur est réalisée. Celle-ci prend la forme de la reconnaissance administrative de certaines écoles d'infirmières et de masseurs aveugles, sous condition de l'adoption par celles-ci du programme d'études délibéré par le Conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières[65], et de la délivrance du brevet de capacité à 224 infirmières hospitalières[66]. Puis, un projet de statut légal pour les professionnels issus de ces écoles, présenté le 28 janvier 1937 devant la Chambre des députés, est adopté. L'intégration officielle de la totalité des masseurs dans le corps des infirmiers et infirmières est pressentie, car l'article 2 du projet prévoit qu'« on entend par infirmière ou infirmier : "Les infirmières ou infirmiers de toutes spécialités exerçant leur profession à l'hôpital ou à domicile : masseurs et masseurs aveugles, hospitaliers d'asiles d'aliénés, d'hygiène sociale métropolitaine et coloniale." »[67] Cependant, bien que réceptionné par le Sénat[68], ce projet n'est jamais débattu.

---

[63] Cette thèse, soutenue en 1863, sera rééditée en 1884, *cf.* ESTRADÈRE Joachim, *Du massage, son historique, ses manipulations, ses effets physiologiques et thérapeutiques*, Paris, Adrien Delahayes, 1884.

[64] Décret du 27 juin 1922 instituant des brevets de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'infirmière diplômée de l'État français, *op. cit.*

[65] Arrêté du 28 février 1924 portant reconnaissance administrative d'écoles d'infirmières, JORF n° 59 du 29 février 1924, p. 2093.

[66] Arrêté du 28 février 1924 délivrant le brevet de capacité à des infirmières hospitalières, JORF n° 59 du 29 février 1924, p. 2093.

[67] Chambre des députés, *Débats parlementaires, Compte rendu in extenso des séances du Sénat et de la Chambre des députés, Session ordinaire, 2^e séance du mardi 28 janvier 1937*, JO Chambre des députés. n° 8 [2] du 29 janvier 1937, p. 205.

[68] Sénat, *Débats parlementaires, Compte rendu in extenso des séances du Sénat et de la Chambre des députés, Session ordinaire, 2^e séance du mardi 2 février 1937*, JO Sénat n° 10 [2] du 3 février 1937, p. 72.

35- La Seconde Guerre mondiale survient et la France est défaite. Le Gouvernement en place, dit de Vichy, entreprend de doter les masseurs d'un statut légal totalement distinct de celui d'infirmier. Une loi du 15 janvier 1943[69] crée la profession de masseur médical et un décret du 9 février 1944 remplace les brevets de capacité professionnelle par un « brevet de masseur médical ». Néanmoins, le 3 novembre 1945, le Gouvernement provisoire de la République française adopte une ordonnance par laquelle sont annulés « tous les actes constitutionnels législatifs ou réglementaires, ainsi que les arrêtés pris pour leur exécution, sous quelque dénomination que ce soit, promulgués sur le territoire continental postérieurement au 16 juin 1940 et jusqu'au rétablissement du Gouvernement provisoire de la République française »[70].

36- **La consécration de la profession de masseur-kinésithérapeute.** Dans le contexte de l'après-guerre, les conditions sanitaires du pays sont fortement détériorées et la reconstruction du système de santé apparaît comme une priorité majeure. Afin de répondre notamment aux importants besoins en rééducation des blessés de guerre est créée, par la réunion des corps des masseurs et des gymnastes médicaux, la profession de masseur-kinésithérapeute. Le choix de cette dénomination n'est aucunement le fruit du hasard, puisqu'elle permet de minimiser le rôle susceptible d'être joué par le corps des gymnastes médicaux dans le contrôle du nouveau corps professionnel. Il n'en demeure pas moins qu'à ce dernier est confié de manière expresse l'exercice monopolistique du massage et de la gymnastique médicale.

37- Ces deux activités, autrefois séparées, constituent donc à cette date les champs professionnels et les éléments essentiels de l'identité du masseur-kinésithérapeute. C'est en effet au travers de celles-ci que le nouveau professionnel est parfaitement identifiable et identifié dans le système de santé français. Toutefois, ces éléments caractéristiques, au pouvoir fortement distinctif, font rapidement l'objet de convoitise. À cet égard, Alain MACRON explique dans sa thèse les raisons pour lesquelles le corps des médecins impose « la création de la profession d'ergothérapeute, première brèche d'envergure dans le monopole de la rééducation légalement dévolu aux masseurs-kinésithérapeutes [...] (et) la profession de psychorééducateur »[71]. Pour cet auteur, ces deux professions peuvent

[69] Loi n° 2 du 15 janvier 1943 relative à l'exercice de la profession de masseur médical, JOEF n° 36 du 11 février 1943, p. 394.

[70] Article 2 de l'ordonnance du 9 août 1944 relative au rétablissement de la légalité républicaine sur le territoire continental, JORF n° 65 du 10 août 1944, p. 688.

[71] MACRON Alain, *La profession de masseur-kinésithérapeute instituée par la loi n° 48-857 du 30 avril 1946 : Genèse et évolutions d'une profession de santé réglementée*, *op. cit.* p. 146.

véritablement être regardées comme « prédatrices de la masso-kinésithérapie ».

38- En outre, il expose comment le monopole légal du massage est mis à l'épreuve de la pratique quotidienne du masseur-kinésithérapeute, concurrencé à cet endroit notamment par les pédicures et les esthéticiennes. D'ailleurs, les nombreuses procédures contentieuses qui opposent ces dernières aux organisations représentatives des masseurs-kinésithérapeutes conduisent *in fine* le législateur à consacrer le modelage à visée esthétique[72]. Défini par la loi du 23 juillet 2010[73], celui-ci consiste en « toute manœuvre superficielle externe réalisée sur la peau du visage et du corps humain dans un but exclusivement esthétique et de confort, à l'exclusion de toute finalité médicale et thérapeutique. Cette manœuvre peut être soit manuelle, éventuellement pour assurer la pénétration d'un produit cosmétique, soit facilitée par un appareil à visée esthétique ». En tout état de cause, cet événement juridique manifestement défavorable au masseur-kinésithérapeute n'est point accidentel. Il s'inscrit dans une dynamique globale, qui conduit à l'effacement du caractère distinctif des éléments essentiels de l'identité de ce professionnel.

39- **Plan de la thèse.** Dans la perspective de traiter la question des enjeux identitaires soulevés par l'évolution passée et à venir du masseur-kinésithérapeute, il est proposé d'explorer, dans un premier temps, la confusion pernicieuse qui s'est progressivement instaurée entre, d'une part, le masseur-kinésithérapeute (première partie) et, d'autre part, l'ostéopathe (titre 1) et l'enseignant en Activité Physique Adaptée (titre 2), puis d'expliquer, dans un second temps, l'évolution qui apparaît à ce jour nécessaire pour que la masso-kinésithérapie recouvre une véritable singularité (seconde partie), évolution qui est commandée par les impacts limitées de la réforme de la profession de masseur-kinésithérapeute opérée au cours des années 2015-2016 (titre 1) et qui doit être réalisée au travers de la consécration d'un champ disciplinaire spécifique à la masso-kinésithérapie (titre 2).

[72] Loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises, JORF n° 179 du 3 août 2005, texte n° 2.

[73] Loi n° 2010-853 du 23 juillet 2010 relative aux réseaux consulaires, au commerce, à l'artisanat et aux services, JORF n° 169 du 24 juillet 2010, texte n° 17.

Première partie :
De la confusion
du masseur-kinésithérapeute

40- Par la loi du 30 avril 1946[74], le législateur a institué dans notre système de santé la profession de masseur-kinésithérapeute et habilité de manière exclusive celui-ci à pratiquer le massage et la gymnastique médicale. Cet exercice monopolistique a profondément marqué l'histoire du corps professionnel, qui est resté pendant près de soixante-dix ans[75] défini au sein du corpus juridique et identifié dans la sphère sociétale comme celui qui mettait en œuvre ces deux pratiques thérapeutiques. Ainsi, durant ces années, le massage et la gymnastique médicale ont constitué l'essence même de l'identité professionnelle du masseur-kinésithérapeute. En d'autres termes, ils en ont été les éléments essentiels.

41- Si ce fondement identitaire est apparu particulièrement solide au début de la seconde moitié du XX^{e} siècle, il s'est progressivement fissuré[76], au point qu'aujourd'hui bien des doutes sont permis quant aux spécificités de la masso-kinésithérapie. Une des principales raisons qui expliquent cette situation réside dans la confusion qui s'est durablement établie entre le masseur-kinésithérapeute et les deux praticiens en santé que sont l'ostéopathe et l'enseignant en Activité Physique Adaptée. En effet, ces derniers, désormais consacrés dans le système de santé, sont définis par des champs professionnels qui à bien des égards se confondent avec ceux du masseur-kinésithérapeute.

42- La démonstration de la confusion du masseur-kinésithérapeute avec ces deux praticiens en santé oblige à comparer leurs champs professionnels respectifs. Seront ainsi successivement abordés les champs professionnels de l'ostéopathe (titre 1), puis ceux de l'enseignant en Activité Physique Adaptée (titre 2).

---

[74] Loi n^{o} 46.857 du 30 avril 1946, *op. cit.*

[75] Le masseur-kinésithérapeute bénéficie d'une réforme substantielle de la définition de son domaine de compétences en janvier 2016. Pour une étude des principaux apports de cette réforme, *cf.* Paragraphe 1 : Le domaine de compétences renouvelé du masseur-kinésithérapeute, p. 342.

[76] Notamment, dans un premier temps, par la perte de l'exercice monopolistique du massage. Pour une étude de ce sujet, *cf.* MACRON Alain, *La profession de masseur-kinésithérapeute instituée par la loi n^{o} 48-857 du 30 avril 1946 : Genèse et évolutions d'une profession de santé réglementée, op. cit.*

Titre 1 : De la confusion du masseur-kinésithérapeute et de l'ostéopathe

43- Dans ce premier titre, il convient de démontrer la confusion qui s'est durablement établie entre le masseur-kinésithérapeute et l'ostéopathe.

44- Cette confusion résulte manifestement de l'histoire commune des deux corps professionnels. Un temps, il eût pu été pensé que l'article 75 de la loi du 4 mars 2002[77], qui a consacré dans notre système de santé l'usage du titre d'ostéopathe, puisse mettre fin cette confusion pernicieuse. Cependant, il n'en a rien été. En effet, l'entrée en vigueur de cette disposition n'a nullement abouti à la distinction des professionnels considérés. Pour cause, les pouvoirs publics ont attribué à l'ostéopathe un domaine de compétences similaire à celui du masseur-kinésithérapeute et l'ont habilité à pratiquer des actes fortement comparables, voire même pour certains identiques. De la sorte, ils ont plutôt renforcé la confusion qu'il existait déjà depuis de nombreuses années entre ces deux professionnels.

45- Dans la perspective de démontrer la réalité de cette confusion et de préciser ses répercussions sur l'identité professionnelle du masseur-kinésithérapeute, seront étudiées, dans un premier temps, les origines de la confusion entre ces deux professionnels (chapitre 1), puis sera exposé, dans un second temps, en quoi celle-ci, toujours actuelle, est la source d'une concurrence prégnante entre eux (chapitre 2).

[77] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, *op. cit.*

Chapitre 1 : L'histoire d'une confusion

46- Il peut être attendu de l'étude diachronique d'un corps professionnel qu'elle permette de mettre en lumière les circonstances d'apparition du corps considéré et de la formalisation des éléments de son identité professionnelle. En la matière, les corps intervenant dans le système de santé ne font pas figure d'exceptions et peuvent donc raisonnablement faire l'objet d'une telle étude.

47- En ce qui concerne le corps des ostéopathes, celui-ci s'est développé sur le territoire français principalement à partir de celui des masseurs-kinésithérapeutes. Tout au long de leur histoire, les ostéopathes ont revendiqué la singularité de leur pratique et recherché à être reconnus en tant que corps particulier. Cependant, leurs efforts n'ont aucunement produit les effets escomptés. Le corps des ostéopathes n'est ainsi jamais parvenu à se distinguer totalement de celui des masseurs-kinésithérapeutes, au point qu'une nette confusion règne encore aujourd'hui entre ceux-ci. Il en résulte pour l'ostéopathe une identité professionnelle qui peine à prendre du relief, faute d'éléments essentiels suffisamment caractéristiques. Pour le masseur-kinésithérapeute, cette confusion a provoqué l'effacement du caractère distinctif des éléments essentiels de son identité professionnelle, pourtant depuis longtemps formalisée.

48- Ce chapitre se propose d'étudier l'histoire commune des corps des masseurs-kinésithérapeutes et des ostéopathes, laquelle explique en partie la confusion qui s'est durablement établie entre eux. À cette fin, il convient de présenter, dans une première section, le champ de pratiques qui constitue la clef de voûte de cette histoire commune (section 1), puis de mettre en exergue, dans une seconde section, la confusion qui marque encore actuellement ces deux corps professionnels (section 2).

Section 1 : L'histoire agitée d'un champ de pratiques

49- Généralement, l'émergence d'un corps professionnel nouveau dans le paysage de santé procède de la mise en œuvre et de l'appropriation d'une pratique spécifique[78] par un groupe d'individus non organisé. Une fois développée, circonscrite et acquise, celle-ci permet au groupe en formation de revendiquer un semblant d'identité professionnelle. Par la suite, la nécessité de protéger cet acquis et d'être reconnu par les autres acteurs du système de santé pousse le corps professionnel émergent à obtenir des pouvoirs publics l'institution à son bénéfice d'une exclusivité d'exercice sur le champ de pratiques concerné.

50- Ce propos introductif vise à éclairer les difficultés qu'a rencontrées le corps des ostéopathes au cours de son histoire et, notamment, de son entreprise de singularisation. En effet, celui-ci s'est rapidement trouvé confronté à l'impossibilité de circonscrire et d'acquérir en toute quiétude le champ de pratiques qu'il pensait devoir devenir sien. Pour cause, ce dernier a été introduit, développé et diffusé dans notre système de santé par des masseurs-kinésithérapeutes, qui se sont rapidement confrontés à son sujet au corps médical, qui souhaitait également que lui soit réservé l'exercice du champ de pratiques émergent.

51- Les rapports fortement conflictuels entre ces deux corps professionnels au sujet du champ de pratiques ostéopathique constituent la clef de lecture indispensable à la compréhension de la confusion qu'il existe actuellement entre le masseur-kinésithérapeute et l'ostéopathe. Pour cette raison, l'histoire de ce champ doit être étudiée, ce qui oblige à aborder, dans un premier temps, les circonstances et les suites de l'introduction du champ de pratiques ostéopathique par les masseurs-kinésithérapeutes dans le paysage de santé français (paragraphe 1), puis, dans un deuxième temps, la manière dont ceux-ci ont développé le champ en question malgré l'interdiction qui leur était faite de mettre en œuvre les actes correspondants (paragraphe 2), et enfin, dans un troisième temps, les conséquences de la consécration juridique de ce champ de pratiques sur la confusion du masseur-kinésithérapeute et de l'ostéopathe (paragraphe 3).

[78] La pratique est définie ici dans son sens le plus général et recouvre une « activité qui vise à appliquer une théorie ou qui recherche des résultats concrets, positifs » , *cf.* Centre national de ressources textuelles et lexicales, *Définition* [en ligne], [consulté le 3 mars 2019], http://www.cnrtl.fr/definition/

Paragraphe 1 : L'interdiction d'exercice arrêtée à l'encontre des masseurs-kinésithérapeutes, véritables auteurs de l'introduction du champ de pratiques ostéopathique dans le paysage de santé français

52- L'histoire commune du masseur-kinésithérapeute et de l'ostéopathe s'articule autour d'un champ de pratiques particulier. Dans la mesure où celui-ci est consacré à la fin du mois de mars 2007 au sein d'un décret relatif aux actes et conditions d'exercice de l'ostéopathie[79], il semble possible de le dénommer « champ de pratiques ostéopathique » dès son introduction dans le paysage de santé français, sans pour autant que cette dénomination puisse être regardée comme anachronique. L'histoire de ce champ de pratiques est particulièrement tumultueuse. En effet, pendant près de cinquante-sept ans, ce champ de pratiques est fortement convoité par différents corps professionnels, qui s'en disputent ouvertement l'exercice.

53- Afin de présenter les circonstances de l'introduction du champ de pratiques ostéopathique dans le système de santé français et les suites de celle-ci, il est proposé d'exposer, dans un premier temps, en quoi l'introduction du champ de pratiques ostéopathique dans le paysage de santé français doit être attribuée à un masseur-kinésithérapeute (A), avant d'expliquer, dans un second temps, les raisons pour lesquelles les pouvoirs publics ont rapidement interdit l'exercice de celui-ci aux masseurs-kinésithérapeutes (B).

A. L'introduction du champ de pratiques ostéopathique dans le paysage de santé français

54- Dès son introduction dans le système de santé français, le champ de pratiques ostéopathique est fortement convoité tant par des membres du corps médical que par des masseurs-kinésithérapeutes. La concurrence entre ces corps professionnels, qui a pour finalité assumée l'appropriation du champ de pratiques considéré, peut notamment être expliquée par les circonstances dans lesquelles ce dernier a été introduit dans le paysage de santé français.

55- En effet, l'histoire enseigne que si quelques médecins tentent précocement d'introduire les actes d'ostéopathie dans le paysage de santé français (a), leur diffusion réussie doit être attribuée à un

[79] Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie, JORF n° 73 du 27 mars 2007, texte n° 20.

masseur-kinésithérapeute (b).

a) Une vaine tentative d'introduction conduite par des membres du corps médical

56- Selon Carol TROWBRIDGE[80], biographe, Andrew Taylor STILL est le premier à avoir rassemblé, codifié et élaboré en un ensemble cohérent les actes thérapeutiques séculaires de l'art du traitement manuel du corps humain. Fils d'un pasteur méthodiste d'origine germano-anglaise et d'une mère d'origine écossaise, il apprend avec son père les bases de l'art médical. De nombreux échecs et la perte d'êtres chers le conduisent à remettre en cause les fondements de la médecine de l'époque. Il consacre les années qui suivent à l'étude de l'anatomie, de la philosophie et de la technologie et après dix ans de recherches, il crée un champ de pratiques fondé sur l'analyse mécaniste du corps humain, qu'il dénomme « ostéopathie ».

57- Il fonde en 1892 la première école indépendante d'ostéopathie, à Kirksville, dans le Missouri. À partir de cette date, l'ostéopathie se développe progressivement dans tous les états membres des États-Unis d'Amérique. Cependant, sa diffusion dans le système de santé américain est marquée par des conflits permanents avec les instances médicales officielles. Cette situation délétère contribue à l'expatriation à Londres de John Martin LITTLEJOHN, ancien élève d'Andrew Taylor STILL. Celui-ci crée en 1917 la *British school of osteopathy*. Cette création est à l'origine de la diffusion de l'ostéopathie en Europe.

58- La première tentative d'introduction du champ de pratiques ostéopathique dans le paysage de santé français est conduite par les Docteurs Lucien MOUTIN et George-Arthur MANN, qui publient en 1913 un livre ayant pour titre « Manuel d'ostéopathie pratique – Théorie et procédés »[81]. Celui-ci ne peut qu'être rattaché aux travaux d'Andrew Taylor STILL. D'ailleurs, les auteurs ne s'en cachent pas et mentionnent très lisiblement cette affiliation conceptuelle dans les premières pages de l'ouvrage. L'objectif de ces deux médecins est surtout de créer un outil pédagogique propre à soutenir un enseignement organisé et *in fine* d'ouvrir une école délivrant une formation spécifique. Cependant, les circonstances de l'époque et la survenue de la Première Guerre mondiale réduisent leurs ambitions à néant.

59- En 1925, le Docteur Robert LAVEZZARI tente de donner un nouvel essor au champ de pratiques ostéopathique. Premier médecin français à pratiquer l'ostéopathie selon l'enseignement originel

---

[80] TROWBRIDGE Carol, *Naissance de l'ostéopathie, Vie et œuvre de Andrew Taylor Still,* Paris, Sully, 1999.

[81] MOUTIN Lucien et MANN George-Arthur, *Manuel d'ostéopathie pratique — Théorie et procédés*, Paris, Librairie internationale de la nouvelle pensée – G.-A. Mann, 1913.

d'Andrew Taylor STILL, il s'installe à Paris en juin 1926, réalise de nombreuses publications sur le sujet et multiplie les conférences. Cependant, sa pugnacité ne parvient pas à insuffler au champ de pratiques une dynamique suffisante. Cette dernière est finalement impulsée par Paul GÉNY, un masseur-kinésithérapeute qui a longtemps collaboré avec le Docteur LAVEZZARI.

b) Une diffusion réussie par un masseur-kinésithérapeute

60- La véritable impulsion de diffusion du champ de pratiques ostéopathique dans le paysage de santé français est l'œuvre de Paul GÉNY, un masseur-kinésithérapeute qui a collaboré pendant de nombreuses années avec le Docteur LAVEZZARI. En 1950, soit seulement quatre ans après la consécration de la profession de masseur-kinésithérapeute[82], après une formation à la *Bristish school of osteopathy* de Londres, celui-ci fonde à Paris l'École française d'ostéopathie (EFO), qui constitue donc la première école d'ostéopathie établie sur le territoire français. Paul GÉNY souhaite réunir autour du champ de pratiques émergent les médecins et les masseurs-kinésithérapeutes. Il ouvre donc l'accès à son école aux membres de ces deux corps professionnels.

61- Cependant, son ambition contrarie fortement les aspirations du Docteur LAVEZZARI, qui a publié l'année précédente « l'Ostéopathie, une nouvelle méthode clinique et thérapeutique »[83]. Ainsi, en réaction, celui-ci crée avec plusieurs confrères la Société française d'ostéopathie, première société savante en ostéopathie régie par les termes de la loi du 1er juillet 1901. Au travers de celle-ci est organisée en novembre 1952 une première conférence relative à la pratique de l'ostéopathie, qui a pour intitulé « La lésion ostéopathique, mythe ou réalité ? »[84] S'érigeant ostensiblement contre la dynamique instituée par Paul GÉNY, ses dirigeants affichent clairement leur volonté « de (re)grouper les médecins désireux d'étudier l'ostéopathie d'une façon scientifique en s'entourant des garanties nécessaires »[85]. De manière subreptice, ceux-ci œuvrent pour que l'exercice du champ de pratiques soit réservé à des médecins spécialistes. Le principal argument sur lequel se fondent les défenseurs de la prééminence médicale sur l'ostéopathie est déjà à cette date implicitement formulé. En effet, pour les membres de cette société savante, il ne fait aucun doute que seuls les Docteurs en médecine possèdent les connaissances indispensables à l'exercice dénué de risque des manipulations ostéopathiques.

---

[82] Loi nº 46-857 du 30 avril 1946, *op. cit.*

[83] LAVEZZARI Robert, *L'Ostéopathie, une nouvelle méthode clinique et thérapeutique*, Paris, Doin, 1949.

[84] BOUTIN Jean-Louis, *L'argument historique des médecins* [en ligne], [consulté le 28 juillet 2018], https://www.osteopathie-france.fr/l-osteopathie/comprendre-losteopathie/osteo-cranien/mise-en-cause/148-argumentmedecin/

[85] *Ibid.*

62- Au cours du mois de mars 1953, le Docteur Robert MAIGNE, médecin formé également à la *British school of osteopathy,* crée le Syndicat national des médecins ostéothérapeutes de France et de l'Union française. Pour s'assurer de l'appropriation du champ de pratiques ostéopathique, le Docteur MAIGNE médicalise le champ de pratiques en question[86]. Il réfute donc toutes les théories ostéopathiques, élabore une synthèse entre l'ostéopathie et la médecine physique et crée le concept de « dérangement intervertébral mineur », qu'il rend responsable de nombreux symptômes douloureux du rachis. La manipulation articulaire, acte emblématique d'une ostéopathie désormais théorisée[87], est alors considérée par l'ensemble du corps médical comme étant de nature orthopédique et appartenant à la médecine interne[88].

63- De son côté, Paul GÉNY reste animé par le désir de voir le champ de pratiques ostéopathique partagé entre les médecins et les masseurs-kinésithérapeutes. En 1959, il crée le Syndicat national des ostéopathes. Il est rejoint dans cette aventure par de nombreux confrères, mais sa dynamique est grevée par son insuffisance de soutiens politiques. C'est ainsi que, de manière significative, à la question au Gouvernement posée par le député Francis PALMERO quant à l'opportunité de procéder à la réglementation de la profession de masseur-ostéopathe, M. Bernard CHÉNOT, ministre de la Santé publique et de la Population, répond de façon circonstanciée que « l'ostéopathie ou ostéothérapie entre dans le cadre de la médecine physique constituant l'une des méthodes thérapeutiques que peuvent utiliser les médecins […] (et) consiste en des manipulations appropriées de la colonne vertébrale visant à la réduction de minimes déplacements ostéo-articulaires générateurs de troubles pathologiques locaux ou éloignés, bénins ou graves. Ces manœuvres sont essentiellement des actes médicaux »[89].

64- Cette réponse ministérielle, qui fait de la notion médicale de « dérangement intervertébral mineur » la pierre angulaire d'une définition implicite du champ de pratiques ostéopathique, est reprise par de nombreux gouvernements ultérieurs. Ainsi, durant près de quarante ans, à chaque revendication émancipatrice des ostéopathes, il leur est invariablement opposé que « seuls les docteurs en médecine ont les connaissances anatomo-cliniques suffisantes pour prescrire les

---

[86] Tel qu'il fut autrefois réalisé pour le massage et la gymnastique médicale, *cf.* MONET Jacques, *Émergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIX^e^ et au début du XX^e^ siècle : une spécialité médicale impossible, Genèse, acteurs et intérêts de 1880 à 1914*, *op. cit.*

[87] Elle est notamment théorisée au sein du livre de référence de Robert MAIGNE. *cf.* MAIGNE Robert, *Les manipulations vertébrales,* Paris, Expansion scientifique française, 1961.

[88] La médecine interne est une spécialité médicale « se consacrant au diagnostic et aux soins des maladies qui atteignent les viscères, par opposition aux organes superficiels et/ou locomoteurs », selon le dictionnaire de l'Académie nationale de médecine (*cf*. Académie nationale de médecine, *Dictionnaire* [en ligne], [consulté le 2 août 2018], http://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php/).

[89] Assemblée nationale, *Débats parlementaires, Compte rendu intégral des séances, Session ordinaire, 2^e^ séance du lundi 27 juillet 1959,* JO A.N. n° 52 [2] du 28 juillet 1959, p. 1534.

manipulations et pour les exécuter, et ils ne peuvent en aucun cas déléguer l'exécution de ces actes à des auxiliaires médicaux »[90].

65- Au début des années 1960, le corps médical, assuré de ses appuis politiques, exhorte les pouvoirs publics à lui réserver l'exercice exclusif du champ de pratiques ostéopathique. Ceux-ci répondent favorablement à cette demande et, sans attendre, le pouvoir réglementaire édicte un arrêté par lequel il est fait interdiction aux masseurs-kinésithérapeutes d'exercer tout acte thérapeutique susceptible d'être, en tout ou partie, rattaché à l'ostéopathie.

B. Une interdiction d'exercice arrêtée à l'encontre des masseurs-kinésithérapeutes

66- Au début des années 1960, les masseurs-kinésithérapeutes et les médecins s'affrontent sur la question de l'attribution du champ de pratiques ostéopathique. En effet, si Paul GÉNY, figure du corps des masseurs-kinésithérapeutes, préconise que les actes ostéopathiques soient pratiqués par les deux corps professionnels, le Docteur MAIGNE, représentant du corps médical, martèle à qui veut l'entendre que seuls les Docteurs en médecine possèdent la maîtrise des connaissances anatomo-cliniques indispensables à l'exécution des actes considérés et le champ en question doit être réservé à l'exercice exclusif des médecins. Le pouvoir réglementaire tranche alors rapidement le débat et édicte des textes normatifs interdisant l'exercice de l'ostéopathie aux masseurs-kinésithérapeutes.

67- L'étude du régime d'interdiction institué nécessite de présenter, dans un premier temps, l'interdiction initiale et générale faite aux masseurs-kinésithérapeutes de se prévaloir de tout titre ou qualificatif inapproprié (a), avant d'expliquer, dans un second temps, les raisons et les conséquences du remplacement de celle-ci par une interdiction relative à la pratique de tout acte pouvant être assimilé à de l'ostéopathie (b).

a) Une première interdiction relative au port de titre ou qualificatif

68- Devant le succès des formations au champ de pratiques ostéopathique délivrées aux masseurs-kinésithérapeutes au sein de l'École française d'ostéopathie de Paul GÉNY, l'Ordre des médecins, poussé par le Syndicat national des médecins ostéothérapeutes de France, contrôlé à cette date par le Docteur MAIGNE, exerce une importante pression sur les pouvoirs publics pour qu'il soit rapidement procédé à la fermeture de l'établissement de formation des masseurs-kinésithérapeutes et attribué

[90] *Ibid.*

aux Docteurs en médecine l'exclusivité de l'enseignement et de l'exercice de l'ostéopathie.

69- C'est dans ce contexte qu'est édicté le décret du 4 juillet 1960[91], qui par son article 2 modifie le décret du 23 décembre 1958[92] et interdit « l'utilisation par tout masseur-kinésithérapeute, gymnaste médical ou masseur, de qualificatifs qui ne seraient pas reconnus ou qui ne lui auraient pas été attribués conformément aux dispositions réglementaires en vigueur ». L'interdiction arrêtée par les pouvoirs publics peut aujourd'hui sembler manquer de pertinence. Toutefois, il faut comprendre qu'à cette époque le champ de pratiques en question est tellement difficile à appréhender qu'il ne peut faire l'objet d'une interdiction d'exercice susceptible d'être efficace. Par ailleurs, l'interdiction du port d'un nouveau titre, en l'espèce d'ostéopathe, met fin aux revendications des quelques masseurs-kinésithérapeutes qui souhaitent que soit créée la profession de « masseur-ostéopathe ». Surtout, l'interdiction vise directement à annihiler l'entreprise de Paul GÉNY, qui dirige alors le Syndicat national des ostéopathes. D'ailleurs, celui-ci, acculé par ce régime d'interdiction, met promptement son syndicat en veille.

70- L'interdiction de l'usage du titre d'ostéopathe par les masseurs-kinésithérapeutes est un succès pour les médecins. Cependant, ceux-ci prennent rapidement conscience que l'enjeu essentiel n'est nullement l'usage d'un titre, mais la possibilité d'exécuter les actes d'ostéopathie, lesquels font encore l'objet de revendications persistantes de la part de certains masseurs-kinésithérapeutes. Pour cette raison, le corps médical entreprend d'obtenir rapidement des pouvoirs publics qu'ils interdisent de manière explicite aux masseurs-kinésithérapeutes d'exercer l'ostéopathie.

b) Une seconde interdiction relative à l'exercice de l'ostéopathie

71- À l'occasion de l'examen pour avis d'un projet de règlement visant à établir une liste exhaustive d'actes médicaux ne pouvant être exécutés par les auxiliaires médicaux[93], l'Académie nationale de médecine propose au ministre de la Santé publique et de la Population en exercice d'intégrer dans la liste déjà bien fournie les actes qu'elle estime correspondre à l'ostéopathie, tels que les élongations et les manipulations vertébrales. Cependant, à la lecture du projet, le Secrétaire perpétuel comprend parfaitement l'opportunité qui serait offerte aux masseurs-kinésithérapeutes si la liste des actes énumérés venait à être considérée comme limitative. En effet, ceux-ci pourraient alors utilement

[91] Décret n° 60-665 du 4 juillet 1960 relatif aux titres de masseur-kinésithérapeute, JORF n° 159 du 9 juillet 1960, p. 6325.

[92] Décret n° 58-1303 du 23 décembre 1958 modifiant diverses dispositions d'ordre pénal en vue d'instituer une cinquième classe de contraventions de police, JORF n° 300 du 24 décembre 1958, p. 11772.

[93] PIÉDELIÈVRE René, *Modifications à apporter aux arrêtés précisant les actes médicaux pouvant être exécutés par un auxiliaire médical qualifié*, Bull. Académie nationale de médecine, 1960, t. 144, p. 151-154.

revendiquer l'exercice de tout acte d'ostéopathie qui n'y serait pas explicitement inscrit. Une contre-proposition est donc formulée. Adoptée à l'unanimité par les membres de la Haute instance médicale[94], celle-ci est transmise, puis édictée par le pouvoir réglementaire au sein de l'article 2 de l'arrêté du 6 janvier 1962[95]. Ainsi, à partir de cette date, « ne peuvent être pratiqués que par les docteurs en médecine, conformément à l'article L. 372 du Code de la santé publique, les actes médicaux suivants : 1° Toute mobilisation forcée des articulations et toute réduction de déplacement osseux, ainsi que toutes manipulations vertébrales, et, d'une façon générale, tous les traitements dits d'ostéopathie, de spondylothérapie (ou vertébrothérapie) et de chiropraxie ».

72- Si cette interdiction est formulée à l'égard de tout auxiliaire médical, elle vise principalement le corps des masseurs-kinésithérapeutes, qui constitue le grand rival du corps des médecins dans la course à l'appropriation du champ de pratiques ostéopathique. Pour ces derniers, l'arrêté en question constitue un atout de taille. En effet, la difficulté à circonscrire avec précision le contenu même du champ de pratiques ostéopathique a conduit les pouvoirs publics à utiliser dans la lettre de l'article considéré une formule très générale, au fort pouvoir attractif, à savoir « tous les traitements dits d'ostéopathie ». Au travers celle-ci, il est donc fait interdiction aux masseurs-kinésithérapeutes d'exercer tant les actes qui sont énumérés que toute pratique susceptible d'être rattachée, de près ou de loin, au champ ostéopathique. Qualifiés d'actes médicaux et constitutifs de traitements, ces actes sont désormais explicitement réservés à l'exercice exclusif des Docteurs en médecine. La référence à l'article L. 372 (1°) du Code de la santé publique[96] est particulièrement révélatrice, puisque cet article définit l'exercice illégal de la médecine.

73- Le Docteur MAIGNE est alors libre d'établir sa prééminence sur l'exercice, l'enseignement et le développement du champ de pratiques. Il crée le 28 février 1964 la Société française de médecine orthopédique et thérapeutiques manuelles[97], dont le but est « d'assurer la défense des intérêts professionnels de ses membres […] l'étude, en collaboration avec les Autorités compétentes, de

---

[94] PIÉDELIÈVRE René, *Sur les modifications à apporter aux arrêtés précisant les actes médicaux pouvant être exécutés par un auxiliaire médical qualifi*é, Bull. Académie nationale de médecine, 1960, t. 144, p. 439-440.

[95] Arrêté du 6 janvier 1962 fixant 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 laboratoires d'analyses médicales non-médecins, JORF n° 26 du 1er février 1962, p. 1111.

[96] D'après l'article L. 372 (1°) du Code de la santé publique, « exerce illégalement la médecine : 1° Toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement de maladies ou d'affections chirurgicales, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tous autres procédés quels qu'ils soient, ou pratique l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature fixée par arrêté du ministre de la Santé publique pris après avis de l'Académie nationale de médecine, sans être titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L. 356-2 et exigé pour l'exercice de la profession de médecin, ou sans être bénéficiaire des dispositions spéciales visées aux articles L. 356, L. 357, L. 357-1, L. 359 et L. 360 ».

[97] Cette entité syndicale prend, le 25 novembre 2012, le nom de Société française de médecine manuelle orthopédique et ostéopathique (SOFMMOO).

toute mesure intéressant l'exercice ou l'enseignement de la médecine manuelle ostéopathique et la défense contre toute forme d'exercice illégal de la Médecine dans les domaines de compétence relevant des médecins ostéopathes ». Le masseur-kinésithérapeute Paul GÉNY, qui avait maintenu l'École française d'ostéopathie ouverte, est contraint de la transférer à Londres. De la fusion de celle-ci avec un établissement britannique naît l'École européenne d'ostéopathie (EEO).

74- La forte réputation de l'école de Paul GÉNY auprès des masseurs-kinésithérapeutes français conduit nombreux d'entre eux à traverser la Manche et se former à l'ostéopathie. Le diplôme d'ostéopathe en poche, certains entreprennent de développer le champ ostéopathique au sein de leur corps professionnel originel, sur le territoire français.

Paragraphe 2 : Le développement du champ de pratiques ostéopathique au sein du corps des masseurs-kinésithérapeutes

75- Dans les années 1950, la confrontation entre les masseurs-kinésithérapeutes et les médecins au sujet du champ de pratiques ostéopathique est fortement amorcée. Le Docteur André DE SAMBUCY, directeur d'une école française de masso-kinésithérapie, est l'un des premiers à saisir l'ampleur des difficultés que seront amenés à rencontrer les masseurs-kinésithérapeutes dans la pratique des actes d'ostéopathie. Très tôt, il se détache de la dénomination litigieuse et crée la « vertébrothérapie », courant thérapeutique duquel il est à l'origine, qu'il promeut au travers de quelques ouvrages[98] et qu'il enseigne dans son Institut de formation en masso-kinésithérapie. Il est cependant rattrapé par la lettre de l'arrêté du 6 janvier 1962, qui interdit expressément aux masseurs-kinésithérapeutes la pratique des « traitements dits d'ostéopathie, de spondylothérapie (ou vertébrothérapie) et de chiropraxie ».

76- Malgré sa réflexion avant-gardiste, les ambitions du Docteur DE SAMBUCY sont réduites à néant. Toutefois, son exemple est suivi et en réponse à l'interdiction arrêtée à l'encontre des masseurs-kinésithérapeutes, certains d'entre eux créent des courants thérapeutiques aux dénominations fort hétéroclites, sous couvert desquels ils développent et diffusent le champ de pratiques ostéopathique sur le territoire national, au sein du corps des masseurs-kinésithérapeutes.

77- Le développement du champ de pratiques ostéopathique par les masseurs-kinésithérapeutes et ses répercussions sur les rapports entretenus entre ceux-ci et les Docteurs en médecine invitent à préciser, dans un premier temps, la manière dont certains masseurs-kinésithérapeutes développent au cours des années 1990, malgré l'interdiction qui leur est faite, le champ de pratiques ostéopathique au sein de leur corps professionnel (A), avant d'exposer, dans un second temps, la confrontation que ce développement instaure entre ces deux corps professionnels (B).

---

[98] SAMBUCY André (de), *Nouvelle médecine vertébrale de toutes les maladies chroniques*, Paris, Dangles, 1958 ; SAMBUCY André (de), *Défendez vos vertèbres contre le rhumatisme, les métiers debout, les chocs, la décalcification et les traitements brutaux*, Paris, Dangles, 1967.

A. Les modalités de développement du champ de pratiques ostéopathique par les masseurs-kinésithérapeutes

78- Au début de l'année 1962, il est fait expressément interdiction aux masseurs-kinésithérapeutes de pratiquer « tous les traitements dits d'ostéopathie ». Ceux qui n'ont véritablement que faire du rattachement des actes qu'ils exécutent au courant thérapeutique litigieux tirent alors toutes les conséquences de la lettre de l'arrêté du 6 janvier 1962 et adoptent une réponse particulièrement pragmatique : ils dénient simplement pratiquer l'ostéopathie et créent des courants thérapeutiques supposés distincts. Toutefois, il ne faut pas s'y tromper : c'est bel et bien le champ de pratiques ostéopathique qui au travers de ces nouvelles dénominations est exercé. D'autres membres du corps professionnel font, quant à eux, le choix plus audacieux de braver l'interdit et s'opposent fermement à ce qu'ils considèrent comme une dépossession de leurs pratiques et revendiquent haut et fort exercer l'ostéopathie.

79- Dans la perspective d'exposer les stratégies adoptées par les masseurs-kinésithérapeutes aux fins de poursuite de l'exercice du champ de pratiques ostéopathique et du développement de celui-ci au sein du corps professionnel, il sera présenté, dans un premier temps, les diverses déclinaisons du champ de pratiques créées à cette époque par les uns (a), puis abordé, dans un second temps, les revendications formulées par les autres (b).

a) Le développement subreptice de déclinaisons du champ de pratiques ostéopathique

80- Manifestement, l'arrêté du 6 janvier 1962 est loin de produire les effets escomptés. En effet, cette norme réglementaire ne limite aucunement le nombre de masseurs-kinésithérapeutes formés chaque année à l'exercice du champ de pratiques ostéopathique, puisque nombreux sont ceux qui rejoignent à chaque début d'année scolaire les rangs de l'école de Paul GÉNY, désormais établie en Angleterre. Cet arrêté n'empêche pas non plus la création, par les nouveaux titulaires du diplôme d'ostéopathe, de structures au sein desquelles sont développés et diffusés des enseignements relatifs à l'ostéopathie. Ainsi, durant les années 1960, de nombreuses écoles sont créées sur le territoire français. Toutefois, la référence à l'ostéopathie s'y fait toujours extrêmement discrète.

81- Il n'est pas question ici de dresser une liste exhaustive des différentes déclinaisons du champ de pratiques établies par des masseurs-kinésithérapeutes français titulaires du diplôme d'ostéopathe. Cependant, il apparaît opportun d'en présenter quelques-uns. Au travers de cette présentation succincte, il est surtout souhaité mettre en exergue la difficulté qu'il existe à distinguer ces

déclinaisons de la masso-kinésithérapie et la confusion subséquente qui s'instaure entre le masseur-kinésithérapeute et l'ostéopathe.

82- Parmi les promoteurs de ces déclinaisons, il peut être cité Christian TRÉDANIEL, qui crée en 1963 l'étiopathie, ainsi qu'Albert BÉNICHOU, qui fonde la même année la *Manual therapy association* (MTA)[99]. Francis PEYRALADE et René QUÉGUINIER préfèrent, quant à eux, profiter de la légalité de la pratique masso-kinésithérapique. Ils déposent en 1969 les statuts de l'Association d'étude et de recherche des techniques kinésithérapiques (AERTK), association à but non lucratif dont l'objet est l'enseignement, tant pratique que théorique, des techniques de thérapie manuelle aux masseurs-kinésithérapeutes[100]. Quelques années plus tard, l'Association de thérapie manuelle (ATM) est créée par Robert CHARANCON et Régis GODEFROY. Celle-ci a pour objet de favoriser les rencontres entre les thérapeutes manuels en vue de la recherche et de l'étude des applications scientifiques de la thérapie manuelle.

83- Si les déclinaisons du champ de pratiques ostéopathique sont nombreuses et leurs appellations particulièrement hétéroclites, leur rattachement à la « thérapie manuelle » est la plupart du temps clairement affirmé. La logique des masseurs-kinésithérapeutes concernés reste assez évidente. En effet, puisqu'à cette date la notion de « thérapie manuelle » est totalement inconnue de la matière juridique, son exercice n'est nullement frappé par le régime d'interdiction arrêté à l'encontre des masseurs-kinésithérapeutes. Rien ne s'oppose alors à ce qu'ils exécutent les actes de thérapie manuelle, quand bien même ceux-ci correspondent concrètement à des actes enseignés dans les formations en ostéopathie délivrées à l'étranger, à la condition toutefois qu'ils se fassent taisant tant sur les origines que sur le rattachement de l'acte réalisé au champ de pratiques ostéopathique. Par ce moyen, il est donc procédé à la diffusion élargie du champ en question au sein du corps des masseurs-kinésithérapeutes français. Au cours des années qui suivent, la « thérapie manuelle » intègre l'exercice quotidien de nombreux membres du corps professionnel, au point qu'au bout de quelques années, la plupart d'entre eux ne parviennent plus à distinguer ce qui ressort de la masso-kinésithérapie de ce qui appartient à la thérapie manuelle.

84- De nombreux masseurs-kinésithérapeutes décident donc de pratiquer le champ de pratiques ostéopathique sous couvert de la thérapie manuelle. D'autres font un choix plus audacieux : ils bravent l'interdiction et revendiquent ouvertement exercer l'ostéopathie.

---

[99] Maison de la thérapie manuelle, *Historique* [en ligne], [consulté le 2 août 2018], http://www.mtm-osteopathie.fr/historique/

[100] L'AERTK devient en 1978 la Société d'enseignement d'études et de recherches des techniques ostéopathiques (SERETO), qui elle-même est à l'origine du Collège d'enseignement traditionnel d'ostéopathie Harold MAGOUN (CETOHM).

b) Du développement ostensible du champ de pratiques ostéopathique

85- Contrairement à la grande majorité des membres du corps professionnel, certains masseurs-kinésithérapeutes font le choix audacieux d'exercer l'ostéopathie et d'en revendiquer ouvertement la compétence. En 1973, quelques-uns d'entre eux créent l'« Association française de défense de l'ostéopathie » (AFDO), dont le but est la reconnaissance officielle de la profession d'ostéopathe en France. Cependant, à cette époque, les citations devant les tribunaux correctionnels de masseurs-kinésithérapeutes poursuivis du chef d'exercice illégal de la médecine en raison d'actes d'ostéopathie sont largement relayées dans les milieux professionnels, tant chez les médecins que chez les masseurs-kinésithérapeutes. L'association se spécialise alors dans la défense des praticiens poursuivis. Elle prend le nom d'« Association française de défense des ostéopathes », se donnant pour nouvelle mission de « défendre et assister les ostéopathes non médecins victimes des procédures contentieuses pénales pour exercice illégal de la médecine lancées par les syndicats de médecins ostéothérapeutes »[101].

86- Dans la même dynamique, André BRUNEL et Yves LIGNON fondent à la fin de l'année 1974 l'Institut national du collège d'ostéopathie (INCO), dont l'objet est de réunir « les spécialistes en ostéopathie », auquel est annexé un institut de formation, le Collège national d'ostéopathie (CNO). Régis GODEFROY, quant à lui, s'engage dans l'activité syndicale et dépose en avril 1976 les statuts de la Fédération française d'ostéopathie (FFO), dont le but est de « réunir les organismes défendant l'Ostéopathie et autres Thérapies manuelles, à savoir : le Collège National d'Ostéopathie – CNO, le Collège Français d'Ostéopathie – CFO »[102]. Il est rejoint au début des années 1980 par Robert PERRONNEAUD-FERRÉ, qui vient de fonder le Registre des Ostéopathes de France (ROF). L'adhésion à cette association est conditionnée à l'abandon définitif par le candidat de l'inscription de son diplôme de masseur-kinésithérapeute sur les listes de la préfecture dans le ressort duquel il exerce. Le succès est immédiat et le ROF devient la principale organisation des praticiens revendiquant l'exercice exclusif du champ de pratiques ostéopathique.

87- L'Ordre des médecins entreprend d'enrayer cette dynamique émancipatrice en voie d'organisation et se constitue dès que possible partie civile lorsqu'un masseur-kinésithérapeute est poursuivi du chef d'exercice illégal de la médecine en raison d'actes d'ostéopathie. Cependant, les nombreuses relaxes prononcées nuisent à l'action ordinale. C'est d'ailleurs suite à sa relaxe[103],

[101] Syndicat français des ostéopathes, *Historique du SFDO* [en ligne], [consulté le 2 août 2018], https://www.osteopathe-syndicat.fr/historique-syndicat-osteopathe/

[102] *Ibid.*

[103] T. corr. Nice, 5 juillet 1983.

confirmée en appel[104], que Jean-Louis FARAUT décide de rédiger les statuts du Syndicat d'organisation de la profession d'ostéopathe diplômé en kinésithérapie (SOK), qu'il dépose à la mairie des Clayes-sous-Bois en mars 1989. Il s'agit du tout premier syndicat dont l'objet vise explicitement « la création d'une profession indépendante à exercice exclusif regroupant des praticiens en médecine ostéopathique bénéficiant de la protection du titre d'ostéopathe »[105].

88- Cet acte fondateur révèle au grand jour les revendications émancipatrices d'une minorité de masseurs-kinésithérapeutes formés à l'ostéopathie, qui n'hésitent plus se confronter aux membres du corps médical sur la question de l'exercice du champ de pratiques ostéopathique.

B. Une confrontation au sujet de la pratique du champ ostéopathique

89- Dans les années 1960, le champ de pratiques ostéopathique est largement diffusé au sein du corps des masseurs-kinésithérapeutes. Ainsi, nombreux sont les membres du corps professionnel qui exécutent, dans le cadre de leur pratique quotidienne, les actes constitutifs de ce dernier. Si la plupart des praticiens pratiquent tout ou partie du champ de manière détournée, se faisant particulièrement taisant sur les origines et l'activité à laquelle les actes réalisés devraient être rattachés, certains font le choix plus audacieux d'exercer l'ostéopathie de manière ostensible. Bon nombre d'entre eux sont alors, à un moment donné de leur vie professionnelle, poursuivis du chef d'exercice illégal de la médecine en raison d'actes d'ostéopathie. Cependant, à cette date, la grande majorité des masseurs-kinésithérapeutes poursuivis sont relaxés.

90- Cette situation contrarie fortement l'hégémonie des Docteurs en médecine sur l'enseignement et l'exercice du champ de pratiques ostéopathique. En effet, ceux-ci ne semblent plus avoir les moyens de lutter efficacement contre l'exercice de l'ostéopathie par les masseurs-kinésithérapeutes. La création du Syndicat d'organisation de la profession d'ostéopathe diplômé en kinésithérapie (SOK) offre alors au corps médical l'opportunité de parvenir à faire appliquer, par les tribunaux de l'ordre administratif, le monopole juridique qu'ils détiennent sur le champ ostéopathique.

91- Il importe ainsi de présenter la confrontation entre les corps professionnels qui résulte du développement du champ ostéopathique au sein du corps des masseurs-kinésithérapeutes. À cette fin, il convient de se pencher, dans un premier temps, sur la confrontation qui oppose tout d'abord les masseurs-kinésithérapeutes et les médecins au sujet de la licéité de l'objet social du Syndicat d'organisation de la profession d'ostéopathe diplômé en kinésithérapie (a), avant de s'attarder, dans

[104] CA Aix-en-Provence, 1er juillet 1985.

[105] Syndicat français des ostéopathes, *Historique du SFDO*, *op. cit.*

un second temps, sur la transformation de cette confrontation sous l'effet de revendications relatives à la nécessité de créer un cadre légal et distinct pour l'ostéopathe (b).

a) Un développement inducteur d'une confrontation autour de la licéité de l'objet syndical

92- La confrontation entre les médecins et les masseurs-kinésithérapeutes prend une tournure contentieuse le 17 septembre 1990, lorsque la Société française de médecine orthopédique (SNMO) du Docteur MAIGNE[106] assigne le Syndicat d'organisation de la profession d'ostéopathe diplômé en kinésithérapie (SOK) en dissolution judiciaire. Il est notamment reproché au SOK de promouvoir l'ostéopathie au sein du corps des masseurs-kinésithérapeutes, alors que l'arrêté du 6 janvier 1962 n'autorise l'exercice du champ de pratiques ostéopathique qu'aux seuls Docteurs en médecine.

93- Le 4 décembre 1990, le Tribunal de grande instance de Versailles[107] rejette la demande formulée par la société du Docteur MAIGNE, qui interjette immédiatement appel. Pour les juges de la Cour d'appel de Versailles, ainsi saisis de la question de la licéité de l'objet social du SOK, la réponse à apporter procède notamment de la consistance du champ de pratiques ostéopathique, qui est selon eux composé des manipulations et des mobilisations articulaires. Relevant que l'article 6 du décret du 26 août 1985[108] habilite le masseur-kinésithérapeute à exécuter des « mobilisation(s) manuelle(s) de toutes les articulations, à l'exclusion des manœuvres de force », ceux-ci concluent que ce professionnel est *a fortiori* habilité à exécuter certains actes d'ostéopathie. Cette analyse, qui opère la distinction entre la « mobilisation » et la « manipulation », puis considère que l'habilitation à exécuter la première emporte automatiquement habilitation à exécuter la seconde, apparaît pour le moins surprenante. Elle trouve cependant un appui doctrinal dans les thèses de Louis DUBOUIS, Professeur émérite de l'Université Paris-Dauphine, pour qui « la mobilisation manuelle d'une articulation est bien une méthode thérapeutique consistant en une manipulation sur les os »[109].

94- Cette décision conforte les dirigeants du SOK dans leur entreprise. Ils modifient le 14 mai 1992, malgré un pourvoi en cassation formé par le Docteur MAIGNE, les statuts et le règlement intérieur de leur syndicat, qui devient le Syndicat d'organisation de la profession d'ostéopathe diplômé d'État en kinésithérapie. Cependant, le 29 juin 1994, l'arrêt de la Cour d'appel de Versailles est cassé par

---

[106] Pour mémoire, le SNMO est le syndicat créé par le Docteur MAIGNE le 28 février 1964, *cf.* développement n° 62, p. 27.

[107] TGI Versailles, 12 mars 1992, Syndicat national des médecins ostéopathes c/ Syndicat des ostéopathes diplômés d'État en kinésithérapie.

[108] Décret n° 85-918 du 26 août 1985 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, JORF n° 201 du 30 août 1985, p. 10032.

[109] DUBOUIS Louis, « Kinésithérapeute. Absence d'exercice illégal de l'ostéopathie », *RDSS*, 1993, p. 45.

les juges de la première chambre civile de la Cour de cassation, qui relèvent que « l'autorisation exceptionnelle donnée aux masseurs-kinésithérapeutes par le décret du 26 août 1985 de pratiquer les actes qu'il énumère limitativement ne permet pas de leur attribuer le titre général d'ostéopathe »[110]. La Haute juridiction en déduit logiquement que le syndicat SOK exerce une activité « de nature à inciter le développement d'une pratique ostéopathique hors du contrôle médical prévu par la loi ».

95- L'affaire est renvoyée devant la Cour d'appel de Paris, qui se prononce le 29 janvier 1997[111] sur la nature de l'acte d'ostéopathie. Selon elle, « il s'agit d'une manipulation, qui est un acte médical, dans son diagnostic, son exécution et sa prise de responsabilité : si un kinésithérapeute peut l'exécuter, c'est conformément à l'article L. 487 du code de la santé publique, qui prévoit qu'il ne peut intervenir dans un but thérapeutique que sur ordonnance médicale »[112]. L'analyse des juges de la Cour d'appel de Paris diverge totalement de celle des juges de la Cour d'appel de Versailles, qui avaient considéré deux ans et demi plus tôt une dualité d'actes au sein du champ de pratiques ostéopathique. Faisant valoir que ce dernier est exclusivement constitué de manipulations, dont l'exécution est, selon le droit positif, réservée aux Docteurs en médecine, les juges du fond prononcent la dissolution du SOK.

96- Le liquidateur du SOK forme un pourvoi devant la Cour de cassation[113], mais celui-ci est rejeté. Le SOK est définitivement dissous. Certains de ses membres créent, le 26 mars 1997, le Syndicat national des kinésithérapeutes ostéopathistes (SNKO), dans le but de fédérer les revendications visant à obtenir des pouvoirs publics la création d'un diplôme d'État d'ostéopathie et d'une profession médicale autonome de praticiens à orientation exclusivement ostéopathique[114]. La dynamique syndicale ostéopathique n'est donc pas éteinte. Bien au contraire, particulièrement vivace, elle vise désormais l'institution d'un cadre légal pour les praticiens ostéopathes.

b) Une confrontation autour de la nécessité d'instituer un cadre légal pour l'ostéopathe

97- Au cours des années 1990, et ce malgré le régime d'interdiction arrêté le 6 janvier 1962, les praticiens masseurs-kinésithérapeutes exerçant tout ou partie du champ de pratiques ostéopathique

[110] Cass., 1re civ., 29 juin 1994, no 92-14224, Bull. civ. no 230, p. 167.

[111] CA Paris, 1re ch., 29 janvier 1997, Syndicat des ostéopathes diplômés d'État en kinésithérapie.

[112] ALFANDARI Élie, « Association d'ostéopathes non-médecins, Incitation à l'exercice illégal de la médecine, Nullité », *RDSS*, 1997, p. 608.

[113] Cass., Ch. mixte, 10 avril 1998, no 97-13.137, Bull. civ. no 475, p. 1.

[114] Quelques semaines après la promulgation de la loi qui consacre l'ostéopathie dans notre système juridique, le syndicat modifie ses statuts et prend le nom de « Syndicat national des ostéopathes de France » (SNOF).

s'ancrent dans le paysage de santé français. Les poursuites devant les tribunaux pour exercice illégal de la médecine deviennent quasi anecdotiques et donnent lieu dans la grande majorité des cas à la relaxe du prévenu. Les écoles privées créées dans le but spécifique de délivrer des formations à l'ostéopathie prolifèrent. Si toutes accueillent les masseurs-kinésithérapeutes diplômés d'État sans plus aucunement s'en cacher et leur attribuent, à l'issue de la formation, un diplôme d'ostéopathie dépourvu de reconnaissance étatique, certaines proposent désormais également un enseignement accessible immédiatement après l'obtention du baccalauréat.

98- Un engouement important pour cette formation initiale en ostéopathie et l'absence la plus totale de contrôle du nombre d'étudiants admis à poursuivre ces études conduisent à une augmentation conséquente du nombre de praticiens ostéopathes qui ne sont pas titulaires d'un diplôme d'État, médical ou paramédical. Ces praticiens, communément dénommés « ostéopathes exclusifs », s'organisent. Ils forment un nouveau corps professionnel, dont l'existence même remet en cause le rapport de forces antérieurement établi. En effet, dorénavant, trois courants syndicaux principaux, et au travers d'eux trois corps professionnels, se confrontent sur la question de l'opportunité d'instituer un cadre légal pour l'ostéopathe. Ce sont les syndicats des médecins, les syndicats des masseurs-kinésithérapeutes et les syndicats des ostéopathes exclusifs.

99- Les syndicats de médecins défendent une approche biomécanique de l'ostéopathie. Pour eux, l'exercice du champ ostéopathique consiste en l'exécution de manipulations articulaires, d'essence médicale, qui doivent par conséquent être réservées à l'exercice exclusif des titulaires d'un doctorat de médecine. Les syndicats des masseurs-kinésithérapeutes ostéopathes, quant à eux, souhaitent que le champ de pratiques soit partagé entre les médecins et les masseurs-kinésithérapeutes. Ils appréhendent plus largement le concept de trouble musculo-squelettique, puisqu'ils intègrent dans le champ de pratiques considéré les actes à visée musculaire et fasciale. Enfin, les syndicats des ostéopathes exclusifs défendent une approche conceptuelle héritée des fondateurs historiques de l'ostéopathie, de laquelle font partie intégrante les approches crâniennes et somato-émotionnelles[115]. Ces dernières ne peuvent en aucun cas en être exclues, sauf à voir le concept ostéopathique dénaturé et l'efficacité de l'art ostéopathique compromise. Ils exhortent donc les pouvoirs publics à consacrer l'ostéopathie en tant que discipline distincte, exercée par des praticiens exclusifs, lesquels ne peuvent pas, par conséquent, appartenir aux corps des médecins ou des masseurs-kinésithérapeutes.

100- Au début des années 2000, les ostéopathes exclusifs parviennent à faire de l'ostéopathie une question politique. En effet, s'il est considéré que le nombre de questions au Gouvernement émises

[115] Pour plus de précisions sur les approches thérapeutiques, *cf.* b) Une difficulté inhérente à l'ostéopathie, telle que conceptualisée par les ostéopathes exclusifs, p. 53.

par les députés reflète la politisation d'un sujet sociétal, une recherche sur le site de l'Assemblée nationale permet de relever l'occurrence « ostéopathie » dans 82 questions formulées lors de la XI[e] législature, qui couvre la période allant du 12 juin 1997 au 18 juin 2002. Cependant, il convient de ne comptabiliser que les questions déposées avant le dépôt de projet ayant conduit à la loi du 4 mars 2002, par laquelle a été consacré l'usage du titre d'ostéopathe, soit le 5 septembre 2001[116]. Elles sont au nombre de 62, chiffre largement supérieur aux 32 questions posées au cours de la X[e] législature et aux 6 questions de la IX[e] législature[117].

101- La mise à l'agenda politique de la question du cadre légal de l'ostéopathe est essentiellement l'œuvre de M. Bernard CHARLES, un des rapporteurs du projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé[118]. En effet, celui-ci saisit l'opportunité de sa participation au sein de la Commission des Affaires culturelles de l'Assemblée nationale pour proposer un amendement visant à réglementer l'exercice du champ ostéopathique.

[116] GUIGOU Élisabeth, *Projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé*, Assemblée nationale, 5 septembre 2001, n° 3258.

[117] Les neuvième et dixième législatures couvrent respectivement les périodes courant du 23 juin 1988 au 1er avril 1993 et du 2 avril 1993 au 21 avril 1997.

[118] ÉVIN Claude, CHARLES Bernard et DENIS Jean-Jacques, *Rapport fait au nom de la Commission des Affaires sociales sur le projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé (n° 3258)*, Assemblée nationale, 20 mars 2015.

Paragraphe 3 : La consécration du champ de pratiques au travers de l'usage du titre d'ostéopathe et l'intensification subséquente des revendications des ostéopathes exclusifs

102- Sous la direction de certains masseurs-kinésithérapeutes qui ont renié de manière définitive leur corps professionnel originel, les ostéopathes exclusifs cherchent à obtenir des pouvoirs publics la consécration d'un cadre légal distinct pour le praticien ostéopathe. Cette consécration présenterait pour eux un intérêt capital. En effet, outre de leur permettre d'être enfin reconnus dans le système de santé français, tant par les usagers que les autres praticiens, et pouvoir exercer légalement l'ostéopathie, un cadre juridique spécifique devrait s'accompagner de la reconnaissance du champ de pratiques ostéopathique en tant que champ professionnel particulier et conduire à l'institution d'une exclusivité d'exercice de celui-ci[119], soit, en d'autres termes, à l'érection du champ ostéopathique en tant qu'élément essentiel de l'identité professionnelle des ostéopathes exclusifs.

103- Au début de l'année 2002, les pouvoirs publics font partiellement droit à leurs attentes et le champ de pratiques est consacré au travers de « l'usage professionnel du titre d'ostéopathe », lequel est réservé, selon les termes de l'article 75 de la loi du 4 mars 2002[120], aux « titulaires d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique à l'ostéopathie [...] délivrée par un établissement de formation agréé par le ministre chargé de la santé dans des conditions fixées par décret ».

104- Avant d'explorer les conséquences de la consécration du champ de pratiques ostéopathique au travers du titre d'ostéopathe et de mettre en exergue la confusion durable entre le corps des masseurs-kinésithérapeutes et celui des ostéopathes qui en résulte, doivent être exposées les modalités sous lesquelles le champ de pratiques ostéopathique est consacré dans l'ordre juridique, ce qui oblige à se pencher, dans un premier temps, sur les termes de l'article 75 de la loi du 4 mars 2002 (A), puis à présenter, dans un second temps, les conditions dans lesquelles sont édictés les décrets d'application de l'article en question, ainsi que les conséquences de ces derniers sur les rapports qu'entretiennent alors les corps professionnels considérés (B).

---

[119] Les ostéopathes exclusifs revendiquent tant une exclusivité d'exercice qu'un exercice exclusif de l'ostéopathie, lequel doit empêcher l'exercice de toute autre activité concomitamment à l'ostéopathie.

[120] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002*, op. cit.*

A. Un titre détaché de tout champ professionnel déterminé

105- Par l'article 75 de la loi du 4 mars 2002, les pouvoirs publics consacrent le titre d'ostéopathe dans le système de santé français et en réservent l'usage professionnel aux « personnes titulaires d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique à l'ostéopathie délivrée par un établissement de formation agréé par le ministre chargé de la santé ». Cette consécration est largement saluée par les ostéopathes exclusifs, qui peuvent dorénavant exercer, développer et enseigner en toute quiétude l'ostéopathie. Le corps professionnel semble alors pouvoir s'affirmer et s'établir dans le système de santé. Cependant, dans leur entreprise, les ostéopathes exclusifs rencontrent un problème majeur. En effet, le législateur n'a aucunement pris le soin de préciser les champs professionnels spécifiques à l'exercice ostéopathique. Or, le champ de pratiques ostéopathique reste encore très incertain, ce qui nuit considérablement à sa distinction vis-à-vis du champ de pratiques masso-kinésithérapique.

106- Dans l'objectif de démontrer les difficultés qui résultent de la consécration du champ de pratiques ostéopathique au travers du titre d'ostéopathe, il est proposé d'étudier, dans un premier temps, la consécration du titre d'ostéopathe dans le système de santé français (a), avant de mettre en évidence, dans un second temps, qu'à celui-ci ne correspond aucun champ professionnel propre (b).

a) La consécration du titre d'ostéopathe

107- À l'occasion de l'étude du projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Bernard CHARLES, rapporteur de la Commission des Affaires culturelles, familiales et sociales devant l'Assemblée nationale, soumet aux députés l'étude d'un amendement visant à encadrer l'usage professionnel du titre d'ostéopathe. Au soutien de sa proposition, il rappelle qu'à cette date plus de quatre mille professionnels pratiquent déjà l'ostéopathie et moins de la moitié d'entre eux sont médecins. Considérant le nombre exponentiel de praticiens formés dans les écoles spécialisées qui ne sont ni médecin ni masseur-kinésithérapeute, il exhorte la commission à voter l'amendement, aux fins de voir reconnaître et encadrer ce « fait ancré dans notre société »[121].

108- Cet amendement est accueilli et voté sans grande discussion. Il est à l'origine de l'article 75 de la loi du 4 mars 2002. Il convient immédiatement de relever que cette disposition a pour objet principal l'« usage professionnel du titre d'ostéopathe », ce qui a conduit un temps la doctrine à tergiverser sur la finalité poursuivie par le législateur. En effet, à cette date, si certains auteurs

[121] CHARLES Bernard, *Commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, Examen, en première lecture, du projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé - Titre II - n° 3258*, Assemblée nationale, 25 septembre 2001.

considèrent que la formule utilisée témoigne d'une évidente volonté législative de consacrer une profession d'ostéopathe[122], d'autres y voient la simple création d'un cadre juridique minimaliste pour l'ostéopathe. Le point de vue de ces derniers semble particulièrement pertinent. En effet, il est possible de s'interroger sur les raisons pour lesquelles le législateur n'a pas employé la formule « profession de », habituellement utilisée au sein du Code de la santé publique pour définir les praticiens des activités exercées dans le cadre du système de santé. Pour illustrer ce propos, il peut être mentionné, entre autres, l'existence de « la profession de pharmacien », « la profession de masseur-kinésithérapeute » et « la profession d'ergothérapeute », définies respectivement aux articles L. 4221-1, L. 4321-1 et L. 4331-1.

109- En tout état de cause, la formule « usage professionnel du titre d'ostéopathe » constitue une solution de compromis, par laquelle a été trouvé le point d'équilibre entre, d'une part, la nécessité de consacrer l'ostéopathie et satisfaire aux revendications réitérées des ostéopathes exclusifs, et, d'autre part, l'obligation implicite de préserver la prééminence du corps médical et le contrôle exercé par celui-ci sur l'ensemble des praticiens de santé. À cet égard, en définissant l'ostéopathe comme le simple détenteur d'un titre dont il fait un usage professionnel, et non comme le membre d'une profession déterminée, le législateur invite à une véritable dilution du champ de pratiques ostéopathique au sein des trois courants professionnels dominants. Il restreint, de cette façon, de manière durable, la possibilité des ostéopathes exclusifs d'intégrer la catégorie des professionnels de santé[123].

110- L'ostéopathe apparaît ainsi à partir du 4 mars 2002 comme le simple titulaire d'un titre, en vertu duquel il pratique en toute légalité une activité de santé désormais reconnue. Cependant, se pose rapidement la question des champs professionnels qui lui correspondent.

b) L'absence délétère de champs professionnels déterminés

111- En instituant le titre d'ostéopathe en lieu et place de la profession d'ostéopathe, le législateur contourne ingénieusement l'écueil de la détermination immédiate des champs professionnels correspondants, exercice qui apparaît extrêmement périlleux au regard des tensions qui s'exacerbent

[122] Selon Louis DUBOUIS, l'article 75 de la loi nº 2002-303 du 4 mars 2002 « institue un diplôme sanctionnant une formation spécifique à l'ostéopathie ou à la chiropraxie. Ce diplôme permettra d'exercer la profession correspondante sans être titulaire du diplôme de docteur en médecine ». *cf.* DUBOUIS Louis, « Ostéopathie ou chiropraxie : création d'un diplôme donnant accès à la profession », *RDSS*, 2002, p. 259.

[123] Depuis, le Conseil d'État a affirmé que le titre d'ostéopathe permet l'exercice d'une profession. Les normes relatives au système sanitaire octroient ainsi à l'ostéopathe, qui n'est toujours pas un professionnel de santé, certaines prérogatives qui pourraient pourtant être rattachées à ce statut, tel que le partage de données du patient. Pour une approche de ce dernier point, *cf.* MORLET-HAÏDARA Lydia, « Le nouveau cadre légal de l'équipe de soins et du partage des données du patient », *RDSS*, 2016, p. 1103.

alors entre les différents corps professionnels concernés[124]. Il charge ainsi le pouvoir réglementaire d'édicter les décrets d'application de l'article 75 de la loi du 4 mars 2002, qu'il espère voir parvenir à déterminer avec efficacité les champs qui caractérisent la pratique ostéopathique et contenter les différentes parties concernées.

112- À cette fin, le législateur lui adjoint l'aide de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé[125], qui est reconnue pour son expérience et sa compétence en la matière, et enjoint à cette dernière « d'élaborer et de valider **des** recommandations de bonnes pratiques [...] (et) une liste de ces bonnes pratiques à enseigner dans les établissements de formation délivrant le diplôme mentionné au premier alinéa ». La substitution de l'article défini « les » habituellement utilisé[126] par l'article indéfini « des » devant le vocable « recommandations » doit être relevée, parce qu'elle permet de saisir ô combien le législateur a conscience des difficultés qui ne manqueront pas d'entourer la détermination du champ de pratiques en question, lequel est fortement marqué à cette date de son caractère polymorphe. Est-il possible de valider des recommandations de bonnes pratiques en ostéopathie ? La question se pose, surtout qu'à ce jour, soit plus de dix-neuf ans plus tard, aucune recommandation n'a été publiée !

113- L'absence de détermination des champs ostéopathiques est surtout problématique pour les ostéopathes exclusifs. En effet, ceux-ci possèdent un titre et mettent en œuvre une pratique professionnelle dont la consistance peut être interrogée. En outre, ce corps professionnel se caractérise notamment par son manque de titularité d'un diplôme d'État, médical ou paramédical, lequel attesterait d'une compétence particulière dans le domaine de la santé. Enfin, alors que le Code de la santé publique réglemente les professions de santé de manière à ce que, en théorie, leurs champs professionnels ne fassent pas, ou le moins possible, l'objet d'un empiétement de la part des corps circonvoisins, l'article 75 de la loi du 4 mars 2002 organise un exercice partagé du champ de pratiques ostéopathique, sans toutefois prendre le soin de le circonscrire. En tout état de cause, les ostéopathes se trouvent, en l'état, dans une situation particulièrement défavorable par rapport aux médecins et aux masseurs-kinésithérapeutes.

114- Le défaut de détermination des champs professionnels ostéopathiques grève donc fortement les ambitions des ostéopathes exclusifs, qui peinent à dégager les éléments essentiels d'une identité

---

[124] En effet, à cette période, trois courants professionnels s'opposent pour l'acquisition du champ de pratiques ostéopathique. Pour plus de précisions, *cf.* développement n° 99, p. 39.

[125] En 2004, la Haute Autorité de Santé remplace l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, en vertu de l'article 36 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, JORF n° 190 du 17 août 2004, texte n° 2.

[126] En effet, le législateur emploie constamment l'article défini « les », devant « recommandations de bonnes pratiques », et non pas l'article indéfini « des ».

professionnelle qui leur serait propre. Ils fondent alors leurs espoirs sur les décrets d'application de l'article 75 de la loi du 4 mars 2002, desquels ils attendent l'institution d'un cadre juridique qui leur soit, d'une manière ou d'une autre, favorable.

B. L'intensification des revendications des ostéopathes exclusifs consécutive à l'édiction des décrets d'application de l'article 75 de la loi du 4 mars 2002

115- Pour les ostéopathes exclusifs, la consécration du titre d'ostéopathe constitue la première étape d'un long processus par lequel ils espèrent pouvoir être reconnus en tant que corps professionnel singulier. Ils ont bien conscience que, dans la mesure où l'article 75 de la loi du 4 mars 2002 n'a pas précisé les champs professionnels correspondant à la pratique de l'ostéopathie, leur identité professionnelle reste pour de nombreuses personnes totalement abstruse. Par ailleurs, il ne fait aucun doute, pour eux, que leur confusion avec les masseurs-kinésithérapeutes participe fortement à leur défaut de singularité et pèse sur la dynamique d'évolution de leur corps professionnel.

116- Ainsi, quelques semaines seulement après l'entrée en vigueur de la loi du 4 mars 2002, le Syndicat national des kinésithérapeutes ostéopathistes (SNKO), principal syndicat représentatif des ostéopathes exclusifs, modifie ses statuts, abandonne toute référence à la masso-kinésithérapie et devient le « Syndicat national des ostéopathes de France » (SNOF). L'objectif poursuivi est alors clairement affiché : il s'agit de parvenir à obtenir des pouvoirs publics tant la reconnaissance de l'ostéopathie comme une activité de santé pleine et entière que l'exclusivité de sa pratique.

117- Les ostéopathes exclusifs attendent donc impatiemment l'édiction des décrets d'application de l'article 75 de la loi du 4 mars 2002, lesquels devraient, selon eux, logiquement instituer un cadre juridique favorable à leur entreprise. Or, ces décrets d'application, qui peinent à être édictés (a), ne satisfont pas les ostéopathes exclusifs, qui intensifient dès lors leurs revendications (b).

a) De l'attente des décrets d'application de l'article 75 de la loi du 4 mars 2002

118- Les décrets d'application de l'article 75 de la loi du 4 mars 2002 sont particulièrement attendus par les différents corps professionnels concernés, qui nourrissent tous l'espoir de voir s'établir un cadre d'exercice de l'ostéopathie qui, outre de les distinguer les uns des autres, leur serait favorable. Cependant, malgré les nombreuses sollicitations, les décrets en question tardent à paraître.

119- Refusant de laisser la situation se pérenniser, les organisations représentatives des ostéopathes

exclusifs, à savoir le Syndicat national des ostéopathes de France (SNOF) et le Registre des ostéopathes de France (ROF), présentent respectivement le 20 mai et le 28 novembre 2005 des requêtes auprès le Conseil d'État, par lesquelles ils contestent la décision implicite de rejet du pouvoir réglementaire d'édicter les décrets en question. Sous la pression, celui-ci établit à la hâte un projet qu'il présente le 25 avril 2006 aux représentants syndicaux[127].

120- Cependant, cela ne stoppe pas la dynamique contentieuse lancée et, sans surprise, dans une décision du 19 mai 2006, les juges de la Haute cour administrative font droit aux requêtes jointes. Ils annulent donc « les décisions implicites par lesquelles le Premier ministre a refusé de prendre les décrets d'application de l'article 75 de la loi du 4 mars 2002 en tant qu'il est relatif à la profession d'ostéopathe »[128]. Vraisemblablement, il ne pouvait en être autrement, puisque une jurisprudence constante fait valoir que l'exercice du pouvoir réglementaire comporte non seulement le droit, mais aussi l'obligation de prendre dans un délai raisonnable les mesures qu'implique l'application de la loi[129].

121- À cette occasion, les juges du Conseil d'État tranchent une question qui agite depuis plus de quatre ans la doctrine, laquelle porte sur la qualité du praticien ostéopathe. En effet, depuis l'entrée en vigueur de l'article 75 de la loi du 4 mars 2002, d'aucuns font valoir que l'ostéopathe ne doit être considéré que comme le simple titulaire d'un titre, dont il fait un usage professionnel, et défendent l'idée que celui-ci n'exerce pas une profession à part entière, telle que, entre autres, la profession de masseur-kinésithérapeute, et par conséquent les ostéopathes exclusifs ne forment pas un corps professionnel distinct[130].

122- Prenant ces doctrinaires à contre-pied, les juges du Conseil d'État mentionnent dans la décision du 19 mai 2006, à sept reprises, les « décrets d'application de l'article 75 de la loi du 4 mars 2002 en tant qu'il est relatif à la profession d'ostéopathe ». Les juges de la Haute juridiction auraient très bien pu évoquer l'article 75 « en tant qu'il est relatif au titre d'ostéopathe », rédaction qui aurait d'ailleurs été en totale conformité avec la lettre de la loi. Ils ont cependant préféré faire référence à « la profession d'ostéopathe ». De la sorte, ils confortent la dynamique revendicative des ostéopathes exclusifs, qui dès lors que la question de l'existence de la profession d'ostéopathe était tranchée pouvaient utilement revendiquer tant l'existence d'un corps professionnel distinct que

---

[127] LUDES Bernard, *Rapport de la mission Ostéopathie – Chiropraxie*, Paris, La Documentation française, 25 janvier 2007.

[128] CE, 1re-6e ss-sect. réunies, 19 mai 2006, no 280702-287514, SNOF — ROF — AFO — CEESO, mentionné dans les tables du recueil Lebon.

[129] CE, ss-sect. réunies, 28 juillet 2000, no 204024, Association France Nature Environnement, publié au recueil Lebon.

[130] Cette question a déjà été abordée dans le développement no 108, p. 42.

l'exercice exclusif de champs professionnels spécifiques.

123- Les décrets relatifs aux actes, aux conditions d'exercice[131] et à la formation en ostéopathie[132] sont finalement édictés le 25 mars de l'année suivante. Bien qu'attendues par tous depuis près de cinq ans, ces normes réglementaires ne reçoivent pas un accueil chaleureux. Promptement, par la voix de son président, le Conseil national de l'Ordre des médecins s'oppose fermement au cadre réglementaire institué[133]. Y fait rapidement écho l'action concertée des organisations représentatives des ostéopathes exclusifs.

b) L'intensification des revendications des ostéopathes exclusifs

124- Par deux décrets édictés le 25 mars 2007, sont précisés les actes et les conditions d'exercice et de formation en ostéopathie. Manifestement, ceux-ci ne contentent aucunement les corps concernés. Les ostéopathes exclusifs sont particulièrement furieux que ne leur ait pas été réservé l'exercice exclusif du champ de pratiques ostéopathique. Afin de faire entendre leur voix et ne pas manquer de peser dans le débat public, ils intensifient leurs revendications. Il ne leur faut pas plus de dix jours pour contester les décrets considérés. De manière concertée, par six requêtes de référé déposées le 6 avril 2007, l'Association française d'ostéopathie (AFO) et le Syndicat national des ostéopathes de France (SNOF) demandent la suspension de l'application du décret n° 2007-435 du 25 mars 2007.

125- Les membres des organisations syndicales souhaitent tout d'abord que soit réservé l'usage du titre d'ostéopathe aux professionnels exclusifs, c'est-à-dire à ceux qui n'exercent que l'ostéopathie et aucune autre profession. Cette critique du partage du titre d'ostéopathe, qui vise essentiellement les praticiens des professions de santé réglementées au sein du Code de la santé publique, notamment les « médecins, masseurs kinésithérapeutes, infirmiers et sages-femmes », ne peut aucunement surprendre. Elle s'inscrit parfaitement dans l'objet syndical défini quelques années plus tôt. Les organisations syndicales affirment ainsi qu'il aurait dû être « instaur(é) une profession indépendante d'ostéopathe et [...] réserv(é) l'usage du titre uniquement aux praticiens inscrits sur une liste départementale dressée par le représentant de l'État ».

126- Les membres des organisations représentatives des ostéopathes exclusifs font également valoir que le « III de l'article 3 dudit décret ne prévoyant pas de restriction d'actes pour les professionnels

---

[131] Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007, *op. cit.*

[132] Décret n° 2007-437 du 25 mars 2007 relatif à la formation des ostéopathes, JORF n° 73 du 27 mars 2007, texte n° 22.

[133] MORNAT Jacques, « Ostéopathes et ostéopathies. Ambiguïtés juridiques et scientifiques ; difficultés organisationnelles », *Médecine & Droit*, 2008, p. 184–188.

de santé ostéopathes autres que celles résultant de l'exercice de leur profession médicale ou paramédicale, il encourage une pratique intermittente de l'ostéopathie ce qui présente un danger pour la sécurité des patients ». Il est fortement compréhensible que les ostéopathes exclusifs, qui s'auto-proclament les héritiers de l'approche originelle conceptualisée par les pères fondateurs de l'ostéopathie, n'apprécient guère les limites instituées à leur égard, qui ne leur permettent, selon eux, qu'un exercice totalement dénaturé du concept ostéopathique[134], alors que les professionnels de santé en sont, en vertu de leur statut, en tout ou partie exempts. Ils dénoncent surtout en filigrane le risque d'intégration progressive du champ de pratiques ostéopathique dans la pratique médicale ou masso-kinésithérapique, laquelle est déjà, à cette date, fortement amorcée.

127- De cette manière, les organisations représentatives des ostéopathes exclusifs revendiquent une exclusivité de l'exercice de l'ostéopathie et un exercice exclusif de l'ostéopathie, propre à permettre de préserver le champ de pratiques ostéopathique intact et prévenir une éventuelle dilution dans un champ professionnel circonvoisin. Cependant, par une décision du 7 mai 2007[135], le juge des référés refuse de considérer l'urgence comme caractérisée. Les organisations représentatives abandonnent alors la lutte contentieuse et concentrent leurs efforts sur l'intégration des ostéopathes exclusifs dans le système de santé.

128- L'étude de l'histoire des corps professionnels enseigne donc que l'ostéopathie est introduite et développée dans le système de santé français principalement par des masseurs-kinésithérapeutes, qui s'opposent rapidement aux membres du corps médical sur la question du champ de pratiques ostéopathique. Le corps médical obtient en janvier 1962 du pouvoir réglementaire une exclusivité d'exercice du champ convoitée, ce qui contraint les masseurs-kinésithérapeutes diplômés en ostéopathie à exercer l'ostéopathie sous couvert de la masso-kinésithérapie ou d'activités aux dénominations diverses. Une confusion entre les champ de pratiques ostéopathique et masso-kinésithérapique s'établit alors. Elle va durer pendant près de cinquante-six ans. Si celle-ci nuit fortement à l'affirmation de l'identité professionnelle de l'ostéopathe, elle participe également de manière importante à l'effacement du caractère distinctif des éléments essentiels de l'identité du masseur-kinésithérapeute. En tout état de cause, ni la consécration du titre d'ostéopathe opérée par l'article 75 de la loi du 4 mars 2002 ni la détermination des actes et des conditions d'exercice de l'ostéopathie par les décrets du 25 mars 2007 ne mettent fin à cette situation. En effet, après ceux-ci, les champs professionnels du masseur-kinésithérapeute et de l'ostéopathe restent confondus.

---

[134] Pour plus de précisions sur le sujet, *cf.* développement n° 99, p. 39.

[135] CE, réf., 7 mai 2007, n° 304554-304555, inédit au recueil Lebon.

Section 2 : Une confusion consécutive à une distinction inaboutie des champs professionnels

129- Pendant un temps, il eût été espéré que le cadre réglementaire relatif au titre d'ostéopathe, institué par décret le 25 mars 2007, permette de distinguer nettement les champs professionnels des ostéopathes de ceux des masseurs-kinésithérapeutes et *a fortiori* les deux corps correspondants. Or, cela n'a été nullement le cas. En effet, bien que l'ostéopathe est défini à partir de cette date par un domaine de compétences constitué des « troubles fonctionnels », des champs d'intervention comprenant les systèmes musculaire, squelettique et fascial et un champ de pratiques composé des mobilisations et des manipulations musculo-squelettiques et myo-fasciales, lesquels le pourvoient d'une identité professionnelle supposée déterminée et distincte, la pratique de l'ostéopathe tend toujours à se confondre avec l'exercice du masseur-kinésithérapeute.

130- La principale raison semble résider dans la distinction inaboutie des champs professionnels de ces deux praticiens, laquelle empêche les organisations représentatives des ostéopathes exclusifs de dégager les spécificités de la pratique ostéopathique exclusive et provoquer la scission complète du corps des ostéopathes de celui des masseurs-kinésithérapeutes. À cet égard, afin de se distinguer des masseurs-kinésithérapeutes, les ostéopathes exclusifs avaient entrepris au cours des années 1990 d'obtenir des pouvoirs publics qu'ils tirent toutes les conséquences de l'arrêté du 6 janvier 1962 et rattachent le champ de pratiques ostéopathique à l'activité médicale. Or, ils ont également échoué sur ce point.

131- Afin de mettre en exergue la situation des champs professionnels qui résulte des décrets du 25 mars 2007 et explorer en quoi celle-ci cristallise la confusion qu'il existe déjà, à cette date, entre l'ostéopathe et le masseur-kinésithérapeute, il convient de se pencher, dans un premier temps, sur les difficultés entourant la distinction des champs ostéopathiques eux-mêmes (paragraphe 1), avant de s'attarder, dans un second temps, sur les circonstances et les conséquences du refus des pouvoirs publics de rattacher l'ostéopathie à l'activité médicale (paragraphe 2).

Paragraphe 1 : Des champs ostéopathiques difficiles à distinguer

132- La mise en perspective des champs professionnels ostéopathiques par rapport à ceux masso-kinésithérapiques appelle à comparer les uns après les autres les champs définissant,respectivement la pratique de l'ostéopathe et la profession de masseur-kinésithérapeute. Pour rappel, il a été proposé de considérer dans l'introduction de la présente thèse que les champs par lesquels sont définis les praticiens exerçant des soins en santé sont le domaine de compétences, qui précise les spécificités de l'intervention du praticien en termes des missions qui lui sont confiées, les actes emblématiques qu'il est habilité à exécuter ou les troubles qui engagent sa compétence ; les champs d'intervention, qui circonscrivent les actions du praticien dans un ou plusieurs systèmes du corps humain ; le champ de pratiques, qui regroupe l'ensemble des actes que le praticien est expressément habilité à exécuter. Ces trois éléments déterminent ensemble l'identité professionnelle de chacun. Or, les champs professionnels ostéopathiques, outre le domaine de compétences qui, tel qu'il est formulé, n'appelle ici aucune remarque[136], sont déjà difficiles à être distingués les uns des autres. Dans ces conditions, ces champs ne peuvent raisonnablement caractériser un corps professionnel distinct d'ostéopathes exclusifs.

133- La démonstration de ce point invite à se pencher, dans un premier temps, sur la difficulté qu'il existe à différencier les champs de pratiques et d'intervention ostéopathiques (A), puis à aborder, dans un second temps, les difficultés qui entourent l'appréhension du champ de pratiques de l'ostéopathe, qui est exercé de manière variable selon les diplômes dont le praticien est titulaire (B).

A. La difficile différenciation des champs d'intervention et de pratiques

134- Depuis le début des années 1990, les organisations représentatives des ostéopathes exclusifs cherchent à faire reconnaître ce qu'ils estiment être les spécificités de la pratique ostéopathique exclusive et pourvoir les praticiens dont elles défendent les intérêts d'une identité professionnelle certaine. Les membres de ces organisations sont dès lors extrêmement attentifs aux définitions des champs professionnels ostéopathiques formulées au sein des décrets du 25 mars 2007. Cependant,

[136] Selon l'article 1er du décret no 2007-435 du 25 mars 2007, l'ostéopathe pratique « des manipulations ayant pour seul but de prévenir ou de remédier à des troubles fonctionnels du corps humain ». La notion de « troubles fonctionnels » est discutée *infra*. Pour plus de précisions, *cf.* b) La confusion des domaines de compétences masso-kinésithérapique et ostéopathique, p. 74.

ces textes réglementaires ne répondent pas à leurs attentes. Dès lors, ils introduisent promptement des actions auprès le Conseil d'État, qui se trouve ainsi contraint de se prononcer sur la consistance des champs ostéopathiques. Or, dans leur décision, les juges de la Haute juridiction confondent totalement les champs de pratiques et d'intervention ostéopathiques.

135- La démonstration de la réalité de cette confusion au sein même des champs professionnels ostéopathiques appelle à étudier, dans un premier temps, l'enchevêtrement des champs de pratiques et d'intervention ostéopathiques opéré par les juges du Conseil d'État (a), puis à exposer, dans un second temps, en quoi cette confusion est caractéristique de la pratique des ostéopathes exclusifs (b).

a) L'enchevêtrement jurisprudentiel des champs de pratiques et d'intervention ostéopathiques

136- Au mois d'avril 2007, par six requêtes de référé déposées de manière conjointe, l'Association française d'ostéopathie (AFO) et le Syndicat national des ostéopathes de France (SNOF) demandent la suspension de l'application des décrets du 25 mars 2007, publiés onze jours plus tôt au Journal officiel[137]. Par quatre d'entre elles, ces organisations représentatives des ostéopathes exclusifs contestent la durée de la formation en ostéopathie prévue à l'article 2 du décret n° 2007-437[138], qu'elles estiment totalement insuffisante. Au travers de ces actions, celles-ci reprochent surtout au pouvoir réglementaire d'avoir exclu du cadre réglementaire de la formation initiale en ostéopathie, et notamment de l'article 3 de l'arrêté en même date[139], « tout enseignement relatif à une approche viscérale ou crânienne ».

137- Cependant, dans deux décisions, respectivement le 7 mai 2007[140] et le 9 mai 2007[141], le juge des référés refuse de considérer l'urgence caractérisée. Le Conseil d'État est ainsi saisi au fond. Dans sa formation contentieuse, le 23 janvier 2008, il fait alors droit aux demandes de l'AFO et le SNOF et déclare « illégal l'article 3 de l'arrêté du 25 mars 2007 du ministre de la santé et des solidarités relatif à la formation en ostéopathie, à la commission d'agrément des établissements de

[137] Pour mémoire, il s'agit du Journal officiel de la République française n° 73, publié le 27 mars 2007.

[138] L'article 2 du décret n° 2007-437 du 25 mars 2007, dans sa version initiale, dispose que « le diplôme d'ostéopathe est délivré aux personnes ayant suivi une formation d'au moins 2660 heures ou trois années comportant 1435 heures d'enseignements théoriques des sciences fondamentales et de biologie et 1225 heures d'enseignements théoriques et pratiques de l'ostéopathie ».

[139] Arrêté du 25 mars 2007 relatif à la formation en ostéopathie, à la commission d'agrément des établissements de formation et aux mesures dérogatoires, JORF n° 73 du 27 mars 2007, texte n° 43.

[140] CE, réf., 7 mai 2007, n° 304556-304557, inédit au recueil Lebon.

[141] CE, réf., 9 mai 2007, n° 304558-304559, inédit au recueil Lebon.

formation et aux mesures dérogatoires en ce qu'il exclut de la formation en ostéopathie tout enseignement relatif à une approche viscérale ou crânio-sacrée, alors que la pratique de ces actes n'est pas interdite aux praticiens justifiant du titre d'ostéopathe par le décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et conditions d'exercice de l'ostéopathie »[142].

138- Cette décision du Conseil d'État peut à bien des égards être critiquée. En tout premier lieu, pour chaque corps professionnel intervenant dans le système de santé, le pouvoir réglementaire a pris l'habitude de dresser la liste limitative des actes que celui-ci est autorisé à exécuter et la liste des actes dont l'exécution lui est interdite. En l'espèce, c'est effectivement le cas. La liste des actes que le professionnel ostéopathe est autorisé à exécuter figure au deuxième alinéa de l'article 1er du décret n° 2007-435[143] et la liste des actes interdits au sein de l'article 3 du même décret. Cependant, en concluant que l'absence d'inscription des approches viscérale et crânio-sacrée dans la liste des actes interdits emporte automatiquement l'intégration de celles-ci dans la liste des actes autorisés, en d'autres termes dans le champ de pratiques ostéopathique, la Haute juridiction opère un transfert surprenant du caractère limitatif de la liste des actes autorisés à la liste des actes interdits. Si cette décision contrarie totalement la finalité poursuivie par les réglementations relatives aux exercices des professionnels intervenant dans le système de santé, elle perturbe également la manière dont les champs professionnels sont habituellement appréhendés.

139- En second lieu, le Conseil d'État ne distingue pas le champ de pratiques, constitué des actes que le praticien est habilité à exécuter, et les champs d'intervention, composés des systèmes du corps humain que les interventions professionnelles ciblent spécifiquement. La Haute juridiction confond simplement ces deux champs au sein de la notion d'« approche ». Or, cette dernière, qui n'est pas définie dans le corpus juridique, apparaît difficile à conceptualiser. La question doit être posée : que recouvrent véritablement ces approches viscérale et crânio-sacrée ? Vraisemblablement, celles-ci désignent à la fois les régions topographiques éponymes et les actes diagnostiques et thérapeutiques qu'appelle le traitement des troubles présentés au niveau de ces zones.

140- En tout état de cause, les « approches en santé » sont considérées par les ostéopathes exclusifs comme une spécificité de la pratique ostéopathique exclusive. Dès lors, pour eux, la consécration jurisprudentielle de la notion devrait logiquement conduire à la reconnaissance de la singularité tant de la pratique exclusive de l'ostéopathie que de leur corps. Pourtant, cet enchevêtrement des

---

[142] CE, 1re-6e ss-sect. réunies, 23 janvier 2008, n° 304482-304483, inédit au recueil Lebon.

[143] Pour rappel, le deuxième alinéa de l'article 1er du décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 dispose que « pour la prise en charge de ces troubles fonctionnels, l'ostéopathe effectue des actes de manipulations et mobilisations non instrumentales, directes et indirectes, non forcées, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques établies par la Haute Autorité de Santé ».

champs professionnels apparaît plutôt comme un frein à l'émergence d'une identité professionnelle singulière.

b) Une difficulté inhérente à l'ostéopathie, telle que conceptualisée par les ostéopathes exclusifs

141- La principale critique qui peut être formulée à l'égard de la décision rendue par les juges du Conseil d'État réside dans la consécration d'une notion qui crée un lien infrangible entre la zone topographique abordée et les actes susceptibles d'être exécutés pour le diagnostic ou le traitement des troubles constatés[144]. En effet, les juges de la Haute juridiction rattachent l'« approche en santé » au champ de pratiques, alors que le vocable renvoie manifestement à la zone topographique abordée. La notion devrait ainsi plutôt être utilisée pour désigner un champ d'intervention. Cette réflexion peut apparaître pour d'aucuns futile. Elle est pourtant déterminante. En effet, la correcte qualification des approches viscérale et crânio-sacrée permettrait de faire reconnaître celles-ci au rang des éléments essentiels et distinctifs de l'identité professionnelle du corps des ostéopathes et provoquer la scission complète et définitive du corps des ostéopathes exclusifs de celui des masseurs-kinésithérapeutes, dans la mesure où aucun praticien ostéopathe n'est habilité, en vertu du cadre juridique de l'exercice de sa profession de santé, à intervenir explicitement sur les zones viscérale ou crânio-sacrée[145].

142- Or, nonobstant la nature confuse de l'« approche en santé », laquelle rend *in fine* les champs professionnels ostéopathiques difficiles à distinguer, les ostéopathes exclusifs refusent de se délier de cette notion. Cela apparaît logique, dans la mesure où, pour eux, elle est inhérente au concept ostéopathique, mais surtout indispensable à la cohérence de la pratique de l'ostéopathie. Sans elle, le caractère holistique de cette dernière apparaît totalement compromis[146]. Pour mémoire, l'holisme en santé oblige à considérer l'individu dans sa globalité et interdit l'appréhension des systèmes du corps humain de manière isolée, tel que le réalisent notamment les médecins et, par extension, ceux qui exercent sur la prescription de ceux-ci, c'est-à-dire les professionnels paramédicaux.

---

[144] Le Conseil d'État affirme qu'« est illégal l'article 3 de l'arrêté du 25 mars 2007 du ministre de la santé et des solidarités relatif à la formation en ostéopathie, à la commission d'agrément des établissements de formation et aux mesures dérogatoires en ce qu'il exclut de la formation en ostéopathie tout enseignement relatif à une approche viscérale ou crânio-sacrée, alors que la pratique de ces actes n'est pas interdite aux praticiens justifiant du titre d'ostéopathe par le décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et conditions d'exercice de l'ostéopathie ».

[145] Bien entendu est exclu le corps médical, dont les membres possèdent une habilitation générale à agir sur le corps d'autrui.

[146] L'adjectif « holistique » qualifie, selon le Centre national des ressources textuelles et lexicales, toute « doctrine ou point de vue qui consiste à considérer les phénomènes comme des totalités », *cf*. Centre national de ressources textuelles et lexicales, *Holistique* [en ligne], [consulté le 18 février 2021], http://www. cnrtl.fr/definition/holistique/

143- L'holisme constitue, tel que l'a reconnu l'Organisation mondiale de la Santé, un des trois piliers essentiels de l'ostéopathie[147]. Il n'y a donc aucune raison à ce que les ostéopathes exclusifs se délient de l'idée d'appréhender le patient dans sa globalité et ne procèdent pas systématiquement, sur les zones topographiques viscérale et crânio-sacrée, à des actes palpatoires à visée diagnostique. Logiquement, ce n'est que lorsqu'une dysfonction primaire est constatée que l'élément anatomique considéré fait l'objet d'actes à visée thérapeutique, et ce même en l'absence de signe clinique présenté dans la zone considérée. Ainsi, si les approches sont véritablement constituées d'actes qui doivent intégrer le champ de pratiques ostéopathique[148], elles ne peuvent pas être totalement exclues de la catégorie des champs d'intervention. D'ailleurs, rien ne s'oppose à ce qu'un patient consulte un ostéopathe pour un symptôme présenté dans une des zones topographiques considérées.

144- La notion d'« approche en santé » est donc âprement défendue par les ostéopathes exclusifs, qui claironnent être les seuls à pratiquer l'ostéopathie de manière intégrale, optimale et détachée de toute finalité strictement symptomatique. Pour cette raison, ceux-ci ne comprennent pas que ne leur soit pas ouvert l'exercice intégral du champ de pratiques. En effet, le contenu de ce dernier varie ostensiblement selon les diplômes dont est titulaire le praticien concerné.

B. La variabilité du champ de pratiques ostéopathique susceptible d'être mis en œuvre

145- Pour que les champs professionnels ostéopathiques se distinguent nettement des champs masso-kinésithérapiques et puissent caractériser un corps professionnel singulier, ils doivent être parfaitement déterminés et circonscrits. Or, le champ de pratiques ostéopathique, tel que défini par les décrets du 25 mars 2007, est fortement marqué par son manque de constance. En effet, son contenu varie substantiellement en fonction des diplômes dont le praticien ostéopathe est titulaire.

146- Ce manque de constance, préjudiciable à la distinction et à la circonscription du champ de pratiques ostéopathique, n'a nullement échappé aux organisations représentatives de l'ensemble des

[147] Selon l'Organisation mondiale de la Santé, l'ostéopathie repose sur trois principes que sont « l'être humain est une unité fonctionnelle dynamique, dont l'état de santé est influencé par le corps, la pensée et l'esprit ; le corps possède des mécanismes d'autorégulation et est naturellement enclin à l'auto-guérison ; structure et fonction sont étroitement liées à tous les niveaux du corps humain ». Pour plus de précisions, *cf.* Organisation mondiale de la Santé, *Principes directeurs pour la formation en médecine traditionnelle, complémentaire et alternative, Principes pour l'ostéopathie* [en ligne], 2010, https://www.who.int/medicines/areas/traditional/BenchmarksforTraininginOsteopathy.pdf/, p. 3.

[148] Si le trouble n'est pas rattaché de façon évidente au système considéré et que le thérapeute effectue dès lors des techniques de bilan et/ou de traitement sur les viscères.

professions concernées[149,150,151], qui dénoncent toutes ce qu'elles estiment constituer un empiétement sur leurs propres champs professionnels. Ainsi, toutes introduisent des actions visant à obtenir l'annulation des décrets litigieux. Les juges du Conseil d'État font alors preuve de pragmatisme. Ils joignent ces actions connexes[152] et confrontent les points de vue des organismes représentatifs des praticiens ostéopathes.

147- Afin de mettre en exergue la variabilité du contenu du champ de pratiques ostéopathique et ses conséquences et dégager les raisons pour lesquelles les pouvoirs publics ont organisé de la sorte le champ de pratiques en question, il est nécessaire de se pencher, dans un premier temps, sur le caractère variable du champ de pratiques ostéopathique (a), puis de s'attarder, dans un second temps, sur le cadre réglementaire considéré, lequel assure manifestement la prééminence du corps médical sur l'exercice de l'ostéopathie (b).

a) La variabilité du champ de pratique ostéopathique, nouvelle source de confrontations entre les corps professionnels

148- Le champ de pratiques ostéopathique manque considérablement de constance. Cette analyse procède notamment de l'étude de la lettre de l'article 3 du décret n° 2007-435 du 25 mars 2007, qui énonce aux alinéas I et II les restrictions d'exercice à l'intention du praticien justifiant d'un titre d'ostéopathe, puis tempère au sein du III que celles-ci « ne sont pas applicables aux médecins ni aux autres professionnels de santé lorsqu'ils sont habilités à réaliser ces actes dans le cadre de l'exercice de leur profession de santé ». Cette disposition rend donc évidemment variable l'exercice du champ de pratiques ostéopathique. De manière peut-être surprenante, le corps des ostéopathes exclusifs apparaît en la matière le plus limité. En effet, dans la mesure où il n'est titulaire d'aucun diplôme autre que celui délivré par l'établissement de formation en ostéopathie agréé, il lui est formellement interdit d'effectuer des touchers pelviens et des manipulations gynéco-obstétricales, du rachis et du crâne, de la face et du rachis chez le nourrisson de moins de six mois[153], alors que la

[149] À savoir le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) et le Syndicat national des médecins rhumatologues (SNMR).

[150] Constituées du Conseil national de l'Ordre national des masseurs-kinésithérapeutes (CNOMK), de la Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs (FFMKR) et du Syndicat national des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs (SNMKR).

[151] Sont comprises l'Association française d'ostéopathe (AFO), le Syndicat national des ostéopathes français (SNOF), l'Union fédérale des ostéopathes de France (UFOF), l'Association aujourd'hui santé ostéopathes (ASO) et le Syndicat français des ostéopathes (SFDO).

[152] CE, 1re-6e ss-sect. réunies, 23 janvier 2008, n° 304478-304479-304481-305545-305969-305980-305981-306004-306005-308110-309649, inédit au recueil Lebon.

[153] Il est ici fait référence à l'article 3 du décret n° 2007-435 du 25 mars 2007, *op. cit.*

plupart des autres corps professionnels, et notamment les masseurs-kinésithérapeutes, sont autorisés à aborder ces zones topographiques, quel que soit l'âge du patient, en vertu de la simple titularité de leur diplôme d'État.

149- De cette variabilité d'exercice en leur faveur, les organisations représentatives des médecins et des masseurs-kinésithérapeutes déduisent que leurs membres sont d'ores et déjà habilités, en vertu de la titularité de leur diplôme d'État, à exercer tout ou partie du champ de pratiques ostéopathique et, par conséquent, celui-ci empiète sur leurs champs professionnels. Elles introduisent donc auprès le Conseil d'État des requêtes visant à obtenir l'exclusion des ostéopathes exclusifs du champ d'application des décrets du 25 mars 2007. L'étude des requêtes en question permet de comprendre que ces organisations fondent surtout leurs prétentions sur la difficulté à déterminer avec aisance et certitude les champs professionnels ostéopathiques.

150- La Haute cour est ainsi appelée à prendre position sur l'empiétement dénoncé de l'ostéopathie sur les champs professionnels tant des médecins que des masseurs-kinésithérapeutes. Dans un attendu de principe, elle énonce que « les dispositions des articles 1 et 2 du décret litigieux n'ont ni pour objet ni pour effet de modifier l'état du droit relatif aux conditions d'exercice des professions de médecin et de masseur-kinésithérapeute [...] (et ainsi) les requérants ne sont pas fondés à soutenir que les dispositions contestées méconnaîtraient l'article L. 4161-1 du code de la santé publique, empièteraient sur le champ des actes réservés aux masseurs-kinésithérapeutes par ce même code ».

151- Trois ans plus tard, la même réponse est formulée à l'encontre des demandes présentées par l'AFO et le SNOF qui contestent « la décision du 29 novembre 2010 par laquelle le ministre du travail, de l'emploi et de la santé a rejeté la demande d'abrogation des articles 4, 5 et 14 du décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 et de l'article 4 du décret n° 2007-437 du 25 mars 2007 en tant que ces textes prévoient la possibilité pour les professionnels de santé d'utiliser le titre d'ostéopathe »[154]. Cependant, à cette occasion, les juges du Conseil d'État font valoir qu'une séparation nette entre les différents champs professionnels a été établie. Cette analyse peut surprendre, alors que le champ de pratiques ostéopathique, inconstant, reste difficile à circonscrire.

152- Dès lors, il ne reste que deux certitudes : le corps médical conserve sur le champ de pratiques ostéopathique la prééminence qu'il possède à l'égard de toutes les pratiques en santé ; il est le seul à pouvoir exécuter l'intégralité des actes que celui-ci comprend.

[154] CE, 4e-5e ss-sect. réunies, 16 mai 2012, n° 345087-345088, inédit au recueil Lebon.

b) Une mise en œuvre intégrale réservée aux membres du corps médical

153- L'article 3 du décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 énonce de manière explicite l'interdiction générale et absolue faite au titulaire du titre d'ostéopathe d'exécuter des manipulations gynéco-obstétricales et des touchers pelviens. Une interdiction relative est également formulée en ce qui concerne les manipulations du rachis cervical, du crâne, de la face et du rachis du nourrisson de moins de six mois, puisque le praticien ostéopathe ne peut réaliser ces actes que si le patient a consulté au préalable un médecin et détient une prescription médicale « attestant l'absence de contre-indication médicale à l'ostéopathie ».

154- Ce régime, qui vise *a priori* à assurer la protection de l'usager du système de santé, ne peut vraisemblablement être empreint d'une grande effectivité. En effet, il apparaît tout autant absurde qu'inefficace d'instituer pour l'exécution de certains actes précis la nécessité de détention par le patient d'une prescription médicale de non-contre-indication à l'ostéopathie, alors que l'ostéopathe constitue un professionnel exerçant en première intention et le patient désireux de bénéficier d'une séance d'ostéopathie n'a aucunement l'obligation de consulter au préalable un médecin. S'il le fait, c'est de sa propre initiative. Mais encore faudrait-il, aux fins d'obtention de la précieuse prescription, que le patient puisse pendant la consultation médicale, soit avant l'examen réalisé par l'ostéopathe, soulever l'hypothèse que ce dernier pourrait être amené, au cours de la séance à venir, à exécuter sur lui une manipulation cervicale[155] ; qu'il considère que l'exécution de cet acte ostéopathique est susceptible de produire sur lui d'importants effets négatifs, mais que cet acte est indispensable au rétablissement de son état de santé ; qu'il ait, dans ces conditions, pleinement confiance en son médecin pour attester de l'absence de risque et en son ostéopathe pour exécuter l'acte supposé à risque.

155- Par ailleurs, il apparaît très peu probable qu'un médecin qui reçoit un patient évoquant la consultation d'un ostéopathe à venir accepte de se prononcer sur l'exécution d'actes appartenant à un champ de pratiques dont il n'a qu'une idée probablement très vague, par un thérapeute qu'il ne connaît peut-être pas, dans des conditions qu'il ne maîtrise pas, alors que la prescription médicale attestant la non-contre-indication à l'ostéopathie est de nature à engager sa responsabilité professionnelle. Pourquoi le ferait-il ? N'aurait-il pas plutôt tendance à adresser son patient à l'un de ses confrères, titulaire lui-même d'un titre d'ostéopathe, ce qui rendrait par conséquent sa prescription médicale totalement inutile ?

156- De son côté, l'ostéopathe, qui ne peut lui-même déterminer à l'avance les actes qu'il sera

[155] Il ne peut être que constaté le niveau sommaire des connaissances en matière de santé maîtrisées par les patients.

amené à exécuter, peut-il accepter d'être soumis à l'obligation d'adresser de manière systématique ses patients vers un membre du corps médical, afin d'obtenir une prescription préalable de non-contre-indication, sous peine d'être limité dans sa pratique, dans un certain nombre de cas ? Si le patient ne peut présenter de prescription, va-t-il s'abstenir et renvoyer son patient vers le médecin, comme l'y contraint la réglementation en vigueur ?

157- L'analyse du champ de pratiques ostéopathique oblige également à évoquer le III de l'article 3 du décret n° 2007-435 du 25 mars 2007, en vertu duquel ces interdictions et restrictions « ne sont pas applicables aux médecins ni aux autres professionnels de santé lorsqu'ils sont habilités à réaliser ces actes dans le cadre de l'exercice de leur profession de santé et dans le respect des dispositions relatives à leur exercice professionnel ». Il doit être relevé un point important : en l'état du droit positif, aucun professionnel de santé n'est habilité à pratiquer des manipulations[156], hormis, bien sûr, les membres du corps médical qui possèdent une habilitation générale à exécuter des actes thérapeutiques sur le corps d'autrui.

158- Manifestement, la mise en œuvre intégrale du champ de pratiques ostéopathique est réservée aux Docteurs en médecine, les autres praticiens ne pouvant accéder à un exercice étendu, mais qui ne peut jamais être total, qu'avec l'autorisation d'un membre du corps médical. Il convient dès lors de s'interroger : dans quel but ont été instituées des telles limites, qui ne font *in fine* qu'établir une nette séparation entre les compétences générales du corps médical et la pratique restreinte des autres praticiens en santé[157], qu'ils soient professionnels paramédicaux ou non ? En tout état de cause, en ce qui concerne l'exercice du champ de pratiques ostéopathiques, les prérogatives des masseurs-kinésithérapeutes et des ostéopathes exclusifs se confondent.

159- L'étude des décrets du 25 mars 2007 ne permet pas dégager de manière suffisamment nette et précise les champs professionnels ostéopathiques, qui ne peuvent ainsi aucunement être mis en perspective par rapport aux champs masso-kinésithérapiques et, subséquemment, être érigés en tant qu'éléments essentiels et distinctifs de l'identité professionnelle du corps des ostéopathes. Ce dernier se trouve dès lors encore confondu avec celui des masseurs-kinésithérapeutes. L'échec du rattachement de l'ostéopathie à l'activité médicale a fortement participé à cette confusion. C'est ce qui est proposé d'étudier dans le paragraphe suivant.

---

[156] Contrairement à ce qui peut être pensé, eu égard à la confusion des champs de pratiques ostéopathique et masso-kinésithérapique et aux revendications du Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes en ce sens, *cf.* B. Le caractère indistinct des champs de pratiques, p. 77 ; A. Des pratiques accréditées, p. 105.

[157] Une réserve doit être émise à l'égard des touchers pelviens, que le masseur-kinésithérapeute est habilité à effectuer dans le cadre de la rééducation périnéo-sphinctérienne, prévue à l'article R. 4321-5 du Code de la santé publique.

Paragraphe 2 : Une confusion préservée par le rattachement dénié de l'ostéopathie à l'activité médicale

160- La confusion entre l'ostéopathe et le masseur-kinésithérapeute, laquelle procède de leur histoire commune, n'est nullement mise à mal par les décrets du 25 mars 2007. En effet, l'étude de ceux-ci ne permet pas de dégager et mettre en perspective de manière suffisamment efficace les champs professionnels ostéopathiques. Il en résulte que la distinction nette de ces derniers avec les champs masso-kinésithérapiques ne peut aucunement être opérée.

161- Cette confusion, ô combien délétère pour les deux corps professionnels, aurait pu prendre fin précocement si les pouvoirs publics avaient accepté de tirer toutes les conséquences de leurs propres actes normatifs et rattacher l'ostéopathie à l'activité médicale. En effet, l'analyse de la lettre de l'arrêté du 6 janvier 1962[158], qui réserve explicitement la pratique de l'ostéopathie aux seuls Docteurs en médecine, et le régime d'interdiction institué par l'article 3 du décret n° 2007-435 du 25 mars 2007, qui subordonne l'exécution de certains actes ostéopathiques à la détention par le patient d'une prescription médicale de non-contre-indication à l'ostéopathie, abonde fortement dans le sens d'un tel rattachement. Si ce dernier avait été juridiquement consacré, la confusion entre le corps des ostéopathes exclusifs et celui des masseurs-kinésithérapeutes aurait immédiatement cessé. De toute évidence, un corps professionnel exerçant une activité médicale ne saurait être confondu avec un corps paramédical !

162- Relater l'histoire de la thèse du rattachement de l'ostéopathie à l'activité médicale conduit à expliquer, dans un premier temps, pourquoi l'Académie nationale de médecine modifie peu de temps après l'entrée en vigueur de la loi du 4 mars 2002 sa doctrine par laquelle elle préconisait le rattachement de la pratique ostéopathique à l'activité médicale (A), puis à exposer, dans un second temps, les raisons qui la conduisent à abandonner définitivement celle-ci au cours de l'année 2008 (B).

[158] Pour mémoire, l'article 2 dispose que « ne peuvent être pratiqués que par les docteurs en médecine, conformément à l'article L. 372 (1°) du code de la santé publique, les actes médicaux suivants : 1° Toute mobilisation forcée des articulations et toute réduction de déplacement osseux, ainsi que toutes manipulations vertébrales, et, d'une façon générale, tous les traitements dits d'ostéopathie, de spondylothérapie (ou vertébrothérapie) et de chiropraxie ».

A. La modification de la doctrine médicale relative au rattachement de l'ostéopathie à l'activité médicale

163- Depuis l'introduction du champ de pratiques ostéopathique dans le système de santé français, les membres du corps médical soutiennent haut et fort que l'ostéopathie constitue une activité par essence médicale ; qu'elle ne peut être pratiquée de manière sécuritaire que par les seuls Docteurs en médecine ; qu'elle ne peut être déléguée à un auxiliaire médical ; qu'elle doit par conséquent faire l'objet d'un exercice exclusif par les médecins titulaires d'un diplôme d'ostéopathe. D'ailleurs, c'est sur la base de cette doctrine médicale qu'est édicté l'arrêté du 6 janvier 1962, en vertu duquel est réservé l'exercice exclusif du champ de pratiques ostéopathique aux médecins. Or, la création d'un nouveau fondement légal à l'habilitation d'exécuter les actes d'ostéopathie par la loi du 4 mars 2002 modifie considérablement la pertinence de cette doctrine médicale. En effet, prenant appui sur ces deux textes normatifs, les ostéopathes exclusifs revendiquent leur intégration dans la catégorie des professions médicales à compétence définie.

164- L'étude des raisons pour lesquelles l'Académie de médecine modifie peu de temps après la publication de la loi du 4 mars 2002 sa doctrine relative à la nature de l'ostéopathie nécessite d'exposer, dans un premier temps, comment le corps médical échoue à faire inscrire le rattachement de la pratique ostéopathique à l'activité médicale dans le texte de la disposition visant la légalisation de l'exercice de l'ostéopathie sur le territoire national français (a), puis d'expliquer, dans un second temps, l'effet de l'entrée en vigueur de l'article 75 de la loi du 4 mars 2002 sur cette doctrine (b).

a) L'échec d'un rattachement juridique

165- Au début de l'année 1962, les pouvoirs publics font droit aux revendications du corps médical, qui s'opposent fermement à ce que les masseurs-kinésithérapeutes exercent le champ de pratiques ostéopathique. En effet, le 6 janvier 1962, ceux-ci édictent un arrêté en vertu duquel « ne peuvent être pratiqués que par les docteurs en médecine, conformément à l'article L. 372 (1°) du code de la santé publique […] les traitements dits d'ostéopathie, de spondylothérapie (ou vertébrothérapie) et de chiropraxie ». Pour les médecins, cet arrêté constitue manifestement une victoire éclatante. Afin de pérenniser cet acquis et rendre impossible toute remise en question de cette exclusivité d'exercice sur le champ de pratiques considéré, le corps médical s'évertue alors à obtenir des pouvoirs publics le rattachement de l'ostéopathie à l'activité médicale. Ce rattachement, de maintes fois affirmé dans la doctrine médicale, n'est jamais réalisé, ni d'ailleurs contesté.

166- Il n'est dès lors pas surprenant qu'au cours des débats parlementaires relatifs au projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Yvette BENAYOUN-NAKACHE, députée de la quatrième circonscription de la Haute-Garonne, fasse valoir que l'amendement visant à réglementer l'ostéopathie dans le système de santé français, témoigne de l'intérêt des concitoyens français pour les « médecines non conventionnelles »[159]. Cependant, alors qu'aucun député ne conteste le rattachement de l'ostéopathie à l'activité médicale, la consécration de l'exercice de l'ostéopathie est envisagée sous la forme d'un « usage professionnel du titre d'ostéopathe ».

167- L'absence de toute référence à la médecine ou à l'un de ses attributs est relevée par les défenseurs des intérêts du corps médical. Cette lacune est alors appelée à être comblée dans le rapport de la Commission des Affaires sociales du Sénat[160], suite à l'adoption en première lecture du projet de loi relatif à la santé. Les rapporteurs se saisissent ainsi de la question du rattachement de l'ostéopathie à l'activité médicale et préconisent que le législateur limite l'accès à la formation en ostéopathie « aux personnes ayant effectué le premier cycle d'études médicales (d'une durée de deux ans) ». Par cette proposition, sont âprement défendus les intérêts du corps médical, à qui il conviendrait de contrôle le champ de pratiques ostéopathique. Pouvait-il en être autrement au regard de la profession des rapporteurs ? En effet, MM. Francis GIRAUD et Jean-Louis LORRAIN sont médecins et M. Gérard DÉRIOT est pharmacien.

168- Cependant, la nouvelle rédaction de l'article, adoptée par le Sénat dans les termes du rapport établi par la Commission des Affaires sociales[161], est refusée par la Commission mixte paritaire[162], qui supprime l'exigence de la validation d'un premier cycle d'études médicales. Au final, à partir de ce moment, « l'usage professionnel du titre d'ostéopathe […] (est réservé) aux personnes titulaires d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique à l'ostéopathie [...] délivrée par un établissement de formation agréé par le ministre chargé de la santé dans des conditions fixées par décret ».

169- Le corps médical comprend rapidement que les organisations représentatives des ostéopathes exclusifs, en se fondant sur l'article adopté et la doctrine qu'il a lui-même développée toutes ces années, pourraient tenter de faire reconnaître que l'article 75 de la loi du 4 mars 2002 a institué une

---

[159] Assemblée nationale, *Débats parlementaires, Compte rendu analytique des séances, Session ordinaire, 3e séance du mardi 2 octobre 2001,* JO A.N. nº 53 [3] du 3 octobre 2001, p. 5346.

[160] GIRAUD Francis, DÉRIOT Gérard et LORRAIN Jean-Louis, *Rapport fait au nom de la Commission des Affaires sociales sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé (nº 3258)*, Sénat, 16 janvier 2002, nº 174.

[161] GUIGOU Élisabeth, *Projet de loi modifié par le sénat après déclaration d'urgence relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé*, Assemblée nationale, 7 février 2002, nº 3258.

[162] Assemblée nationale, *Débats parlementaires, Compte rendu analytique des séances, Session ordinaire, 2e séance du mardi 12 février 2002*, JO A.N. nº 14 [2] du 13 février 2002.

nouvelle profession médicale à compétence définie. Afin de ne pas créer lui-même les circonstances favorables à sa dépossession du champ de pratiques, il modifie sa doctrine les jours suivants.

b) Une modification doctrinale consécutive à l'entrée en vigueur de la loi du 4 mars 2002

170- Les termes de l'article 75 de la loi du 4 mars 2002, qui a consacré l'usage professionnel du titre d'ostéopathe, sont regardés d'un très mauvais œil par les membres du corps médical, qui prennent rapidement conscience que la mise en perspective de ceux-ci avec la nature médicale des actes d'ostéopathie explicitement affirmée dans l'arrêté du 6 janvier 1962 et leur propre doctrine de rattachement de la pratique ostéopathique à l'activité médicale, à de nombreuses reprises réitérée, est susceptible de conduire à la reconnaissance de la profession d'ostéopathe et à l'intégration de celle-ci dans la catégorie des professions médicales.

171- L'Académie nationale de médecine, responsable de cette doctrine assimilative potentiellement pernicieuse, ne peut manifestement se résoudre à la création d'un corps médical d'ostéopathes à compétence définie. Ainsi, le 12 novembre 2002, le Professeur Louis AUQUIER, Secrétaire perpétuel, interpelle les académiciens sur la légalisation d'une « discipline paramédicale dont il n'existe aucune preuve scientifique et dont l'exercice pourra être pratiqué sans aucun contrôle médical par des étudiants formés dans des écoles indépendantes des facultés de médecine, comme il en existe déjà en Grande-Bretagne et dans divers États américains »[163].

172- Cette modification de la doctrine académique, qui qualifie désormais la pratique ostéopathique d'activité paramédicale, ne peut surprendre. En effet, cette qualification sert utilement les intérêts du corps médical. En ce sens, la qualification d'activité paramédicale prend à contre-sens les revendications des organisations représentatives des ostéopathes exclusifs, qui entreprennent de faire reconnaître leurs membres comme des praticiens médicaux. Par ailleurs, si le corps médical n'est pas parvenu à obtenir des pouvoirs publics l'habilitation exclusive à exercer le champ de pratiques ostéopathique, il n'a pas pour autant abandonné l'idée de conserver sur cette pratique, et *a fortiori* sur le corps professionnel qui l'exerce, un contrôle hiérarchique.

173- Ce faisant, l'Académie incite surtout les pouvoirs publics à dénier au corps des ostéopathes exclusifs la prérogative de première intention et à appréhender celui-ci de la même façon que tous les autres corps paramédicaux, c'est-à-dire comme un corps de professionnels qui exercent des actes médicaux en dérogation au monopole médical et doit par conséquent être soumis, lorsqu'il agit à

[163] AUQUIER Louis, *Discussion*, Bull. Académie nationale de médecine, Paris, 2002, t. 187, p. 1512-1513.

visée thérapeutique, à la prescription d'un médecin. Cette nouvelle qualification apparaît donc comme une solution satisfaisante pour les membres de l'Assemblée, qui, de cette manière, ne se sont nullement dédits.

174- Cependant, quelques années plus tard, les décrets du 25 mars 2007 et le développement d'un courant de médecins ostéopathes aux velléités sécessionnistes obligent l'Académie nationale de médecine à abandonner totalement sa doctrine et rejeter définitivement toute idée de rattachement de l'ostéopathie à une activité de santé, qu'elle soit de nature médicale ou paramédicale.

B. L'abandon total de la doctrine visant le rattachement de l'ostéopathie à l'activité médicale

175- En novembre 2002, consciente des difficultés que posent conjointement les termes de la loi du 4 mars 2002 et de l'arrêté du 6 janvier 1962, l'Académie nationale de médecine modifie sa doctrine, par laquelle elle préconisait le rattachement de l'ostéopathie à l'activité médicale. Elle disqualifie ainsi la pratique ostéopathique en simple activité paramédicale, de manière à inciter les pouvoirs publics à consacrer au bénéfice des Docteurs en médecine un contrôle hiérarchique sur l'activité en question et *a fortiori* sur le corps correspondant. Cependant, cinq ans plus tard, la publication des décrets du 25 mars 2007 met à nouveau à mal la stratégie adoptée par la Haute instance médicale. Celle-ci est contrainte de désavouer totalement sa doctrine antérieure et abandonner toute idée de rattachement de la pratique ostéopathique à une quelconque activité de santé, alors même que la Haute juridiction administrative est en passe de reconnaître le particularisme de l'enseignement de l'ostéopathie délivré au sein des Facultés de médecine.

176- Dans la perspective d'expliciter ce point, il est proposé d'exposer, dans un premier temps, les circonstances qui conduisent l'Académie nationale de médecine à désavouer totalement sa doctrine antérieure (a), avant d'aborder, dans un second temps, la question posée par la reconnaissance jurisprudentielle du particularisme de l'enseignement d'ostéopathie délivré dans les Facultés de médecine (b).

a) L'abandon total de la doctrine médicale relative au rattachement de l'ostéopathie à l'activité médicale

177- Près de six mois après l'institution par les décrets du 25 mars 2007 du cadre réglementaire de l'exercice ostéopathique, le Conseil national de l'Ordre des médecins introduit auprès le Conseil d'État une requête aux fins de suspension du décret n° 2007-435 du 25 mars 2007. Il est notamment reproché à celui-ci de donner l'opportunité aux « ostéopathes de pratiquer des actes médicaux, tels l'établissement de diagnostics, sans intervention obligatoire d'un médecin […] (et les autoriser) à apprécier seuls la nécessité d'une prescription ou d'un conseil médical »[164], alors même que la pratique de ces actes par des individus qui ne sont pas titulaires d'un doctorat en médecine revêt la qualification d'exercice illégal de la médecine, au sens des articles L. 4161-1 à L. 4161-6 du Code de la santé publique.

178- Cet argument est particulièrement pertinent. Apprécier la nécessité d'adresser le patient vers un médecin compte tenu des altérations de son état physique ou psychique, mises en évidence au travers de l'observation ou la réalisation d'un examen clinique, n'est-ce pas déjà, dans une certaine mesure, procéder à l'établissement d'un diagnostic positif[165] ? Refusant de se prononcer sur la nature litigieuse de l'ostéopathie, le juge des référés relève alors que le décret en question vise « à donner un cadre, dans l'intérêt de la santé publique, à une activité d'ores et déjà exercée, antérieurement à l'intervention de l'article 75 de la loi du 4 mars 2002 et de ses textes d'application, par de nombreux praticiens qui ne sont pas membres de l'une des professions de santé reconnue par le code de la santé publique »[166] et que sa suspension aurait ainsi « pour effet de revenir à des conditions d'exercice de l'activité d'ostéopathe que le législateur a précisément entendu mieux définir et encadrer dans l'intérêt de la santé publique ». L'urgence n'étant pas considérée comme caractérisée, la requête est logiquement rejetée.

179- De leur côté, les organisations représentatives des ostéopathes exclusifs demandent aux juges du Conseil d'État de procéder à la stricte application de l'arrêté du 6 janvier 1962, au sein duquel les actes exécutés dans le cadre de la pratique de l'ostéopathie sont qualifiés d'actes médicaux, et reconnaître aux ostéopathes exclusifs la qualité de professionnels de santé médicaux. Par un arrêt affirmatif formulé de manière concise et sans interprétation possible, les juges de la Haute juridiction font alors valoir que les termes de l'arrêté en question réservent les traitements dits

[164] CE, réf., 23 mai 2007, n° 305544, inédit au recueil Lebon.

[165] Il peut être utile de préciser que le diagnostic médical se décompose en trois parties : le diagnostic positif dont le but est d'établir la bonne qualification du signe clinique relevé ; le diagnostic différentiel, qui permet l'orientation diagnostique par l'exclusion d'autres signes cliniques et les pathologies les moins probables ; le diagnostic étiologique, par lequel est précisée, dès que possible, la cause du symptôme présenté par le patient.

[166] *Ibid.*

d'ostéopathie à la pratique exclusive des Docteurs en médecine et que « les ostéopathes à titre exclusif [...] n'ont pas le statut de profession médicale »[167]. Ainsi, au début de l'année 2008, l'ensemble des corps professionnels concernés par la pratique ostéopathique, tirant toutes les conséquences de cette jurisprudence, cessent de revendiquer le rattachement de l'ostéopathie à une quelconque activité de santé, qu'elle soit de nature médicale ou paramédicale. Seule l'Académie nationale de médecine ne désavoue pas immédiatement sa doctrine, modifiée en novembre 2002.

180- Cependant, dans le même temps, la direction de l'Université de Dijon entreprend de proposer au sein de sa Faculté de médecine un cursus de médecine ostéopathique, ouvert aux étudiants de médecine de 2e et 3e années et dispensé par des Docteurs en médecine, et ce de manière parallèle à l'enseignement médical. Confrontée à ce courant médical susceptible de conduire à moyen terme à l'érection d'une nouvelle discipline médicale indépendante[168], l'Académie se voit contrainte de dénier totalement sa doctrine antérieure et renoncer définitivement au rattachement de l'ostéopathie à l'activité médicale. Ainsi affirme-t-elle sans détour dans son rapport de novembre 2008 que « l'ostéopathie n'est pas une discipline médicale […], mais une méthode empirique de traitement manuel, entre autres, des dérangements vertébraux mineurs qui, appliquée sans discernement, peut être responsable de complications, notamment au rachis cervical »[169].

181- Après avoir défendu l'ostéopathie en tant que « discipline médicale », puis l'avoir considéré comme une « discipline paramédicale », l'Académie de médecine apprécie l'ostéopathie comme une simple « méthode empirique »[170]. Ce faisant, elle la classe dans la catégorie des pratiques en santé caractérisées par l'absence d'études scientifiques propres à prouver tant l'efficacité des actes mis en œuvre que leur innocuité. Cet abandon doctrinal est peut-être précipité, alors que le Conseil d'État reconnaît peu de temps après, de manière implicite, le particularisme de l'ostéopathie enseignée dans les Facultés de médecine.

---

[167] CE, 1re-6e ss-sect. réunies, 23 janvier 2008, *op. cit.*

[168] Ce qui est le cas aux États-Unis d'Amérique.

[169] MENKES Charles-Joël, *L'ostéopathie n'est pas une discipline médicale*, Bull. Académie nationale de médecine, Paris, 2008, t. 192, p. 1675-1676.

[170] L'Académie fait valoir que l'ostéopathie ne peut pas être « appliquée sans discernement », notamment en raison des conséquences dommageables que peut engendrer une manipulation ostéopathique inappropriée. L'Académie cherche à convaincre de la carence scientifique qui caractérise l'exercice des ostéopathes exclusifs, alors que les Facultés de médecine sont pourvues de centres de recherche en santé.

b) Un abandon précipité au regard de la reconnaissance implicite du particularisme de l'enseignement de l'ostéopathie délivré dans les Facultés de médecine

182- En novembre 2008, l'Académie nationale de médecine affirme haut et fort que l'ostéopathie n'est pas une discipline médicale et consiste en une méthode empirique particulière de traitement manuel. Cette doctrine de la Haute instance médicale abonde parfaitement dans le sens des termes de l'article 75 de la loi du 4 mars 2002 et de l'article 4 du décret n° 2007-435 du 25 mars 2007, qui ne soustraient pas les Docteurs en médecine, aux fins d'exercice de l'ostéopathie, à l'obligation de titularité d'un diplôme spécifique à la matière. Cependant, si le corps médical n'est pas pourvu d'une habilitation générale et inconditionnelle à exercer l'ostéopathie, rien ne justifie alors qu'une Faculté de médecine délivre ès qualité des diplômes permettant l'exercice de cette pratique en santé.

183- De toute évidence, la délivrance des diplômes d'ostéopathie constitue un important enjeu de pouvoir pour les corps professionnels concernés. Cela explique pourquoi les ostéopathes exclusifs, par la voix du SNOF et l'AFO, demandent promptement après la publication des décrets du 25 mars 2007 l'annulation d'une circulaire « par laquelle le Conseil national de l'Ordre des médecins a reconnu comme diplômes interuniversitaires sanctionnant une formation spécifique à l'ostéopathie et ouvrant droit à l'usage du titre d'ostéopathe au sens de l'article 4-1 du décret n° 2007-435 du 25 mars 2007, les diplômes de médecine manuelle – ostéopathie (DIU) délivrés par […] (seize universités[171] au motif que) les articles 2 et 5 du décret n° 2007-437 du 25 mars 2007 imposent une formation théorique et pratique de 1 225 heures, alors que les diplômes de médecine manuelle reconnus par le conseil national de l'Ordre des médecins proposent des formations de 200 à 300 heures réservées uniquement à des médecins »[172].

184- Il convient de rappeler qu'à cette époque la doctrine de l'Académie nationale de médecine relative au rattachement de l'ostéopathie à l'activité médicale n'a pas encore été modifiée et les ostéopathes exclusifs ne peuvent contester la formation délivrée par les Facultés de médecine qu'en raison de son insuffisance supposée au regard des exigences requises pour l'exercice sécuritaire de l'ostéopathie. Le juge des référés considérant l'urgence non caractérisée, l'affaire est renvoyée devant la formation contentieuse du Conseil d'État, qui affirme le 28 mars 2008 qu'« il appartient au Conseil national de l'Ordre des médecins de reconnaître les diplômes universitaires ou interuniversitaires sanctionnant une formation en ostéopathie, délivrés par une université de médecine, dont la détention autorise les professionnels de santé mentionnés au 1° de l'article 4 du

[171] Ces universités sont celles d'Aix-Marseille, Bobigny-Paris XIII, Bordeaux, Caen, Dijon, Grenoble, Lille, Lyon, Paris V, Paris VI, Reims, Rennes, Saint-Étienne, Strasbourg, Toulouse et Tours.

[172] CE, réf., 25 mars 2008, n° 314318, inédit au recueil Lebon ; CE, réf., 25 mars 2008, n° 314375, inédit au recueil Lebon.

décret nº 2007-435 à faire usage du titre d'ostéopathe et que les universités qui délivrent ces diplômes sont agréées de plein droit […] (et) qu'il suit de là que le pouvoir réglementaire a nécessairement admis l'équivalence entre ces diplômes et la formation spécifique en ostéopathie définie par l'article 2 du décret nº 2007-437 du 25 mars 2007 »[173].

185- Cependant, neuf mois et demi plus tard, l'article 64 de la loi du 21 juillet 2009[174] modifie les termes de l'article 75 de la loi du 4 mars 2002 et impose aux études préparatoires au diplôme d'ostéopathie une durée minimale de 3 520 heures. Le SNOF réitère sa demande auprès l'instance ordinale médicale nationale, puis introduit une nouvelle requête auprès le Conseil d'État dans le but de faire annuler « pour excès de pouvoir la décision du 10 septembre 2009 par laquelle le Conseil national de l'Ordre des médecins a refusé d'abroger sa décision du 21 février 2008 reconnaissant comme diplômes ouvrant droit à l'usage professionnel du titre d'ostéopathe les DIU et DU de médecine manuelle — ostéopathie délivrés »[175] par les Facultés de médecine sus-mentionnées, au motif que les formations dispensées ne remplissent pas la nouvelle condition légale de durée minimale des études.

186- Le Conseil d'État fait valoir le 24 septembre 2010 que « les dispositions [...] de l'article 75 de la loi du 4 mars 2002, éclairées par les travaux parlementaires ayant conduit à leur adoption, avaient pour objet exclusif de régir la situation des personnes exerçant, ou ayant l'intention d'exercer, la profession d'ostéopathe à titre exclusif, et non de celles ayant par ailleurs la qualité de médecin […] (et que) dès lors la décision du 21 février 2008 du Conseil national de l'Ordre des médecins ne porte que sur l'usage professionnel du titre d'ostéopathe par des médecins, elle ne méconnait pas les nouvelles dispositions de la loi du 21 juillet 2009 »[176]. De la sorte, la Haute juridiction affirme de manière implicite que les membres du corps médical ne sont pas soumis aux mêmes obligations que les autres praticiens en matière de formation initiale en ostéopathie, en raison de leur exclusion de l'application de la disposition légale relative à l'exercice de la pratique ostéopathique !

187- Il semble donc nécessaire d'admettre que la formation d'ostéopathie délivrée dans les Facultés de médecine est marquée d'un fort particularisme, ce qui peut conduire à penser qu'il existerait une ostéopathie médicale, exercée par les Docteurs en médecine, qu'il conviendrait de distinguer d'une ostéopathie non médicale, mise en œuvre par les masseurs-kinésithérapeutes et les ostéopathes exclusifs. Pourtant, l'Académie de médecine persiste à dénier le rattachement de l'ostéopathie à la

---

[173] CE, 1re-6e ss-sect. réunies, 8 octobre 2008, nº 312843, inédit au recueil Lebon.

[174] Loi nº 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF nº 167 du 22 juillet 2009, texte nº 17.

[175] CE, 1re-6e ss-sect. réunies, 24 septembre 2010, nº 332391, publié au recueil Lebon.

[176] *Ibid.*

médecine et à la qualifier de simple méthode empirique de traitement.

188- La confusion entre le masseur-kinésithérapeute et l'ostéopathe procède de l'histoire commune de ces deux corps professionnels, leur scission juridique tardive et la distinction inaboutie de leurs champs professionnels. Cette confusion reste d'actualité. Elle et la concurrence qu'elle génère entre les corps professionnels constituent l'objet du chapitre suivant.

Chapitre 2 : Une confusion persistante, source d'une concurrence entre les corps professionnels

189- Le chapitre précédent a permis de mettre en exergue les origines de la confusion qui règne entre le masseur-kinésithérapeute et l'ostéopathe, laquelle résulte de l'histoire commune des deux corps professionnels. Or, cet imbroglio n'a jamais été totalement dissipé, et ce en dépit de l'entrée en vigueur de l'article 75 de la loi du 4 mars 2002 et de l'édiction des décrets du 25 mars 2007, qui ont esquissé ensemble les champs professionnels supposés distinctifs de l'ostéopathe.

190- En effet, bien que ce professionnel soit défini par un domaine de compétences constitué des troubles fonctionnels, des champs d'intervention comprenant les approches musculo-myo-fasciale, crânienne et viscérale et un champ de pratiques composé de la manipulation et la mobilisation, il reste malaisé à distinguer du masseur-kinésithérapeute. Cette difficulté est d'autant plus évidente que le patient possède la possibilité, pour un grand nombre de motifs, de consulter au choix l'un ou l'autre de ces praticiens. Par ailleurs, quel que soit son choix, il pourra bénéficier de la réalisation d'actes thérapeutiques similaires, voire identiques. Dans ces conditions, rien ne s'oppose à affirmer que l'ostéopathe et le masseur-kinésithérapeute s'imposent l'un et l'autre une concurrence.

191- La réalité de la concurrence qui résulte de la confusion entre le masseur-kinésithérapeute et l'ostéopathe doit être démontrée. À cette fin, il doit être examiné, dans une première section, la confusion des champs professionnels du masseur-kinésithérapeute et de l'ostéopathe (section 1), puis étudié, dans une seconde section, la réponse qui est apportée à la concurrence subséquente par le Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes (section 2).

Section 1 : La confusion actuelle des champs professionnels masso-kinésithérapiques et ostéopathiques

192- L'étude comparative des cadres d'exercice professionnels respectifs permet d'affirmer que le masseur-kinésithérapeute et l'ostéopathe possèdent des champs professionnels d'une telle proximité qu'ils tendent à être confondus.

193- D'ailleurs, cette confusion s'exacerbe sous l'effet de deux facteurs. Le premier facteur réside dans la titularité, par de nombreux professionnels, concomitamment du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute et d'un diplôme d'ostéopathie. Ceux-ci peuvent exercer, de manière alternative ou cumulative, des actes thérapeutiques appartenant à l'un ou l'autre des champs de pratiques considérés. Le second facteur consiste en le rapprochement récent des conditions d'exercice des deux corps professionnels.

194- Néanmoins, de notables éléments distractifs restent encore à l'œuvre. Ce sont l'obligation faite au masseur-kinésithérapeute, lorsqu'il agit dans un but thérapeutique, de pratiquer son art sur la prescription d'un médecin, alors que l'ostéopathe est pourvu de la première intention, et l'absence de prise en charge par l'Assurance maladie des soins d'ostéopathie, que le patient détienne ou non une ordonnance rédigée à cette intention et quel que soit le professionnel qui les exécute.

195- L'appréhension de la consistance de la confusion actuelle entre le masseur-kinésithérapeute et l'ostéopathe invite à comparer, dans un premier temps, les champs des deux corps professionnels et mettre en exergue la difficulté qu'il existe à les distinguer (paragraphe 1), puis à expliquer, dans un second temps, en quoi cette confusion est renforcée par le rapprochement des modalités d'exercice et de formation des corps considérés (paragraphe 2).

Paragraphe 1 : La difficile distinction des champs professionnels du masseur-kinésithérapeute et de l'ostéopathe

196- La mise en perspective des champs professionnels du masseur-kinésithérapeute et de ceux de l'ostéopathe doit vraisemblablement s'appuyer sur la proposition effectuée dans l'introduction de cette thèse et ainsi se fonder sur le triptyque qu'est le domaine de compétences professionnel, qui précise les spécificités de l'intervention du praticien en termes des missions qui lui sont confiées, les actes emblématiques qu'il est habilité à exécuter ou les troubles qui engagent sa compétence ; les champs d'intervention, qui circonscrivent les actions du praticien dans un ou plusieurs systèmes du corps humain ; le champ de pratiques, qui regroupe l'ensemble des actes que le praticien est expressément habilité à exécuter.

197- En tout état de cause, l'analyse conduite nous enseigne que les pouvoirs publics n'ont pas déterminé les champs professionnels de l'ostéopathe de manière à ce qu'ils se distinguent nettement de ceux du masseur-kinésithérapeute et, en conséquence, les deux corps professionnels sont placés en situation de concurrence. Afin de démontrer ce point, il est proposé de comparer, dans un premier temps, leurs domaines de compétences (A), avant de mettre en perspective, dans un second temps, leurs champs de pratiques (B).

A. Le caractère indistinct des domaines de compétences

198- L'étude comparative des domaines de compétences respectifs du masseur-kinésithérapeute et de l'ostéopathe oblige à rappeler les termes de l'article 1er du décret no 2007-435 du 25 mars 2007, qui dispose que « les praticiens justifiant d'un titre d'ostéopathe sont autorisés à pratiquer des manipulations ayant pour seul but de prévenir ou remédier à des troubles fonctionnels du corps humain ». Considérant la typologie qui a été proposée dans l'introduction de cette thèse, « les troubles fonctionnels » constituent le domaine de compétences de l'ostéopathe. Or, la notion considérée, difficile à circonscrire, tend à se confondre avec « des déficiences et des altérations des capacités fonctionnelles » du domaine de compétences du masseur-kinésithérapeute.

199- Afin de mettre en évidence le caractère indistinct des domaines de compétences du masseur-kinésithérapeute et de l'ostéopathe, il sera étudié, dans un premier temps, la consistance et l'étendue

du domaine de compétences de l'ostéopathe (a), puis examiné, dans un second temps, les difficultés qu'il existe à distinguer celui-ci du domaine de compétences du masseur-kinésithérapeute (b).

a) La consistance incertaine du domaine de compétences de l'ostéopathe

200- Le domaine de compétences ostéopathique est défini à l'article 1er du décret no 2007-435 du 25 mars 2007. En vertu de celui-ci, l'ostéopathe est habilité « à pratiquer des manipulations ayant pour seul but de prévenir ou de remédier à des troubles fonctionnels du corps humain, à l'exclusion des pathologies organiques ». Cette rédaction interroge, notamment en ce qu'elle semble opposer les troubles fonctionnels et les affections organiques[177].

201- En effet, une lecture littérale et quelque peu hâtive de l'article en question laisse supposer qu'une parfaite et totale distinction doit être opérée entre les troubles fonctionnels et les affections organiques. Le juriste semble alors relever une alternative : soit l'affection est qualifiée d'organique et est du ressort du médecin, soit le trouble est fonctionnel et le patient doit être pris en charge par l'ostéopathe. En ce sens, le domaine de compétences de l'ostéopathe peut apparaître *a priori* défini de manière résiduelle par rapport à celui du médecin. Toutefois, il convient de ne pas se précipiter et se garder de procéder à une analyse aussi simpliste.

202- En effet, de nombreuses pathologies organiques se manifestent dans le tout premier temps par des troubles fonctionnels. Les notions de « troubles fonctionnels » et de « pathologies organiques » ne peuvent ainsi pas être si nettement opposées. Pour cette raison, la formule centrale « des troubles fonctionnels du corps humain, à l'exclusion des pathologies organiques » apparaît totalement inadaptée. Cependant, puisque les vocables utilisés sont dans le domaine médical appropriés, ne doit-il pas être considéré que l'inadaptation révélée résulte plutôt de l'emploi de la formule « à l'exclusion de » ? En effet, l'utilisation d'une formule plus explicite, telle que notamment « ayant pour seul but de prévenir ou de remédier à des troubles fonctionnels du corps humain […] (hors des cas où ceux-ci peuvent être provoqués par) des pathologies organiques » aurait clarifié l'analyse du domaine de compétences de l'ostéopathe et empêché toute interprétation erronée.

203- Manifestement, l'analyse téléologique de l'article 1er du décret no 2007-435 du 25 mars 2007 oblige à comprendre que le pouvoir réglementaire n'a nullement souhaité établir une répartition des

[177] Les affections organiques doivent être considérées largement, puisque l'organe est selon le Dictionnaire de l'Académie nationale de médecine une « structure anatomique constituée de différents tissus en vue d'une fonction déterminée ». Cette acception centre la notion d'affection organique sur la lésion tissulaire objectivable, qui devient alors attractive. Est interdite toute intervention ostéopathique en présence d'une lésion tissulaire objectivée ou suspectée.

motifs de consultation entre le domaine de compétences des médecins et celui des ostéopathes, mais plutôt imposer une limite remarquable à la pratique de l'ostéopathie en première intention. Reste toutefois la question de la première consultation réalisée par l'ostéopathe en l'absence de diagnostic médical préalable, alors qu'il ne peut être aucunement préjugé à un stade précoce de l'origine des troubles fonctionnels présentés par le patient. Le Conseil national de l'Ordre des médecins et l'Académie nationale de médecine ont dénoncé ce point épineux de l'exercice de l'ostéopathie tout de suite après l'édiction des décrets du 25 mars 2007, déplorant que « sous prétexte de l'appellation d'ostéopathie fonctionnelle, on puisse dispenser de cette pratique de tout recours aux examens médicaux et autres précautions indispensables dès qu'un patient se plaint de troubles, même fonctionnels »[178]. Au soutien de cette affirmation, ils rappellent que « plus un trouble est fonctionnel, plus il exige un acte diagnostique difficile et lourd de conséquences qui exige une bonne formation médicale et une bonne expérience de la pathologie générale »[179].

204- Afin d'apprécier la consistance du domaine de compétences ostéopathique, il convient donc de questionner la notion de « troubles fonctionnels ». L'Académie nationale de médecine affirme qu'ils constituent des « plaintes portant sur le fonctionnement d'un ou de plusieurs organes (sphère digestive, cardio-vasculaire, ORL, etc.) sans lésions anatomiques qui en rendent compte »[180]. La jurisprudence, quant à elle, appréhende indistinctement la notion et l'utilise pour qualifier tous les troubles de la fonction, y compris ceux ayant pour origine une atteinte organique[181]. Par ailleurs, une recherche dans le corpus juridique codifié permet de mettre en évidence sept occurrences de la formule, lesquelles figurent dans le Code de la santé publique, le Code de la sécurité sociale, le Code de l'action sociale et des familles, le Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre et le Code rural et de la pêche maritime. À cinq reprises[182], la notion renvoie à l'altération d'une fonction particulière[183], la plupart du temps survenue dans un contexte de maladie chronique ou d'accident[184], nécessitant l'application d'un barème de calcul de handicap ou d'invalidité[185]. À

[178] Conseil national de l'Ordre des médecins, *À propos des nouveaux décrets réglementant la pratique de l'ostéopathie* [en ligne], publié le 3 avril 2007, [consulté le 20 août 2018], https://www.conseil-national.medecin.fr/article/propos-des-nouveaux-decrets-reglementant-la-pratique-de-l-osteopathie-605/

[179] *Ibid.*

[180] Académie nationale de médecine, *Dictionnaire*, *op. cit.*

[181] À titre d'exemple, la Cour d'appel de Versailles, dans son arrêt du 23 novembre 2017 relatif aux préjudices consécutifs à l'exposition au Distilbène, énumère une liste de troubles fonctionnels génitaux ; la Cour d'appel de Pau, dans son arrêt 13 avril 2017, évoque un trouble fonctionnel respiratoire présent chez un patient présentant un adénocarcinome pulmonaire.

[182] Respectivement, trois fois dans le Code de la sécurité sociale, une fois le Code de l'action sociale et des familles et une fois dans le Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre.

[183] Telles les fonctions phonatrice, respiratoire et locomotrice.

[184] Ce qui constitue des affections organiques.

[185] Pour plus d'informations, *cf.* Barème indicatif d'invalidité (accident du travail) annexé à l'article R. 434-32 du Code de la sécurité sociale ; le tableau 25 des maladies professionnelles annexé à l'article R. 461-3 du Code de la sécurité

deux reprises, « les troubles fonctionnels » concernent directement le domaine de compétences ostéopathique[186]. Ainsi, l'étude des articles en question ne permet pas de révéler d'élément propre à étayer une quelconque ébauche de définition juridique de la notion de « troubles fonctionnels ». Bien au contraire, ces occurrences troublent davantage la notion, puisqu'elles établissent un lien étroit entre les troubles fonctionnels et des affections organiques.

205- En définissant le domaine de compétences de l'ostéopathe au travers de la notion de « troubles fonctionnels », les pouvoirs publics n'ont donc pas effectué un choix très pertinent. La notion est incertaine et reste difficile à circonscrire. La distinction opérée avec les pathologies organiques a vraisemblablement eu pour objet de limiter les éventuelles revendications des ostéopathes exclusifs relatives à l'extension de leurs champs professionnels. De cette manière, les pouvoirs publics ont, semble-t-il, surtout recherché à préserver l'intégrité du domaine de compétences du corps médical. Les masseurs-kinésithérapeutes n'ont manifestement pas bénéficié d'une telle attention, puisque leur domaine de compétences se confond aujourd'hui partiellement avec celui des ostéopathes.

b) La confusion des domaines de compétences masso-kinésithérapique et ostéopathique

206- Le décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 institue pour l'ostéopathe un domaine de compétences sensiblement élargi, puisque celui-ci est constitué des « troubles fonctionnels », notion qui n'est ni définie ni véritablement limitée par la notion d'« affections organiques ». À bien des égards, ce domaine se confond partiellement avec celui du masseur-kinésithérapeute, ce dont résulte une situation de concurrence entre les deux corps professionnels.

207- Il doit tout d'abord être rappelé que l'exercice quotidien des masseurs-kinésithérapeutes n'a pas été, durant de nombreuses années, totalement conforme au domaine de compétences masso-kinésithérapique, tel que défini en 1946. En effet, le corps professionnel a considérablement évolué depuis cette date, dépassant largement son simple rôle d'effecteur de massages et de séances de gymnastique médicale. Or, dans la mesure où l'ensemble de ces évolutions pratiques ont été prises en compte au début de l'année 2016 au sein d'une réforme d'envergure, il apparaît plus pertinent de comparer le domaine de compétences ostéopathique inscrit à l'article 1er du décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 au domaine de compétences du masseur-kinésithérapeute, défini au sein de l'article

sociale, repris en annexe du code ; le guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées présent à l'annexe 2-4 du Code de l'action sociale et des familles ; à l'article 10 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, relatif aux degrés de pourcentage d'invalidité.

[186] Soit dans le Code de la santé publique et le Code rural et de la pêche maritime, lesquels réglementent l'ostéopathie à destination, respectivement, de la personne humaine et des espèces animales.

L. 4321-1 du Code de la santé publique, dans sa rédaction issue de la loi du 26 janvier 2016, ce qui oblige à anticiper quelque peu les développements ultérieurs[187].

208- En effet, à partir du 26 janvier 2016, les fondements de la pratique de la masso-kinésithérapie sont totalement renouvelés. Le domaine de compétences du corps professionnel correspond alors à « la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement : 1° Des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne ; 2° Des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles ». À cette occasion, la compétence particulière du masseur-kinésithérapeute à intervenir auprès des patients présentant des affections à retentissement clinique sur les capacités fonctionnelles est reconnue. Or, la notion de « capacités fonctionnelles » peut être questionnée. En effet, l'absence de définition au sein du corpus juridique oblige à se tourner vers le dictionnaire de l'Académie nationale de médecine. La définition qui y est formulée de l'« incapacité » invite alors à penser que les « capacités fonctionnelles » regroupent l'ensemble des fonctions susceptibles d'être mises en œuvre pour accomplir une tâche assignée[188].

209- La question de la distinction à opérer entre les « déficiences ou […] altérations des capacités fonctionnelles », dont le traitement est entrepris par le masseur-kinésithérapeute, et les « troubles fonctionnels du corps humain » pris en charge par l'ostéopathe reste alors plus que jamais ouverte. Si la distinction entre ces domaines de compétences peut être considérée d'un point de vue sémantique comme acquise, l'absurdité à laquelle conduit l'analyse des notions correspondantes doit être relevée. En effet, s'il est pris comme postulat de départ que les pouvoirs publics ont bien pris la peine d'établir des domaines de compétences distincts l'un de l'autre, il peut être compris à l'aune de ceux-ci que l'ostéopathe n'intervient qu'auprès du patient qui présente un trouble qui retentit sur une fonction, mais n'altère pas la capacité du patient à exécuter une tâche déterminée, alors que le masseur-kinésithérapeute prend en charge le patient présentant un trouble objectivé par l'exécution altérée ou déficitaire d'une tâche déterminée. Dans une telle hypothèse, l'expression clinique du trouble apparaît déterminante. Ainsi, antérieurement à la survenue de l'altération ou du déficit de la capacité fonctionnelle, propre d'ailleurs à permettre de supposer la présence d'une affection organique, l'ostéopathe pourrait intervenir auprès du patient, alors qu'après la survenue de l'altération de la capacité à exécuter une tâche déterminée, le masseur-kinésithérapeute serait investi d'une compétence thérapeutique exclusive.

---

[187] La réforme de la définition de la profession de masseur-kinésithérapeute est étudiée *infra*. Pour plus de précisions, *cf.* Paragraphe 1 : Le domaine de compétences renouvelé du masseur-kinésithérapeute, p. 342.

[188] L'incapacité fonctionnelle est définie selon l'Académie de médecine comme l'« incapacité qui caractérise une fonction ou un individu devenus incapables d'accomplir la tâche assignée » (*cf.* Académie nationale de médecine, *Dictionnaire*, *op. cit.)*. Par une interprétation *a contrario,* il peut être considéré que les « capacités fonctionnelles » regroupent l'ensemble des fonctions que l'individu est susceptible de mettre en œuvre pour accomplir une tâche assignée.

210- Une telle analyse est profondément erronée et plusieurs éléments permettent de l'établir. Déjà, depuis la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique[189], « une véritable culture de la prévention »[190] est développée au sein du système de santé français et le masseur-kinésithérapeute est désormais investi de cette compétence préventive[191]. S'il lui appartient par conséquent de mettre en œuvre des actions visant à limiter les probabilités de survenue ou les retentissements potentiels de pathologies susceptibles d'engendrer des altérations ou déficits des capacités fonctionnelles, son domaine de compétences recouvre alors nécessairement les troubles fonctionnels inauguraux. C'est donc à tort qu'il peut être supposé que les masseurs-kinésithérapeutes ne peuvent intervenir qu'une fois établi le déficit ou l'altération d'une capacité fonctionnelle.

211- Par ailleurs, de nombreux ostéopathes prennent désormais en charge tous les patients qui les sollicitent, malgré la présence potentielle ou avérée d'affections organiques. Véritables acteurs de première intention, le contrôle *a priori* du respect de leur domaine de compétences est irréalisable. À cet égard, les organisations représentatives des ostéopathes exclusifs[192] invitent les patients à consulter un ostéopathe en cas de dysphagie[193] ou de dysphonie[194], alors que dans la grande majorité des cas, ces troubles suggèrent l'existence hautement probable d'une affection organique, dont certaines peuvent engager à moyen terme le pronostic vital du patient. Également, la consultation d'un ostéopathe est préconisée en cas d'entorse, d'accident musculaire, de torticolis et dans les suites d'un traumatisme cervical en extension, autrement dénommé « coup du lapin ». Or, dans toutes ces situations, c'est sans ambiguïté que le motif qui conduit à la consultation de l'ostéopathe n'est non pas l'affection en elle-même, mais bel et bien les limitations des capacités fonctionnelles subséquentes !

212- De toute évidence, si les pouvoirs publics ont réellement entrepris de déterminer pour chacun un domaine de compétences qui puisse avoir un caractère distinctif, ils ont totalement échoué. En tout état de cause, l'étude des champs de pratiques respectifs des deux corps professionnels ne permet pas davantage de les distinguer.

---

[189] Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, JORF n° 185 du 11 août 2004, texte n° 4.

[190] CRISTOL Danièle, « Prévention et santé publique dans la loi HPST », *RDSS*, 2009, p. 832.

[191] La prévention a été intégrée à son domaine de compétences par l'article 123 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, *op. cit.*

[192] Registre des ostéopathes de France, *Champs d'application de l'ostéopathie* [en ligne], [consulté le 25 août 2018], https://www.osteopathie.org/100-pourquoi-consulter-champs-d-application-de-l-osteopathie.html/

[193] La dysphagie est un trouble du transit du bol alimentaire de la cavité buccale à l'estomac. Avant de poser un diagnostic de dysphagie fonctionnelle, le corps médical s'assure de l'absence de tout processus expansif propre à générer un obstacle mécanique à la progression du bol alimentaire dans l'œsophage.

[194] La dysphonie est un trouble de la voix qui peut avoir des origines très variées, anatomiques et physiopathologiques.

B. Le caractère indistinct des champs de pratiques

213- L'histoire de l'introduction et du développement du champ de pratiques ostéopathique dans le système de santé français enseigne que le corps des ostéopathes s'est progressivement formé à partir du corps des masseurs-kinésithérapeutes, mais n'est jamais parvenu à s'en dissocier totalement. Ainsi, durant des décennies, un champ de pratiques particulier a été partagé par les deux corps professionnels. Cette communauté, toujours actuelle, engendre d'importantes difficultés, car si certains auteurs préconisent que les professionnels intervenant dans le système de santé soient désormais définis par les missions qui leur sont confiées[195], les actes que les membres de ces corps sont habilités à mettre en œuvre quotidiennement demeurent des éléments essentiels et déterminants de leur identité professionnelle.

214- La confusion des champs de pratiques de l'ostéopathe et du masseur-kinésithérapeute apparaît donc fortement pernicieuse. Afin de mettre en exergue cette confusion et expliciter la concurrence dont elle est notamment à la source, il convient de se pencher, dans un premier temps, sur la manipulation, que d'aucuns regardent comme l'acte emblématique et distinctif du champ de pratiques ostéopathique (a), avant de s'attarder dans un second temps, sur les mobilisations, actes pratiques communs aux deux corps professionnels (b).

a) De la consistance de la manipulation, acte emblématique et supposé distinctif du champ de pratiques ostéopathique

215- De prime abord, l'acte de manipulation constituerait un élément distinctif efficace du champ de pratiques ostéopathique, notamment vis-à-vis du champ masso-kinésithérapique. En effet, l'article 1er du décret no 2007-435 du du 25 mars 2007 permet à l'ostéopathe aux fins de traitement des troubles fonctionnels d'« effectue(r) des actes de manipulations et mobilisations non instrumentales, directes et indirectes, non forcées », alors qu'interdiction expresse est encore faite au masseur-kinésithérapeute, en vertu de l'arrêté du 6 janvier 1962, de pratiquer des manipulations.

216- Cependant, la manipulation n'a jamais bénéficié d'une définition dans le corpus juridique, ce qui nuit à la correcte appréhension du champ de pratiques ostéopathique. Seules ont été précisées des caractéristiques essentielles des manipulations ostéopathiques, qui sont « musculo-squelettiques et myo-fasciales, (mais restent) exclusivement manuelles et externes ». Afin de circonscrire ce que recouvre la manipulation ostéopathique, l'attention doit être portée vers les éléments anatomiques

[195] MORET-BAILLY Joël, *op. cit.*

sur lesquels sont pratiqués ces actes. Les termes « manuelles et externes » peuvent être ignorés, puisqu'ils constituent uniquement des modalités d'exécution et sont, à ce titre, non discriminants.

217- La notion « musculo-squelettique » n'est pas explicitement définie. S'il est aisé de comprendre qu'il est ici question du rapport entre le muscle et le squelette, comment appréhender cet adjectif lorsqu'il est rattaché au vocable « manipulation » ? Doit-il être considéré que la manipulation a pour vecteur le muscle et pour finalité la structure osseuse, ou convient-il d'appréhender globalement la notion et considérer uniquement ce qui est fonctionnellement déterminant dans leur relation, en d'autres termes l'articulation[196] ? Si le second choix est opéré, « musculo-squelettique » équivaut à « articulaire » et il devient alors aisé de comprendre à quel acte pratique correspond exactement la manipulation musculo-squelettique.

218- Une approche similaire n'est cependant pas envisageable pour la notion « myo-fasciale ». En effet, l'adjectif évoque les fascias, qui correspondent à des membranes fibroélastiques recouvrant ou enveloppant toute structure anatomique, et notamment chaque muscle du corps humain. Reliés entre eux, ils constituent un vaste réseau conjonctif particulièrement complexe, qui chemine du sommet du crâne au bout des orteils, de la profondeur à la superficie[197]. Ainsi, l'adjectif « myo-fascial » invite à étudier le rapport entre les systèmes musculaire et fascial et, par ailleurs, à considérer la manipulation myo-fasciale comme un acte pratique nécessairement appliqué sur un ou plusieurs fascias et le ou les muscles associés. Un nombre important d'actes peuvent alors être rattachés à la notion de « manipulation myo-fasciale ».

219- De nombreuses institutions publiques se sont prononcées sur les difficultés engendrées par l'imprécision du champ de pratiques ostéopathique. La Haute Autorité de Santé, chargée par le pouvoir réglementaire d'établir des recommandations de bonnes pratiques, a décliné à plusieurs reprises sa compétence en la matière, ce qui a notamment été relevé par le Gouvernement pour justifier du retard pris dans l'édiction des décrets relatifs à l'article 75 de la loi du 4 mars 2002[198]. L'Inspection générale des Affaires sociales, quant à elle, a déploré « les insuffisances de la réglementation actuelle, ses ambiguïtés et son manque de précision »[199], dus à la confusion qui « porte sur la nature même de l'ostéopathie et de sa pratique ». L'Inspection souligne aussi bien

---

[196] Le muscle s'insère sur au moins deux os. La présence d'une articulation permet ainsi à la force générée par la contraction musculaire de mouvoir un os par rapport à l'autre.

[197] PAOLETTI Serge, *Les fascias, Rôle des tissus dans la mécanique humaine,* 3e éd., Paris, Sully, 2011.

[198] Les juges du Conseil d'État avaient précisé dans un arrêt du 9 mai 2006 que « l'adoption des recommandations de bonnes pratiques ainsi prévues ne constitue pas, contrairement à ce qui est allégué par le ministre dans sa défense, un préalable nécessaire à l'édiction des décrets d'application ».

[199] DURRAFOURG Michel et VERNEREY Michel, *Le dispositif de formation à l'Ostéopathie*, Paris, La Documentation française, avril 2010, RM2010-030P, p. 41.

l'absence de consensus que l'impossibilité d'y parvenir, faisant valoir qu'« aucune instance reconnue n'est apparue capable de produire une définition consensuelle de l'ostéopathie. La Haute Autorité de Santé a rechigné à se lancer dans cette aventure ; l'Académie de médecine a exprimé les plus grandes réserves quant à la reconnaissance médicale de l'ostéopathie ; enfin, aucune société savante n'est apparue susceptible de produire un discours scientifique sur une discipline qui n'existe pas au sein des facultés de médecine en dehors des seuls diplômes universitaires et avec les limites propres à ce type de formation »[200].

220- À bien des égards, le législateur « a légitimé l'usage du titre professionnel d'ostéopathe sans en donner de définition » et le pouvoir réglementaire « a défini les actes d'ostéopathie en des termes relativement généraux, qui prêtent eux-mêmes à discussion et permettent des interprétations variées »[201]. Cependant, à leur décharge, « les pouvoirs publics ont défini un cadre réglementant l'exercice et la formation des ostéopathes dans des conditions difficiles du fait de l'absence de définition précise de l'ostéopathie et de l'importance des pressions exercées par les organisations représentant les professionnels de cette discipline, quels que soient leur statut et leur position »[202].

221- En 2012, l'INSERM a constaté à son tour les difficultés engendrées par l'absence de définition précise de la manipulation. L'institut écrit alors que « pour les uns, ce terme englobe l'ensemble des thérapies manipulatives vertébrales regroupant une multitude d'approches thérapeutiques (techniques de tissus mous, mobilisations, manipulations avec impulsion...). D'autres réservent ce terme à la manipulation avec impulsion de très faible amplitude et de très haute vélocité (HVBA), exercées sur un segment spinal spécifique »[203].

222- L'absence de définition juridique de l'acte de manipulation empêche manifestement toute appréhension certaine de la notion, qui ne peut en conséquence utilement caractériser le champ de pratiques ostéopathique et le distinguer du champ masso-kinésithérapique. La limite entre ceux-ci est particulièrement ténue, d'autant plus qu'il existe entre eux une communauté d'actes pratiques, à savoir les mobilisations.

---

[200] *Ibid.* p. 14.

[201] *Ibid.* p. 42.

[202] *Ibid.* p. 3.

[203] BARRY Carole et FALISSARD Bruno, « Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'Ostéopathie » , *Rapport de l'INSERM*, 30 avril 2012, p. 135.

b) La mobilisation, acte générique commun participant fortement à la confusion entre les champs de pratiques masso-kinésithérapique et ostéopathique

223- En vertu des articles R. 4321-4 du Code de la santé publique[204] et 1er du décret no 2007-435 du 25 mars 2007[205], le masseur-kinésithérapeute et l'ostéopathe sont tous deux habilités à pratiquer des actes de mobilisation. Bien que cet acte pratique n'est aucunement défini dans le corpus juridique, la notion correspondante n'a jamais posé de véritable difficulté d'interprétation et sa communauté de pratique n'a jamais été remise en question. Ainsi, pour beaucoup, il semble logique que l'acte de mobilisation soit partagé par le masseur-kinésithérapeute et l'ostéopathe.

224- Trois éléments peuvent être évoqués pour tenter d'expliquer cette situation particulière. Il s'agit de l'histoire commune des deux corps professionnels, la visée fonctionnelle[206] de l'acte en lui-même, tel qu'il ressort de la définition qui en est donnée par l'Académie nationale de médecine, c'est-à-dire l'« action de faire bouger de façon volontaire ou de façon passive les différentes parties du corps, membre ou articulation, pour leur rendre une fonction normale »[207], et l'appréhension de l'acte de mobilisation en tant qu'acte préalable à toute manipulation, et qui peut éventuellement remplacer cette dernière, lorsque toutes les conditions de réalisation de la manipulation ne sont pas réunies.

225- Pourtant, ce partage d'actes est la source d'une importante confusion du champ de pratiques de l'ostéopathe avec celui du masseur-kinésithérapeute. En effet, puisque durant cinquante-six ans la pratique des mobilisations est réservée aux masseurs-kinésithérapeutes, l'habilitation donnée aux ostéopathes d'exécuter ces actes est réalisée au détriment du corps des masseurs-kinésithérapeutes, c'est-à-dire par empiétement sur son champ de pratiques. D'aucuns s'insurgeront certainement contre cette analyse. Pourtant, elle apparaît fondée. D'ailleurs, cet empiétement tend aujourd'hui à s'exacerber. Aux fins de justifier ce point, il peut notamment être relevé le développement de ce qui est dénommé l'« ostéopathie douce »[208], pratique qui exclut tout recours à la manipulation et est

[204] L'article R. 4321-4 du Code de la santé publique dispose qu'aux fins de réalisation de la gymnastique médicale, « le masseur-kinésithérapeute utilise [...] des actes de mobilisation articulaire passive, active, active aidée ou contre résistance, à l'exception des techniques ergothérapiques ».

[205] Le second alinéa de l'article 1er du décret no 2007-435 du 25 mars 2007 affirme que « pour la prise en charge de ces troubles fonctionnels, l'ostéopathe effectue des actes de manipulations et mobilisations non instrumentales, directes et indirectes, non forcées, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques établies par la Haute Autorité de santé ».

[206] Il est nécessaire de rappeler que le domaine de compétences de l'ostéopathe est constitué des « troubles fonctionnels » alors que celui du masseur-kinésithérapeute est désormais partiellement composé du traitement « des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles ». Pour plus de précisions sur le sujet, *cf.* b) La confusion des domaines de compétences masso-kinésithérapique et ostéopathique, p. 74.

[207] Académie nationale de médecine, *Dictionnaire*, *op. cit.*

[208] Il est à noter que l'ostéopathie « douce » n'existe qu'à des fins marketing. L'ostéopathie est un concept global et entier, qu'il n'est pas possible de décomposer en sous-catégories. À ce titre, évoquer l'ostéopathie « crânienne », « viscérale », ou « douce » n'a aucun sens.

composée uniquement de mobilisations des articulations et des tissus souples[209]. La question de la spécificité d'un champ de pratiques ostéopathique composé uniquement d'actes de mobilisation peut être posée. Considérant qu'il est impossible de distinguer une mobilisation réalisée par un ostéopathe de celle exécutée par un masseur-kinésithérapeute, l'ostéopathie douce ne s'assimile-t-elle pas en fait à un exercice masso-kinésithérapique ?

226- Par ailleurs, depuis quelques années, bon nombre de masseurs-kinésithérapeutes appréhendent la mobilisation de manière générique. Ils distinguent donc au sein des mobilisations passives, les mobilisations analytiques et les mobilisations spécifiques. Aux mobilisations analytiques, par lesquelles est généré au sein de l'articulation un mouvement respectant les axes physiologiques, le corps professionnel oppose désormais les mobilisations spécifiques, qui visent au travers de la réalisation de glissements et bâillements articulaires, hors des axes physiologiques, à recouvrer les mouvements optimaux dont les limitations « participe(nt) à la restriction de mobilité analytique de l'articulation concernée »[210]. Or, dans ces conditions, la mobilisation spécifique tend à se confondre avec la manipulation. Pour ces promoteurs masseurs-kinésithérapeutes, la différence essentielle réside dans « l'intensité et la force imposées à l'articulation », la mobilisation spécifique restant pratiquée « dans la limite du jeu physiologique de l'articulation concernée »[211]. Indéniablement, ces auteurs ont établi une théorie distinctive propre à leur permettre de ne pas contrarier les membres de l'Académie nationale de médecine, pour qui la manipulation consiste en « un mouvement articulaire passif, contrôlé, forcé, rapide, atteignant l'espace dit paraphysiologique »[212,213].

227- La distinction entre la manipulation et la mobilisation spécifique semble ainsi se cristalliser autour du respect ou non de la limite physiologique de l'articulation. Pourtant, cette question semble avoir été tranchée précocement par le corps des ostéopathes exclusifs. En effet, Jean-Louis BOUTIN, ostéopathe, faisait déjà valoir le 2 février 2003 que « les non-médecins (masseurs-kinésithérapeutes, ostéopathes) peuvent pratiquer la thérapie manuelle et l'ostéopathie à condition de les définir comme mobilisations des articulations, dans le but de restaurer le jeu articulaire normal,

---

[209] Il est possible de s'interroger sur la pertinence de qualifier les actes appliqués sur les tissus musculaires, tendineux, aponévrotiques, et autres, de manipulations myo-fasciales.

[210] GHOSSOUB Patrick, DUFOUR Xavier, BARETTE Gilles *et al.*, « Mobilisations spécifiques » , *Encyclopédie Médico-chirurgicale, Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation*, 2009, fasc. 26-071-A-10, p. 1.

[211] *Ibid.* p. 2.

[212] Il doit être mentionné que cette définition s'applique à la manipulation chiropratique. Pour plus de précisions sur la définition de la manipulation formulée par l'Académie nationale de médecine, *cf.* Académie nationale de médecine, *Dictionnaire*, *op. cit.*

[213] L'espace paraphysiologique est compris entre le jeu physiologique de l'articulation et l'amplitude pathologique, laquelle est atteinte en cas de lésion ligamentaire. L'espace paraphysiologique recouvre donc les amplitudes qui sont en dehors du jeu normal de l'articulation, sans pour autant qu'une lésion du système capsuloligamentaire ne puisse être relevée.

physiologique »[214]. Également, Louis FARAUT, représentant des ostéopathes exclusifs, proposait au cours d'une des réunions préparatoires en vue de l'édiction des décrets d'application de l'article 75 de la loi du 4 mars 2002, soit le 14 octobre 2003[215], après avoir introduit la notion de « limite physiologique », de « laisser les manipulations forcées, les réductions osseuses, aux médecins, et de réserver les manipulations dans les limites physiologiques aux ostéopathes »[216]. La limite physiologique de l'articulation ne semble dès lors pas constituer un critère propre à distinguer de manière nette la mobilisation spécifique masso-kinésithérapique de la manipulation ostéopathique.

228- Les champs professionnels de l'ostéopathe et ceux du masseur-kinésithérapeute restent à bien des égards difficiles à distinguer. Il en résulte une confusion certaine entre ces corps professionnels, confusion qui tend d'ailleurs à être exacerbée par le rapprochement de leurs modalités d'exercice et de formation.

[214] BOUTIN Jean-Louis, *Les manipulations vertébrales* [en ligne], [consulté le 20 septembre 2018], https://www.osteopathie-france.fr/essai/articles-sites/761-manipulations-vertebrales/

[215] Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, *Ostéopathie — Chiropractique, Compte rendu des réunions, Sous la présidence des Professeurs Guy Nicolas et Bertrand Ludes, 9 septembre 2003 – 13 février 2004* [en ligne], publié en octobre 2014, [consulté le 20 septembre 2018], http://www.afosteo.org/wp-content/uploads/2014/10/minutes-des-reunions-au-ministere-de-la-sante.pdf/

[216] *Ibid*. p. 14.

Paragraphe 2 : Une confusion renforcée par le rapprochement des modalités d'exercice et de formation des corps professionnels

229- De prime abord, tout semble opposer l'ostéopathe, qui est appréhendé du point de vue du droit comme le titulaire d'un titre dont il fait un usage professionnel et dont l'exercice est réglementé par des normes restées en dehors du Code de la santé publique, et le masseur-kinésithérapeute, qui est pourvu d'un diplôme d'État, dont l'exercice professionnel est réglementé au sein du Code de la santé publique et qui, à ce titre, appartient à la catégorie des professionnels de santé. Or, l'étude des champs professionnels ostéopathiques révèle à quel point ceux-ci sont difficiles à distinguer des champs masso-kinésithérapiques. Cette confusion, qui empreint les corps correspondants, tend d'ailleurs à s'exacerber. Une des principales raisons réside dans le rapprochement progressif de leurs modalités d'exercice et de formation, opéré par les pouvoirs publics.

230- Afin de mettre en évidence ce rapprochement et exposer en quoi celui-ci renforce la confusion qu'il existe entre l'ostéopathe et le masseur-kinésithérapeute, il sera étudié, dans un premier temps, le rapprochement des modalités d'exercice des deux corps professionnels (A), puis analysé, dans un second temps, le rapprochement de leurs conditions de formation (B).

A. Le rapprochement progressif des modalités d'exercice des corps professionnels

231- Depuis la consécration légale du titre d'ostéopathe, opérée le 4 mars 2002, les ostéopathes exclusifs revendiquent leur intégration dans la catégorie des professionnels de santé. Le statut correspondant constitue vraisemblablement une condition préalable à l'étude de la prise en charge financière des soins ostéopathiques par les organismes d'Assurance maladie et, de manière subséquente, l'installation pleine et entière du corps professionnel dans le système de santé français. Dans cet objectif, les organisations représentatives des ostéopathes contestent rapidement le cadre réglementaire institué par les décrets du 25 mars 2007 et exhortent les pouvoirs publics à le refondre entièrement. S'ils ne font pas totalement droit à leur demande, ces derniers procèdent cependant au rapprochement des modalités d'exercice des ostéopathes de celles des professions de santé.

232- C'est afin de mettre en perspective ce rapprochement et explorer les enjeux qu'il soulève qu'il est proposé d'exposer, dans un premier temps, comment le Conseil national de l'Ordre des

médecins a entrepris très tôt de freiner le rapprochement des ostéopathes exclusifs du statut de professionnels de santé (a), puis d'expliquer, dans un second temps, que le rapprochement des modalités d'exercice, déjà amorcé, apparaît aujourd'hui inéluctable (b).

a) Un rapprochement freiné précocement par le Conseil national de l'Ordre des médecins

233- Le Conseil national de l'Ordre des médecins ne voit pas d'un très bon œil la situation résultant de la mise en œuvre des décrets du 25 mars 2007, qui ont fourni une assise juridique à l'existence d'un corps spécifique d'ostéopathes exclusifs, mais également l'attention particulière portée à celui-ci par les pouvoirs publics, alors que ce dernier revendique déjà ouvertement son rattachement au champ médical et son intégration pleine et entière dans la catégorie des professions médicales à compétence définie.

234- L'instance ordinale entreprend donc rapidement de freiner autant que possible l'installation des ostéopathes exclusifs dans le paysage de santé français. Une première occasion est offerte par le développement des maisons de santé, créées par l'article 44 d'une loi du 19 décembre 2007[217]. Suite à l'entrée en vigueur de cette loi, le Conseil national de l'Ordre des médecins publie un rapport dans lequel il enjoint aux médecins exerçant dans ces structures d'en exclure totalement les ostéopathes exclusifs, au motif que ceux-ci font partie intégrante « des professions dont les contours sont mal définis et pour lesquels la présence de médecins peut servir de caution et entretenir une certaine confusion sur leur champ d'exercice »[218]. En effet, l'article L. 6323-3 du Code de la santé publique, dans sa rédaction issue de la loi précitée, permet au sein de ces « maisons de santé […] constituées entre des professionnels de santé […] d'associer des personnels médico-sociaux ». C'est donc par anticipation d'une interprétation extensive de la notion de « personnel médico-social » et la qualification des ostéopathes exclusifs en tant que tels que le Conseil établit sa doctrine, par laquelle il espère parvenir à empêcher l'intégration de ces professionnels dans les maisons de santé.

235- Par un recours gracieux présenté le 5 juin 2009, le Syndicat national des ostéopathes de France (SNOF), organisation représentative des ostéopathes exclusifs, demande au Conseil national de l'Ordre des médecins de reconsidérer sa position. Cependant, ce recours est rejeté un mois plus tard par l'instance ordinale, qui prend le soin de rectifier son rapport. Supprimant la formule contestée,

---

[217] Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, JORF n° 296 du 21 décembre 2007, texte n° 1.

[218] SIMON François, Conseil national de l'Ordre des médecins, *Maisons de santé interprofessionnelles et déontologie médicale, Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins du 12 décembre 2008* [en ligne], [consulté le 22 septembre 2018], https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/nvm4lm/maisons_de_sante_pluriprofessionnelles2012.pdf/, p. 1.

elle invite désormais les médecins à ne pas associer les ostéopathes exclusifs à leur entreprise.

236- Le 15 octobre 2009, le SNOF dépose auprès le Conseil d'État une requête en référé visant à faire suspendre « l'exécution de la décision du 7 juillet 2009 par laquelle le président du Conseil national de l'ordre national des médecins a rejeté le recours gracieux du syndicat [...] (et) enjoindre au Conseil national de l'ordre des médecins de prendre une nouvelle décision conforme aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur »[219]. Le juge des référés de la Haute juridiction refuse alors, eu égard « tant à la nature de l'acte litigieux qu'à l'ancienneté de la position du Conseil national de l'ordre des médecins […] (d'apprécier la mise en œuvre du rapport comme) susceptible d'avoir des conséquences directes, graves et immédiates sur les conditions d'exercice de l'activité des ostéopathes non médecins ni kinésithérapeutes »[220]. Il rejette logiquement la requête.

237- Le Conseil d'État est donc saisi au fond. Dans sa décision du 17 novembre 2010, celui-ci rejette le pourvoi formé par le SNOF, au motif « qu'il résulte de l'article 75 de la loi du 4 mars 2002 que les ostéopathes à titre exclusif n'ont pas le statut de professionnel de santé tel que défini par le code de la santé publique ; qu'ils n'ont pas davantage la qualité de personnels "médico-sociaux" (…) ; que, d'ailleurs, il ne ressort pas des travaux parlementaires ayant précédé l'adoption de cet article que le législateur ait entendu inclure les ostéopathes exerçant à titre exclusif dans l'équipe pluridisciplinaire des maisons de santé »[221]. Le corps médical bénéficie manifestement des faveurs du législateur, qui par une loi du 10 août 2011[222] supprime purement et simplement de la lettre de l'article litigieux la mention relative aux « personnels médico-sociaux » et pérennise de la sorte tant l'emprise des Docteurs en médecine sur l'organisation des maisons de santé que l'exclusion des ostéopathes exclusifs de celles-ci.

238- Le Conseil national de l'Ordre des médecins s'oppose ainsi précocement à toute possibilité de rapprochement des ostéopathes exclusifs de la catégorie des personnels médico-sociaux et *a fortiori* du statut de professionnels de santé. Cependant, aujourd'hui, tout laisse penser que les ostéopathes exclusifs pourraient prochainement intégrer la catégorie des professionnels de santé[223].

239- Deux modifications importantes des modalités d'exercice de l'ostéopathe, qui témoignent de

---

[219] CE, réf., 19 novembre 2009, n° 332772, inédit au recueil Lebon.

[220] *Ibid.*

[221] CE, 1re-6e ss-sect. réunies, 17 novembre 2010, n° 332771, inédit au recueil Lebon.

[222] Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n° 185 du 11 août 2011, texte n° 2.

[223] À cet égard, il peut être relevé la décision du 7 décembre 2017 du Tribunal de grande instance de Nanterre, par laquelle la juridiction a débouté le Syndicat national des médecins ostéopathes et la Fédération des médecins de France, qui avait attrait le réseau SantéClair qui mentionnait sur son site internet, que les ostéopathes étaient des professionnels de santé (*cf.* TGI Nanterre, 7 décembre 2017, Syndicat national des médecins ostéopathes et Fédération des médecins de France c/ Réseau SantéClair).

manière évidente du rapprochement de ces dernières de celles du masseur-kinésithérapeute, doivent être soulignées.

b) Un rapprochement fortement amorcé

240- Alors que l'article 75 de la loi du 4 mars 2002 consacre l'usage du titre d'ostéopathe, l'article 98 de cette même loi crée au sein du Code de la santé publique une disposition en vertu de laquelle il est fait obligation aux professionnels et aux établissements de santé de « souscrire une assurance destinée à les garantir pour leur responsabilité civile ou administrative susceptible d'être engagée en raison de dommages subis par des tiers et résultant d'atteintes à la personne, survenant dans le cadre de cette activité de prévention, de diagnostic ou de soins »[224]. Il apparaît à cette date parfaitement logique que l'ostéopathe exclusif, qui n'est pas un professionnel de santé, soit totalement dispensé d'une telle obligation de souscription.

241- Cependant, douze ans plus tard, est adoptée la loi du 24 février 2014[225] portant adaptation de la directive européenne du 9 mars 2011 relative aux soins de santé transfrontaliers[226], dont l'article 1er instaure pour l'ostéopathe, lorsqu'il agit dans le cadre de son activité professionnelle, un régime de responsabilité pour faute. La lettre de cet article est manifestement inspirée de celle de l'article L. 1142-1 du Code de la santé publique[227]. Conséquence logique de ce régime de responsabilité, l'ostéopathe se voit également soumis à une obligation de souscrire un contrat d'assurance responsabilité civile professionnelle[228], à l'instar des professionnels de santé[229]. La volonté de rapprocher le régime applicable à l'ostéopathe exclusif de celui des professionnels de santé, et notamment du masseur-kinésithérapeute, est révélée par le parallélisme de forme. Manifestement, cette volonté ne saurait être niée[230]. Cependant, de manière assez surprenante, bien qu'une logique

[224] Article L. 1142-2 du Code de la santé publique, issu de l'article 98 de la loi nº 2002-303 du 4 mars 2002, *op. cit.*

[225] Loi nº 2014-201 du 24 février 2014 portant diverses dispositions d'adaptation au droit de l'Union européenne dans le domaine de la santé, JORF nº 47 du 25 février 2014, texte nº 4.

[226] Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, JOUE L088 du 4 avril 2011, p. 45.

[227] Alors que l'article L. 1142-1 du Code de la santé publique dispose que « hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé [...] ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute. », l'article 1er de la loi nº 2014-201 du 24 février 2014 précise que « hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison du défaut d'un produit de santé, les professionnels autorisés à user du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes accomplis dans le cadre de leur activité professionnelle qu'en cas de faute ».

[228] Deuxième alinéa de l'article 1er de la loi nº 2014-201 du 24 février 2014, *op. cit.*

[229] Article L. 1142-2 du Code de la santé publique.

[230] La volonté de conférer aux ostéopathes exclusifs un régime de responsabilité et d'obligation de souscription d'assurance copié à l'identique de celui des professionnels de santé n'est pas cachée. Marisol TOURAINE le fait savoir lors des débats parlementaires du jeudi 13 février 2014 de façon fortement explicite, en affirmant que « grâce à ce projet de loi, les patients pourront bénéficier des mêmes garanties que lorsqu'ils consultent un professionnel de santé »,

indemnitaire constitue le fondement de cette réglementation, aucune réparation des préjudices graves au titre de la Solidarité nationale n'est prévue.

242- En outre, l'article R. 1110-2 du Code de la santé publique, issu du décret du 20 juillet 2016[231], intègre au sein du Code de la santé publique une liste de praticiens susceptibles d'échanger ou partager les informations couvertes par le secret médical. En son sein figurent notamment les ostéopathes non professionnels de santé[232], ce qui permet donc aux ostéopathes exclusifs d'avoir accès aux informations de santé de leurs patients, au même titre que les différents professionnels de santé. Logiquement, le Registre des ostéopathes de France (ROF) et le Syndicat français des ostéopathes (SFDO) ont salué tous deux cette évolution, affirmant que « ce décret constitue l'aboutissement d'un long travail de sensibilisation initié par le SFDO dès 2011, qui faisait déjà de l'intégration des ostéopathes exclusifs dans le dispositif de secret médical partagé un élément déterminant de son projet politique »[233].

243- Enfin, l'*European Committee for Standardization*, qui contribue aux objectifs de l'Union européenne en matière d'harmonisation des législations, s'est saisi au cours de l'année 2015 de la question de la réglementation de l'ostéopathie au sein de l'espace européen, ce qui a conduit à l'élaboration de la norme CEN/TC 414[234], qui vise à spécifier « les exigences et recommandations relatives à la prestation de soins, aux installations, aux équipements, à la formation et au cadre déontologique favorisant un exercice satisfaisant de l'ostéopathie ». Bien que cet organisme indépendant publie des normes d'application volontaire à la demande d'organismes nationaux de normalisation eux-mêmes indépendants, cette norme CEN/TC 414, qui se fonde sur le modèle des professions de santé, fait de la pénétration des ostéopathes exclusifs dans le système sanitaire français une question politique à laquelle les pouvoirs publics semblent ne plus pouvoir échapper.

244- Au cours de la dernière décennie, les pouvoirs publics ont donc procédé au rapprochement des modalités d'exercice des ostéopathes exclusifs de celles des professionnels de santé[235], et *a fortiori*

---

cf. Sénat, *Débats parlementaires, Compte rendu intégral des séances, Session ordinaire, Séance du jeudi 13 février 2014*, JO Sénat n° 21 du 14 février 2014, p. 1654.

[231] Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel, JORF n° 169 du 22 juillet 2016, texte n° 21.

[232] Ces derniers sont qualifiés, pour l'occasion, de professionnels du champ médico-social, et ce *a contrario* de l'analyse réalisée par les juges du Conseil d'État. Pour rappel, *cf.* développement n° 237, p. 85.

[233] Syndicat français des ostéopathes, *Secret professionnel : De la fin de l'insécurité juridique des ostéopathes, ou le fruit d'un long travail pédagogique...* [en ligne], [consulté le 4 octobre 2018], http://www.osteopathe-syndicat.fr/osteopathe-secret-professionnel/

[234] European Committee for Standardization, *Osteopathic healthcare provision* [en ligne], 8 juillet 2015, [consulté le 5 octobre 2018], EN-16686:2015, https://www.boutique.afnor.org/

[235] Les ostéopathes exclusifs mettent bien évidemment tout en œuvre pour soit opéré un tel rapprochement. Ainsi, différentes organisations représentatives des ostéopathes ont élaboré des codes de déontologie relatifs à la profession

des masseurs-kinésithérapeutes. En tout état de cause, ils font de même pour les modalités de formation des corps considérés.

B. Le rapprochement des modalités de formation des corps professionnels

245- À partir de l'année 2014, les pouvoirs publics procèdent au rapprochement net des modalités d'exercice de l'ostéopathie de celles des professions de santé. Si, de cette manière, ils harmonisent les conditions entourant la délivrance des soins en santé et les conditions sous lesquelles la responsabilité des professionnels en raison d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins peut être engagée, ils renforcement également la confusion qu'il existe entre le corps des ostéopathes et celui des masseurs-kinésithérapeutes. Cette analyse ne peut être raisonnablement contestée, d'autant plus qu'elle est corroborée par le rapprochement concomitant des modalités de formation des deux corps professionnels. En ce sens, les réformes relatives aux études préparatoires au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute et à la formation en ostéopathie sont réalisées sur des bases communes, ce qui offre d'ailleurs l'opportunité aux directions pédagogiques de nombreux Institut de formation en masso-kinésithérapie (IFMK) de proposer au sein de leur établissement les deux formations.

246- La démonstration du rapprochement des modalités de formation des corps professionnels et du renforcement de la confusion qu'il existe déjà entre eux oblige à se pencher, dans un premier temps, sur la confusion matérielle et institutionnelle des études menant au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute et de la formation de l'ostéopathe (a), avant de s'attarder, dans un second temps, sur l'intégration de cette confusion dans la jurisprudence de la Cour de cassation (b).

a) Le rapprochement matériel et institutionnel des formations

247- La formation en ostéopathie a considérablement évolué depuis sa première réglementation par le décret n° 2007-437 du 25 mars 2007. En effet, alors que ce dernier détaillait initialement le cadre

---

d'ostéopathe, telles que l'AFO (Association française d'ostéopathie, *Code de déontologie de la profession d'ostéopathe* [en ligne], publié en octobre 2014, [consulté le 10 août 2021], https://www.afosteo.org/wp-content/uploads/2014/10/Code-de-deontologie-des-Osteopathes.pdf/), la Compagnie nationale des experts judiciaires en médecine ostéopathique (Compagnie nationale des experts judiciaires en médecine ostéopathique, *Code de déontologie* [en ligne], publié en février 2015, [consulté le 10 août 2021], http://cnejmo.fr/b/), le SDFO (Syndicat français des ostéopathes, *Code de déontologie de l'ostéopathe* [en ligne], publié en novembre 2018, [consulté le 10 août 2021], https://www.osteopathe-syndicat.fr/medias/page/22855-Code-de-deontologie-du-SFDO-novembre-2018.pdf/) et le ROF (Registre des ostéopathes de France, *Code de déontologie* [en ligne], publié en février 2021, [consulté le 10 août 2021], https://www.osteopathie.org/documents.php?url=annexe1_cdd_3601.pdf/). À cet égard, la Cour de cassation a reconnu des effets au « code de déontologie des professionnels de l'ostéopathie ». Bien que les juges de la Haute juridiction n'aient pas précisé de quel code il s'agissait, il semble que c'est celui du ROF. Pour une étude de l'arrêt de la Cour de cassation, *cf.* Cass., 1re civ., 6 février 2019, n° 17-20.463, publié au bulletin.

juridique de « la formation des ostéopathes » sous la forme d'unités de formation, un décret du 12 décembre 2014[236] a posé les bases de « la formation en ostéopathie », désormais constituée d'unités d'enseignement. À cette occasion, l'acquisition « des connaissances nécessaires à la prise en charge des troubles fonctionnels » a été remplacée par une acquisition « des compétences professionnelles » en ostéopathie[237].

248- Le glissement sémantique est subtil ; il n'en demeure pas moins important. En effet, le nouvel intitulé du décret, la mise en conformité de la formation aux standards universitaires et le renvoi à des compétences professionnelles rappellent de manière évidente les évolutions dont ont bénéficié cette dernière décennie de nombreuses professions paramédicales. Ces différents points laissent présager que les pouvoirs publics reconnaissent, à terme, l'ostéopathie comme constituée d'un champ disciplinaire à part entière et intègrent ce dernier dans le système universitaire, au même titre que la médecine ou la masso-kinésithérapie[238]. Logiquement, les organisations représentatives des masseurs-kinésithérapeutes[239] ont tenté, sans réussite, de faire annuler le décret en question[240].

249- La formation initiale en ostéopathie, dont la durée est dorénavant de cinq ans, est organisée donc sur le modèle des études conduisant aux diplômes paramédicaux. Les similitudes matérielles de la formation initiale en ostéopathie avec la formation en masso-kinésithérapie ne font aucun doute. Des unités d'enseignement en ostéopathie renvoient naturellement à certaines unités des études en masso-kinésithérapie[241]. En outre, l'arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute[242] présente, dans son annexe IV, la thérapie manuelle en tant que compétence particulière du masseur-kinésithérapeute, habilité à procéder à l'« approche manuelle » dans les champs orthopédique[243], musculo-squelettique, neuromusculaire[244] et sportif[245]. Cette proximité matérielle est accompagnée d'une proximité institutionnelle manifeste. En effet, au cours

---

[236] Décret n° 2014-1505 du 12 décembre 2014 relatif à la formation en ostéopathie, JORF n° 289 du 14 décembre 2014, texte n° 25, BO Santé — Protection sociale — Solidarité n° 2015/1 du 15 février 2015, p. 80.

[237] Arrêté du 12 décembre 2014 relatif à la formation en ostéopathie, JORF n° 289 du 14 décembre 2014, texte n° 29, BO Santé — Protection sociale — Solidarité n° 2015/1 du 15 février 2015, p. 80.

[238] La qualité universitaire du champ masso-kinésithérapique peut encore être questionnée. Pour l'étude du rapport entre la masso-kinésithérapie et les Sciences de la rééducation et de la réadaptation, inscrites au Conseil national des universités le 30 octobre 2019, *cf*. Paragraphe 2 : Une consécration préconisée en dépit de la création récente des Sciences de la rééducation et de la réadaptation, p. 396.

[239] À savoir le Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, la FFMKR et le SNMKR.

[240] CE, 4e-5e sect. réunies, 23 mars 2016 n° 387595, non publié au recueil Lebon.

[241] Notamment pour les matières dites fondamentales, telles que l'anatomie, la biomécanique, la physiologie, etc.

[242] Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, JORF n° 204 du 4 septembre 2015, texte n° 17, BO Santé — Protection sociale — Solidarité n° 8 du 15 septembre 2015, p. 39.

[243] *Ibid.* p. 51.

[244] *Ibid.* p. 81.

[245] *Ibid.* p. 88.

des années 2010, de nombreuses formations en ostéopathie sont créées dans les locaux mêmes d'Instituts de formation en masso-kinésithérapie (IFMK). La proximité matérielle des formations permet alors à certaines directions pédagogiques de réunir, pour la délivrance d'enseignements théoriques communs, les étudiants en masso-kinésithérapie et ceux en ostéopathie.

250- En ce qui concerne la formation continue des ostéopathes, celle-ci n'est aucunement sujette à une confusion matérielle et institutionnelle généralisée avec celle des masseurs-kinésithérapeutes. Toutefois, il peut être souligné que l'obligation de formation continue des ostéopathes est calquée de manière évidente sur celle des masseurs-kinésithérapeutes, l'article 4 du décret n° 2007-437 du 25 mars 2007 faisant valoir que « cette obligation est assurée dans les conditions et modalités de formation continue applicables aux masseurs-kinésithérapeutes : […] pour les personnes utilisant le titre d'ostéopathe, mais ne disposant d'aucun titre ou diplôme les autorisant à exercer une des professions de santé mentionnées dans la quatrième partie du même code ». Pour le pouvoir réglementaire, il semble dans un premier temps logique d'adopter pareille disposition. Cependant, la pression des organisations représentatives des ostéopathes exclusifs le contraint à modifier promptement la lettre de l'article en question. Aujourd'hui, les ostéopathes exclusifs sont soumis à une obligation de formation continue dans les conditions définies « par référence aux dispositions définies par le code du travail »[246].

251- Dans ces conditions, il n'est pas surprenant que la confusion entre l'ostéopathe et le masseur-kinésithérapeute perdure. À bien des égards, celle-ci s'enracine aujourd'hui dans l'esprit de tous. En tout état de cause, à cette situation pernicieuse ont également participé les juges de la Cour de cassation.

b) Un rapprochement participant nettement à la confusion du masseur-kinésithérapeute et de l'ostéopathe, tel qu'exprimé dans la jurisprudence de la Cour de cassation

252- Le rapprochement des modalités d'exercice et de formation du masseur-kinésithérapeute et de l'ostéopathe participe fortement à la confusion pernicieuse entre les deux corps professionnels, tel que le révèle un arrêt de la chambre criminelle de la Cour de cassation du 2 juin 2015[247].

253- Dans cet arrêt, rendu à l'occasion d'un pourvoi formé contre un arrêt de la Cour d'appel de Limoges qui a rejeté l'appel formé par un praticien « rebouteux » condamné pour exercice illégal de

[246] Conformément à l'article 2 du décret n° 2016-942 du 8 juillet 2016 relatif à l'organisation du développement professionnel continu des professionnels de santé, JORF n° 160 du 10 juillet 2016, texte n° 9.

[247] Cass., ch. crim., 2 juin 2015, n° 14-81.419, non publié au bulletin.

la profession de masseur-kinésithérapeute, la Cour de cassation est appelée à se pencher sur la consistance du champ de pratiques masso-kinésithérapique. En effet, le demandeur fait notamment grief à l'arrêt d'avoir interprété de manière erronée les termes de l'article R. 4321-7 du Code de la santé publique, en ce qu'il a considéré que la manipulation constitue une mobilisation manuelle de l'articulation, alors que l'article en question interdit explicitement au masseur-kinésithérapeute de pratiquer les manipulations vertébrales. Le prévenu fait ainsi valoir que les actes qui lui sont reprochés doivent être rattachés au champ de pratiques ostéopathique et non pas au champ de pratiques masso-kinésithérapie ; qu'il ne peut, dès lors, être condamné pour exercice illégal de la profession de masseur-kinésithérapeute.

254- La chambre criminelle de la Haute juridiction doit alors examiner la matérialité de l'infraction. Cependant, celle-ci rejette le pourvoi sans se pencher sur les éléments caractéristiques de la manipulation, éléments de fait qu'elle laisse à l'interprétation souveraine des juges du fond, se contentant de relever que « pour déclarer M. X... coupable d'exercice illégal de la profession de masseur-kinésithérapeute, l'arrêt attaqué retient qu'il est établi qu'il a procédé, sans être titulaire du diplôme de masseur-kinésithérapeute, à des manipulations dans le but de traiter des douleurs sur des patients dont Mme Y. » Dans l'esprit des juges de la Cour de cassation, la manipulation constitue un acte du champ de pratiques du masseur-kinésithérapeute, dont l'exercice nécessite la titularité du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute !

255- Cet arrêt et le commentaire rédigé par Anne PONSEILLE[248], qui a considéré qu'« il n'est pas étonnant que le prévenu en l'espèce et en raison de ses pratiques se soit vu reprocher le délit d'exercice illégal de la profession de masseur-kinésithérapeute », sont particulièrement critiquables. En effet, au sein de ceux-ci, il est admis que l'article R. 4321-7 du Code de la santé publique, selon lequel « pour la mise en œuvre des traitements mentionnés à l'article R. 4321-5, le masseur-kinésithérapeute est habilité à […] réaliser les actes suivants : […] Mobilisation manuelle de toutes articulations, à l'exclusion des manœuvres de force, notamment des manipulations vertébrales » habilite le masseur-kinésithérapeute à exécuter des manipulations, à l'exclusion des « manipulations vertébrales ». La mention de la zone topographique, en l'espèce « vertébrale », sur laquelle le masseur-kinésithérapeute ne peut exécuter « des manipulations », invite donc, supposément, par une interprétation *a contrario*, à considérer que celui-ci est autorisé à pratiquer des manipulations sur toute autre région topographique.

256- Or, tel n'a pas été l'intention des pouvoirs publics. Au soutien de cette affirmation, il doit être rappelé que les pouvoirs publics ont justement édicté l'arrêté du 6 janvier 1962 pour circonscrire le

[248] PONSEILLE Anne, « N'est pas masseur-kinésithérapeute qui veut ! », *Droit & Santé*, 2015, n° 67, p. 699-701.

champ de pratiques masso-kinésithérapique et interdire au corps professionnel correspondant la pratique des manipulations articulaires, appliquées ou non sur la région vertébrale. Dès lors, il doit être proscrit l'analyse littérale de l'article R. 4321-7 du Code de la santé publique et adopté une analyse téléologique. En tout état de cause, le masseur-kinésithérapeute n'est pas habilité à exécuter des manipulations, notamment en raison de l'intégration de ces actes pratiques à la catégorie des manœuvres réalisées avec force. Dans ces conditions, la motivation de l'arrêt paraît totalement inappropriée.

257- L'absence de titularité du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute n'empêche donc pas la pratique de manipulations articulaires, pas plus que sa titularité d'ailleurs. Les juges de la Cour de cassation auraient certainement plutôt dû rechercher si les études préparatoires au diplôme d'État considéré comprenaient des enseignements relatifs aux manipulations articulaires. Ils ne l'ont pas fait. Ce faisant, la Haute juridiction n'a fait que renforcer davantage la confusion qu'il existe entre le corps des masseurs-kinésithérapeutes et celui des ostéopathes.

258- La confusion qui s'est progressivement établie entre le corps des masseurs-kinésithérapeutes et celui des ostéopathes reste encore très actuelle. Elle est la source d'une concurrence entre eux, concurrence qui est d'ailleurs parfaitement assumée par le Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, qui ne cesse de développer une doctrine visant l'appropriation de tout ou partie du champ de pratiques ostéopathique.

Section 2 : Une concurrence assumée par les membres du Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes

259- L'augmentation du nombre d'écoles dispensant une formation en ostéopathie, résultat de la facilité d'obtention de l'agrément ministériel, et l'absence totale de contrôle du nombre d'étudiants admis à poursuivre les études correspondantes conduisent à une multiplication importante du nombre d'ostéopathes en exercice et, subséquemment, une décorrélation entre l'offre et la demande de soins en ostéopathie[249].

260- Cette situation est confirmée par l'Association française des ostéopathes, qui fait état d'un accroissement du nombre de praticiens ostéopathes de près de 30 % entre les mois d'avril 2010 et de mars 2011[250], ainsi que le Syndicat français des ostéopathes (SFDO), qui estime que de 4000 praticiens au moment de la promulgation de la loi du 4 mars 2002, le nombre de titulaires du titre d'ostéopathe en exercice est passé à 26 200 au cours de l'année 2016[251], ce qui correspond à une démographie professionnelle multipliée par près de 6,5 en quatorze ans. D'ailleurs, à cette date, le corps des ostéopathes exclusifs représente 67,50 % de l'effectif total des praticiens ostéopathes français[252].

261- Cet accroissement rapide du corps des ostéopathes exclusifs préoccupe fortement les membres du Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, qui ont conscience de la confusion qui règne entre les champs professionnels du masseur-kinésithérapeute et ceux de l'ostéopathe. Ils craignent que les ostéopathes exclusifs obtiennent rapidement des pouvoirs publics une réforme substantielle et avantageuse du cadre juridique de la profession. Par anticipation, l'instance ordinale nationale entreprend donc de développer une doctrine propre à défendre les intérêts du corps qu'elle représente.

262- La présentation de l'entièreté de cette doctrine ordinale nécessite d'exposer, dans un premier temps, la doctrine ordinale visant l'appropriation du champ de pratiques ostéopathique par le corps

---

[249] LELIÈVRE Nathalie, « Statut des ostéopathes », *Douleurs : Évaluation – Diagnostic – Traitement*, septembre 2009, vol. 10, p. 202-205.

[250] Association française des ostéopathes, *Liste ADELI des Ostéopathes au 16 mars 2011* [en ligne], publié en mars 2016, [consulté le 4 octobre 2018], http://www.afosteo.org/wp-content/uploads/2014/10/liste-ADELI-mars-2011.pdf/

[251] Syndicat français des ostéopathes, *La démographie des ostéopathes en France* [en ligne], [consulté le 4 octobre 2018], https://www.osteopathe-syndicat.fr/osteopathie-france/

[252] Soit quinze mille ostéopathes exclusifs sur vingt-deux mille deux cents.

des masseurs-kinésithérapeutes (paragraphe 1), puis d'expliquer, dans un second temps, la manière dont l'instance ordinale nationale opère le démembrement du champ de pratiques considéré et, dans un rôle auto-proclamé de juge de la scientificité des actes pratiqués, accrédite certaines pratiques et discrédite les autres (paragraphe 2).

Paragraphe 1 : Une doctrine ordinale visant l'appropriation du champ de pratiques ostéopathique par les masseurs-kinésithérapeutes

263- Au début des années 2010, le Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, tout récemment institué, est confronté à un fort mouvement intra-professionnel qui conteste sa légitimité et refuse de se soumettre à son contrôle. Les membres ordinaux craignent alors qu'émerge au sein du corps professionnel une dynamique sécessionniste, notamment sous la direction de quelques masseurs-kinésithérapeutes titulaires du titre d'ostéopathe. Ainsi, afin d'empêcher toute action en ce sens et s'assurer ainsi du maintien de la cohésion du corps professionnel, l'instance ordinale rédige un rapport relatif à « l'ostéopathie et le statut du masseur-kinésithérapeute ostéopathe (MKO) »[253], dans lequel elle fait valoir que la pratique ostéopathique correspond à l'exercice d'un champ de pratiques sur lequel les masseurs-kinésithérapeutes possèdent une propriété légitime. Par ailleurs, à cette occasion, elle rappelle que l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes « regroupe obligatoirement tous les masseurs-kinésithérapeutes »[254].

264- Assumant pleinement la situation de concurrence qui oppose les ostéopathes exclusifs et les masseurs-kinésithérapeutes, le Conseil national de l'Ordre entreprend donc de justifier, au travers de sa doctrine, la propriété légitime dont jouissent les masseurs-kinésithérapeutes sur le champ de pratiques ostéopathique. Dans la perspective de justifier ce dernier point, il est proposé de présenter, dans un premier temps, les arguments soulevés en faveur d'une appropriation par adjonction (A), puis d'exposer, dans un second temps, les arguments relevés en faveur d'une appropriation par assimilation (B).

A. Une appropriation au travers de l'adjonction du titre d'ostéopathe

265- Face à l'ampleur de la pénétration du champ de pratiques ostéopathique dans le corps des masseurs-kinésithérapeutes, le Conseil national de l'Ordre se trouve contraint de prendre position sur le sujet du port du titre d'ostéopathe par les masseurs-kinésithérapeutes. Manifestement, les élus

[253] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Commission « Ostéopathie »*, *L'ostéopathie et le statut du masseur-kinésithérapeute (MKO)* [en ligne], publié en décembre 2010, https://deuxsevres.ordremk.fr/files/2011/04/Rapport_commission_osteopathie_Statut_masseur-kinesitherapeute_osteopathe.pdf/

[254] Article L. 4321-13 du Code de la santé publique.

ordinaux ont bien conscience que donner une autorisation en ce sens[255] sans prendre les précautions qui s'imposent est susceptible d'alimenter les velléités sécessionnistes. Ils préfèrent donc d'abord se prononcer sur la consistance même de l'ostéopathie, notamment celle pratiquée par les masseurs-kinésithérapeutes. Pour eux, cet exercice possède un caractère singulier et doit être rattaché à la pratique de la masso-kinésithérapie. Dans la perspective de faire établir ce rattachement, l'instance nationale développe une doctrine ordinale audacieuse.

266- Le présentation de cette doctrine ordinale qui vise de toute évidence l'appropriation du champ de pratiques ostéopathique par les masseurs-kinésithérapeutes appelle à préciser, dans un premier temps, comment le Conseil national de l'Ordre justifie que l'ostéopathie constitue un champ de pratiques qui appartient à la masso-kinésithérapie (a), puis à exposer, dans un second temps, les précautions prises par les membres ordinaux à l'égard d'une éventuelle affirmation de velléités sécessionnistes (b).

a) Une appropriation légitimée par la nature médicale de l'ostéopathie pratiquée par les masseurs-kinésithérapeutes

267- Afin de limiter les revendications sécessionnistes des masseurs-kinésithérapeutes titulaires du titre d'ostéopathe, le Conseil national de l'Ordre apporte sa contribution doctrinale à l'interprétation du cadre réglementaire de l'exercice de l'ostéopathie au travers d'un rapport relatif au « masseur-kinésithérapeute ostéopathe », au sein duquel il affirme la singularité de l'ostéopathie pratiquée par les membres du corps professionnel.

268- Ainsi, dès la première page du rapport considéré, les élus ordinaux font valoir que l'exercice de l'ostéopathie n'est pas une profession[256], et ce en dépit de la jurisprudence désormais constante du Conseil d'État, qui fait référence dans ses décisions, depuis plus de quatre années et demie, à « la profession d'ostéopathe »[257]. Il n'en demeure pas moins que cette affirmation très contestable lui permet d'initier un raisonnement juridique audacieux. En effet, d'après le Conseil national, la pratique de l'ostéopathie ne correspond pas une profession en soi : elle ne constitue que le simple exercice d'un champ de pratiques. Cette analyse leur permet alors d'opérer une distinction entre

---

[255] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Avis n° 2012-04 relatif aux diplômes, titres et spécificités* [en ligne], publié le 22 juin 2012, https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/05/AVIS-CNO-n2017-01.pdf/. Cet avis a été modifié par les avis n° 2015-02 du 25 juin 2015 et n° 2017-01 du 22 mars 2017. Ceux-ci n'ont toutefois pas modifié la mention relative au titre d'ostéopathe.

[256] *Ibid.* p. 1.

[257] Pour un rappel de la première décision du Conseil d'État au sein de laquelle les juges de la Haute juridiction font mention de « la profession d'ostéopathe », *cf.* développement n° 121, p. 46.

l'ostéopathie non médicale, qui est exercée par les praticiens exclusifs qui ne sont titulaires d'aucun diplôme de professionnel de santé, et l'ostéopathie médicale, qui est pratiquée entre autres par les masseurs-kinésithérapeutes ostéopathes, lesquels ont bénéficié d'une formation complète et de qualité dans le domaine de la santé, ce dont atteste notamment leur diplôme. Au soutien de leur analyse, les membres de l'instance ordinale vont valoir deux arguments.

269- Le premier argument repose sur la différence des domaines de compétences ostéopathiques qui semblent avoir été attribués par les pouvoirs publics, respectivement, à l'ostéopathe exclusif et au masseur-kinésithérapeute ostéopathe. En effet, pour les membres du Conseil national, la compétence des ostéopathes exclusifs est limitée aux troubles fonctionnels, les masseurs-kinésithérapeutes étant quant à eux « habilités à pratiquer l'ostéopathie dans le cadre des pathologies organiques, aux seules restrictions résultant des conditions d'exercice de leur profession »[258]. Il n'y a pas lieu ici de détailler les éléments propres à démontrer le caractère erroné de l'interprétation que les membres du Conseil ont réalisée des articles 1er et 3 (III) du décret nº 2007-435 du 25 mars 2007, puisque ces éléments ont déjà été exposés dans un développement précédent[259]. Le second argument réside dans l'affirmation que « la réglementation distingue ainsi non pas une ostéopathie, mais plusieurs types d'exercice »[260]. Or, peut-il être opposé un champ de pratiques[261] et un mode d'exercice, alors que le premier caractérise le corps professionnel et le second résulte de choix politiques imposés par des considérations relatives à l'intérêt général ?

270- Ainsi, les arguments soulevés par les membres du Conseil National de l'Ordre au soutien de la dichotomie de la pratique ostéopathique n'apparaissent déjà pas pertinents. En outre, il peut être contesté le supposé pouvoir attractif des diplômes d'État de professionnel de santé, en vertu duquel l'ostéopathie exercée par les titulaires de tels diplômes aurait immanquablement une nature médicale, alors que l'ostéopathie exercée par les ostéopathes exclusifs serait non médicale. À toutes fins utiles, il peut être rappelé la doctrine actualisée de l'Académie nationale de médecine, qui depuis novembre 2008 fait valoir que, pour elle, l'ostéopathie n'est pas une discipline médicale[262].

271- Les membres du Conseil national de l'Ordre établissent donc une doctrine contestable, mais qui leur permet ultérieurement[263] d'autoriser en toute quiétude les membres du corps professionnel à adjoindre le titre d'ostéopathe à celui de masseur-kinésithérapeute. Cependant, ils n'omettent pas de

[258] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Commission « Ostéopathie »*, *op. cit.* p. 9.

[259] Pour l'analyse de cette interprétation, dénuée de toute rigueur juridique, du décret nº 2007-435 du 25 mars 2007, *cf.* A. Le caractère indistinct des domaines de compétences, p. 71.

[260] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Commission « Ostéopathie »*, *op. cit.* p. 1.

[261] En effet, dans son exposé, le Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes renvoie au chapitre 1er du décret nº 2007-435 du 25 mars 2007, lequel définit les actes que les ostéopathes sont autorisés à pratiquer.

[262] MENKES Charles-Joël, *op. cit.*

rappeler que le corps des masseurs-kinésithérapeutes reste en toutes occasions unitaire et indivisible et, par conséquent, l'adjonction du titre d'ostéopathe n'emporte pas exonération du respect des règles applicables à l'ensemble des membres du corps professionnel.

b) L'adjonction du titre d'ostéopathe sans conséquence sur l'unité du corps professionnel

272- Au sein du rapport relatif au statut de « masseur-kinésithérapeute ostéopathe », les membres du Conseil national de l'Ordre précisent la manière dont tous les membres du corps professionnel se doivent d'appréhender l'ostéopathie pratiquée par les masseurs-kinésithérapeutes, les différents champs professionnels qui y correspondent et les prérogatives qui y sont rattachées[264]. En outre, ils y rappellent que le port du titre de « masseur-kinésithérapeute ostéopathe » ne pourvoit aucunement les masseurs-kinésithérapeutes concernés d'un quelconque particularisme et ceux-ci restent soumis aux règles applicables à l'ensemble du corps professionnel.

273- Ainsi, il est exposé que « les différents niveaux ordinaux (conciliation, chambre disciplinaire de première instance (CDPI), chambre disciplinaire du Conseil national) sont compétents sur l'exercice du masseur-kinésithérapeute ostéopathe et que le code de déontologie s'applique totalement à l'activité du masseur-kinésithérapeute ostéopathe »[265]. En ce qui concerne la gestion du tableau de l'Ordre, les masseurs-kinésithérapeutes ostéopathes doivent « obligatoirement inscrire leur activité d'ostéopathe pour pouvoir exercer l'ostéopathie à l'instar de l'activité de masso-kinésithérapie ». Ils ne sauraient dès lors se radier du tableau au motif qu'ils exercent l'ostéopathie de façon exclusive[266]. Par ailleurs, le masseur-kinésithérapeute ostéopathe est tenu de respecter en toutes circonstances le Code de déontologie « qui lui interdit de pratiquer son art comme un commerce et de cumuler son exercice avec une activité contraire à la morale et à la probité […] (et l'oblige) à l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) et au Développement Professionnel Continu (DPC) […] (ainsi qu'à s'inscrire) dans une démarche de sécurité sanitaire en participant aux plans annuels de santé publique »[267].

274- Au travers de cette doctrine, l'instance ordinale nationale entreprend ainsi, de manière habile, de circonscrire la dynamique de développement de l'ostéopathie au sein du corps professionnel.

---

[263] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Avis n° 2012-04 relatif aux diplômes, titres et spécificités*, *op. cit.*

[264] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Commission « Ostéopathie »*, *op. cit.* p. 3-4.

[265] *Ibid.* p. 7.

[266] *Ibid.* p. 12.

[267] *Ibid.* p. 4.

Surtout, elle s'attache à mettre en exergue que si le corps des masseurs-kinésithérapeutes est parfaitement intégré au système de santé, son mode d'exercice est depuis fort longtemps établi et il est désormais sous le contrôle d'une instance ordinale reconnue, le corps des ostéopathes exclusifs est composé de praticiens qui peinent à s'organiser[268].

275- Par sa doctrine relative au titre de masseur-kinésithérapeute ostéopathe, le Conseil national de l'Ordre vise donc l'appropriation du champ de pratiques ostéopathique par le corps des masseurs-kinésithérapeutes. Pour lui, il ne fait aucun doute que ce champ doit être totalement incorporé à la masso-kinésithérapie.

B. Une appropriation par incorporation

276- Par une doctrine audacieuse, le Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes fait valoir que l'ostéopathie exercée par les professionnels de santé possède une nature intrinsèquement médicale, contrairement à celle pratiquée par les ostéopathes exclusifs. Cette distinction, qui reste à bien des égards contestable, vise notamment à soutenir l'idée selon laquelle le champ de pratiques ostéopathique et les approches qui y correspondent doivent logiquement être incorporés à la masso-kinésithérapie, notamment sous la forme d'une spécialisation ouverte aux membres du corps professionnel.

277- C'est afin de mettre en perspective cette doctrine ordinale visant l'appropriation du champ de pratiques ostéopathique qu'il sera exposé, dans un premier temps, ce qui justifie, pour les membres ordinaux, que le champ de pratiques ostéopathique soit incorporé à la masso-kinésithérapie (a), puis expliqué, dans un second temps, la manière dont cette incorporation pourrait être réalisée (b).

a) Une incorporation du champ de pratiques ostéopathique à la masso-kinésithérapie justifiée pour le Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes

278- En juin 2010, le Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes cherche à diffuser largement l'idée selon laquelle l'ostéopathie fait partie intégrante de la masso-kinésithérapie. À cette fin, l'instance ordinale fait valoir de manière totalement assumée que l'ostéopathie constitue

[268] Bien que les organisations représentatives des ostéopathes exclusifs œuvrent en ce sens. Pour un exemple précis, *cf.* Association française d'ostéopathie, *Code de déontologie de la profession d'ostéopathe* [en ligne], [consulté le 24 octobre 2018,] http://www.afosteo.org/wp-content/uploads/2014/10/Code-de-deontologie-de-la-profession-dosteopathe-vf.pdf/

« un exercice spécifique dans un domaine particulier des compétences professionnelles »[269] du masseur-kinésithérapeute. Pour les membres ordinaux, ce domaine correspond à la prévention en masso-kinésithérapie, dans la mesure où, selon eux, « le diagnostic ostéopathique porte sur les troubles fonctionnels à la recherche d'une lésion non organique et relève, dans [..] (le) décret d'acte professionnel (relatif à la profession de masseur-kinésithérapeute), du chapitre des actes de prévention »[270]. Ici, les élus ordinaux ne se contentent pas de revendiquer la compétence du corps des masseurs-kinésithérapeutes sur le seul champ de pratiques ostéopathique, puisque leurs allégations relatives au diagnostic ostéopathique sous-tendent nécessairement la compétence masso-kinésithérapique sur l'ensemble du domaine de compétences ostéopathique[271].

279- Un regard critique doit être porté sur cette doctrine ordinale, qui ne considère l'ostéopathie qu'au travers sa dimension préventive. La contrariété entre cette doctrine ordinale et la lettre des dispositions réglementant l'exercice de l'ostéopathie est patente. En effet, en ne lui prêtant qu'une dimension préventive, les élus ordinaux contredisent totalement les termes de l'article 1er du décret nº 2007-435 du 25 mars 2007, en vertu desquels l'ostéopathie a « pour seul but de prévenir ou de remédier à des troubles fonctionnels du corps humain ». En tout état de cause, le Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes n'est aucunement fondé à restreindre cette activité de santé à sa seule dimension préventive, quand bien même elle serait pratiquée par les membres du corps professionnel.

280- Par ailleurs, le « masseur-kinésithérapeute ostéopathe » est présenté par le Conseil national de l'Ordre comme le résultat d'une évolution logique et attendue de l'exercice du corps professionnel. En effet, l'instance ordinale nationale ne cesse de revendiquer depuis de nombreuses années l'accès direct par les patients aux masseurs-kinésithérapeutes[272] et, pour les élus ordinaux, « les masseurs-kinésithérapeutes ostéopathes […] (sont) habilités à pratiquer l'ostéopathie en accès direct dans le cadre des pathologies organiques (ne restant soumis qu') aux seules restrictions résultant des conditions d'exercice de leur profession »[273]. Pourtant, cette analyse ordinale apparaît totalement

[269] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Commission « Ostéopathie »*, *op. cit.* p. 4.

[270] *Loc. cit.*

[271] En ce sens, le diagnostic ostéopathique permet à l'ostéopathe de pratiquer les manipulations « ayant pour seul but de prévenir ou de remédier à des troubles fonctionnels du corps humain, à l'exclusion des pathologies organiques », *cf.* décret nº 2007-435 du 25 mars 2007, *op. cit.*

[272] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Les masseurs-kinésithérapeutes réfléchissent ensemble sur l'avenir de leur profession* [en ligne], publié le 2 mai 2010, [consulté le 30 octobre 2018], https://www.ordremk.fr/actualites/ordre/les-masseurs-kinesitherapeutes-reflechissent-ensemble-sur-lavenir-de-leur-profession/ ; Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Nos propositions pour la présidentielle* [en ligne], publié le 2 février 2017, [consulté le 30 octobre 2018], https://ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/04/brochure_presidentielle_interactif.pdf/ ; Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Accès direct en kinésithérapie : le cas de l'urgence* [en ligne], publié le 2 mai 2017, [consulté le 30 octobre 2018], https://www.ordremk.fr/actualites/ordre/acces-direct-en-kinesitherapie-le-cas-de-lurgence/

[273] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Commission « Ostéopathie »*, *op. cit.* p. 9.

injustifiée au regard de l'article 1er du décret no 2007-435 du 25 mars 2007 et de la doctrine ordinale elle-même.

281- En effet, premièrement, il ne peut être prétendu que l'ostéopathie trouve à s'appliquer dans le cadre de pathologies organiques, alors même que l'article considéré exclut expressément celles-ci du domaine de compétences ostéopathique. Deuxièmement, le masseur-kinésithérapeute ostéopathe qui prend en charge un patient présentant un trouble lié à une pathologie organique exerce de manière certaine une action thérapeutique, ce qui est en contrariété avec l'appréhension, par le Conseil de l'Ordre, du diagnostic ostéopathique comme une compétence masso-kinésithérapique à dimension préventive. Troisièmement, le masseur-kinésithérapeute n'est pas pourvu dans ces conditions de la première intention, puisqu'il lui est fait obligation d'exercer ses actions à but thérapeutique sur prescription médicale[274].

282- En ce qui concerne notamment ce dernier point, le Conseil national de l'Ordre affirme ouvertement que « s'il est autorisé à exercer l'ostéopathie, le masseur-kinésithérapeute ostéopathe n'a pas besoin de prescription médicale pour l'exercice de l'ostéopathie (en première intention) qui a, par définition, un but fonctionnel, mais la prescription médicale reste indispensable à la pratique lorsqu'elle est exercée dans un but thérapeutique »[275]. Or, nonobstant la confusion entre le but poursuivi lors de l'exercice professionnel et la qualité des troubles pris en charge par le praticien ostéopathe, ainsi que la mention fortement surprenante d'une ostéopathie qui serait pratiquée à des fins thérapeutiques, cette affirmation relative à une ostéopathie qui serait de nature médicale entre en totale contradiction avec la doctrine même du Conseil national de l'Ordre des médecins, qui déjà en 2006 faisait savoir que « plus un trouble est fonctionnel, plus il exige un acte diagnostique difficile et lourd de conséquences qui exige une bonne formation médicale et une bonne expérience de la pathologie générale »[276]. L'instance ordinale masso-kinésithérapique ne saurait dès lors affirmé que le but fonctionnel poursuivi exonère le masseur-kinésithérapeute de la soumission de son action à la prescription médicale.

283- Manifestement, l'instance ordinale des masseurs-kinésithérapeutes peine grandement à établir une doctrine étayée par des arguments juridiques pertinents pour justifier l'incorporation de l'ostéopathie dans la masso-kinésithérapie. Par cette construction doctrinale, elle apporte plutôt sa pierre à l'édifice de la confusion entre le masseur-kinésithérapeute et l'ostéopathe. Cette position ordinale pernicieuse trouve son acmé dans la proposition d'incorporer la formation en ostéopathie

[274] Selon les termes de l'article L. 4321-1 du Code de la santé publique.

[275] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Commission « Ostéopathie »*, *op. cit.* p. 11.

[276] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *À propos du projet de décret visant à réglementer la pratique de l'ostéopathie*, *op. cit.*

dans les études préparatoires au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute.

b) Une incorporation de la formation en ostéopathie dans les études préparatoires du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute

284- À l'aune des arguments présentés au soutien de l'incorporation des pratiques ostéopathiques dans la masso-kinésithérapie, de la cohérence devant nécessairement résulter de la réingénierie des études préparatoires au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute et de l'intégration de celles-ci dans le système Licence-Master-Doctorat (LMD)[277], les membres du Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes défendent l'idée d'une incorporation de la formation en ostéopathie dans la formation initiale en masso-kinésithérapie.

285- Doit être relevé la logique de l'instance nationale qui sous-tend cette proposition doctrinale. En effet, en décembre 2010, les études préparatoires au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute sont dispensées en trois ans[278], aucun grade universitaire n'est rattaché au diplôme considéré[279] et l'intégration de ces études dans le système LMD n'est encore nullement acquise[280]. Le Conseil national de l'Ordre défend donc l'incorporation des champs ostéopathiques dans la masso-kinésithérapie surtout parce que cela pourrait conduire à l'instauration d'un degré de spécialisation pour le corps professionnel. Or, une telle institution emporterait automatiquement la validation d'un niveau d'études équivalent à bac+5[281], certainement la reconnaissance du diplôme à un grade universitaire de niveau master et éventuellement la possibilité pour les membres concernés du corps professionnel de s'émanciper du statut paramédical[282].

286- Cependant, l'instance ordinale nationale prend bien le soin de ne pas étayer les revendications des ostéopathes exclusifs, qui aspirent également à la reconnaissance de leur diplôme à un grade de master et à l'intégration de la formation en ostéopathie dans le système universitaire. Pour cette raison, les élus ordinaux ne proposent aucunement une équivalence entre le titre d'ostéopathe et la

---

[277] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Commission « Ostéopathie »*, *op. cit.* p. 4.

[278] La durée de ces études a été portée à quatre ans par les textes réglementaires édictés le 2 septembre 2015, *op. cit.*

[279] Ce qui n'est toujours pas la cas.

[280] Cette intégration dans le système universitaire n'est réalisée que de manière partielle par les textes réglementaires édictés le 2 septembre 2015, mais l'inscription des Sciences de la rééducation et de la réadaptation au Conseil national des universités le 30 octobre 2019 semble ouvrir la voie à une intégration pleine et entière des études préparatoires au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute dans le système universitaire.

[281] Trois années d'études préparatoires au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute et une année de spécialisation, auxquelles doit être ajoutée l'année préparatoire à l'admission dans l'Institut de formation à la masso-kinésithérapie.

[282] Conformément au rapport rédigé par les membres de la mission présidée par Laurent HÉNART, relatif à l'émergence des métiers de santé de niveau intermédiaire. Pour une étude du rapport en question, *cf.* Chapitre 1 : Une évolution déterminée par une proposition doctrinale préconisant la création de métiers en santé de niveau intermédiaire, p. 226.

spécialisation en masso-kinésithérapie. Pour ceux-ci, cette spécialisation doit être délivrée par « un jury ordinal et universitaire par VAP (loi de 1985) et/ou par la VAE (loi de janvier 2002) »[283]. Pour les membres du corps professionnel qui ne sont pas titulaires d'un titre délivré par une école agréée, « la qualification de masseur-kinésithérapeute ostéopathe [...] (pourrait) faire l'objet d'un certificat complémentaire de 1225 heures […] (ce qui) correspond à une année universitaire supplémentaire pouvant succéder aux études de masso-kinésithérapie ou être suivie ultérieurement »[284]. Le Conseil national de l'Ordre, particulièrement pragmatique, assortit ses recommandations du référentiel du masseur-kinésithérapeute ostéopathe[285], dans lequel sont détaillés les actes, les compétences et la formation qu'il souhaiterait voir délivrée[286].

287- Le Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes s'attache donc à développer une doctrine permettant l'appropriation par son corps dont il défend les intérêts du champ de pratiques ostéopathique. Afin de parfaire son entreprise, l'instance ordinale opère le démembrement du champ considéré et juge de la scientificité des actes et pratiques qui constituent ce dernier.

[283] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Commission « Ostéopathie »*, *op. cit.* p. 7.

[284] *Loc. cit.*

[285] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Le référentiel du masseur-kinésithérapeute (MK) et du masseur-kinésithérapeute ostéopathe (MKO)* [en ligne], publié le 12 octobre 2012, https://ordremk.fr/wp-content/uploads/2012/12/le-referentiel-2013.pdf/

[286] Les pouvoirs publics ne l'ont cependant pas pris en compte pour la rédaction du décret n° 2014-1043 du 12 septembre 2014 relatif à l'agrément des établissements de formation en ostéopathie, publié au JORF n° 213 du 14 septembre 2014, texte n° 7. Le Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes a tenté de faire annuler ce décret, sans succès, *cf.* CE, 4e ch., 23 décembre 2016, n° 387493, non publié au recueil Lebon.

Paragraphe 2 : Une doctrine ordinale réalisant le démembrement du champ de pratiques ostéopathique

288- Les organisations représentatives des ostéopathes exclusifs ont conscience que l'entreprise du Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes est susceptible de mener à la dilution du champ de pratiques ostéopathique dans la masso-kinésithérapie et que l'ostéopathie pourrait *in fine* échapper à leur contrôle. Ils multiplient leurs actions auprès des acteurs politiques et obtiennent des publics qu'ils réorganisent la Commission consultative nationale d'agrément des établissements de formation en ostéopathie.

289- Cette dernière, réformée par un décret du 12 septembre 2014[287], est alors composée, en ce qui concerne les membres représentatifs de la profession d'ostéopathe, d'une majorité d'ostéopathes exclusifs[288]. En effet, au sein de cette commission, ils sont dorénavant cinq, à faire face à deux médecins et deux masseurs-kinésithérapeutes[289], alors qu'autrefois, l'arrêté du 25 mars 2007[290] prévoyait qu'y siègent deux ostéopathes exclusifs, un médecin et un masseur-kinésithérapeute. Désormais prépondérants, les ostéopathes exclusifs obtiennent le non-renouvellement de l'agrément de la quasi-totalité des écoles intégrées dans des Instituts de formation en masso-kinésithérapie, mais également de celles délivrant des formations à temps partiel, au sein desquelles de nombreux masseurs-kinésithérapeutes étaient formés à l'ostéopathie. Ainsi, si pour l'année 2013-2014, soixante-sept écoles étaient agrées[291], il n'en reste que vingt-trois au début de l'année 2015-2016[292]. Considérant la perte notable de capacité d'influence des masseurs-kinésithérapeutes, le Conseil national de l'Ordre modifie sa stratégie. Entreprenant un véritable travail de démembrement du champ de pratiques ostéopathique, il prône la validité scientifique des actes qu'il souhaite s'approprier et discrédite les pratiques qu'il envisage de rejeter.

290- Afin d'exposer cette action ordinale, il convient de se pencher, dans un premier temps, sur les actes qui pour l'instance ordinale nationale possèdent un fondement scientifique avéré et méritent

[287] Décret n° 2014-1043 du 12 septembre 2014, *op. cit.*

[288] Si ne sont pas comptabilisés les huit membres de la fonction publique et sont uniquement appréhendés les membres représentatifs des professions concernées.

[289] Arrêté du 13 mars 2015 portant nomination des membres de la Commission consultative nationale d'agrément des établissements de formation en ostéopathie, JORF n° 65 du 18 mars 2015, texte n° 55.

[290] Article 11 du décret n° 2007-437 du 25 mars 2007, *op. cit.*

[291] Pour obtenir ce résultat, il convient d'effectuer la somme de toutes les écoles agrées par arrêté entre le 9 août 2007 et le 12 août 2013.

[292] Voir les décisions portant agrément des écoles d'ostéopathie, *cf.* JORF n° 157 du 9 juillet 2015.

d'être intégrés dans le champ de pratiques masso-kinésithérapique (A), avant de s'attarder, dans un second temps, sur les pratiques sur lesquels les élus ordinaux jettent le discrédit (B).

A. Des pratiques accréditées

291- Afin d'inciter les membres du corps professionnel à exercer, et subséquemment à s'approprier, tout ou partie du champ de pratiques ostéopathique, le Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes entreprend de démembrer le champ en question. Ce procédé constitue une option particulièrement intéressante, dans la mesure où il permet de circonscrire isolément les différents actes et pratiques constitutifs du champ considéré, évaluer chacun ou chacune au regard des données actuelles de la science et porter sur lui ou elle un avis présenté comme fondé et pertinent. Les avis ordinaux qui résultent de ces travaux poussent alors les membres du corps professionnels à penser qu'ils sont habilités à pratiquer les actes accrédités.

292- Afin de démontrer la réalité de cette volonté ordinale d'appropriation, il est proposé d'exposer, dans un premier temps, l'avis par lequel est promue la pratique de la manipulation articulaire par les membres du corps professionnel (a), avant de présenter, dans un second temps, l'avis nuancé qui est rendu à l'égard des actes réalisés sur les fascias (b).

a) Le crédit total accordé à la pratique de la manipulation articulaire

293- Au sein du champ de pratiques ostéopathique, la manipulation articulaire possède une place particulière. Elle en constitue manifestement l'acte emblématique, c'est-à-dire l'acte par lequel l'ostéopathie se distingue de toute autre activité de santé[293]. En effet, dans l'esprit de tous, profane ou professionnel, l'ostéopathe n'est-il pas celui qui « fait craquer », autrement dit celui qui exécute des manipulations articulaires ? C'est pour cette raison que la manipulation fait l'objet d'une attention toute particulière par le Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. En effet, parvenir à se l'approprier reviendrait à priver le corps des ostéopathes de ce qui pourrait faire sa singularité.

294- Contre l'idée de la primauté de l'acte de manipulation articulaire, d'aucuns ne manqueront pas de relever que depuis quelques années se développe un courant thérapeutique dit d'« ostéopathie

[293] S'il est fait abstraction, bien entendu, de la chiropraxie.

douce »[294], au sein duquel l'acte de manipulation articulaire ne trouve pas place. À cet égard, ils pourraient prétendre que l'acte de manipulation constitue un acte ostéopathique de rang secondaire et son appropriation par le corps des masseurs-kinésithérapeutes ne devrait avoir aucune incidence sur la spécificité de l'ostéopathe exclusif. Or, il peut leur être opposé deux arguments. Le premier argument réside dans la définition du champ de pratiques ostéopathique, composé selon l'article 1er du décret no 2007-435 du 25 mars 2007[295] « des actes de manipulations et mobilisations ». Puisque les mobilisations sont d'ores et déjà des actes partagés entre les corps professionnels considérés, seule la manipulation est de nature à singulariser le champ de pratiques ostéopathique[296], notamment vis-à-vis du champ masso-kinésithérapique. Ainsi, si le corps des masseurs-kinésithérapeutes venait à pratiquer et *in fine* s'approprier les actes de manipulation, cette spécificité viendrait naturellement à disparaître et la confusion totale des champs de pratiques serait opérée. Le second argument repose sur le pernicieux manque de spécificité de l'« ostéopathie douce ». En effet, puisque celle-ci n'est constituée que de mobilisations, elle correspond également à une pratique masso-kinésithérapique. En outre, cette pratique invite vraisemblablement à considérer que la manipulation articulaire n'est nullement indispensable au soin ostéopathique et pourrait être délaissée par le corps des ostéopathes exclusifs, ce qui justifie par ailleurs son appropriation par le corps des masseurs-kinésithérapeutes.

295- En tout état de cause, la notion de « manipulation », qui n'a jamais fait l'objet d'une définition dans le corpus juridique, ne figure dans aucun texte normatif relatif à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute. C'est cette dernière lacune que cherche manifestement à combler le Conseil national de l'Ordre. Ainsi, dans un avis de décembre 2014[297], l'instance ordinale tente de faire valoir les éléments juridiques qu'elle estime propres à justifier de l'habilitation du masseur-kinésithérapeute à pratiquer des manipulations articulaires. Après avoir rappelé que le champ de pratiques masso-kinésithérapique comprend « les mobilisations articulaires manuelles à l'exclusion des manœuvres forcées », elle affirme donc qu'en l'absence de la mention de « manœuvres forcées » dans « la définition internationale des manipulations formulée par l'International Federation of

[294] L'appellation « ostéopathie douce » est usitée plutôt par des individus non titulaires du titre d'ostéopathe, puisque ceux qui en sont pourvus défendent l'intangibilité tant du concept que du champ de pratiques ostéopathique, conception qui exclut toute distinction entre une ostéopathie qui serait douce et une autre qui serait dure, voire forcée ou brutale.

[295] Décret no 2007-435 du 25 mars 2007, *op. cit.*

[296] Tel qu'il ressort, en outre, de l'arrêt du Conseil d'État rendu par les 4e et 6e sections réunies le 23 mars 2016, dans lequel les juges de la Haute juridiction reconnaissent les « spécificités des manipulations en ostéopathie ». *cf.* CE, 4e-6e sect. réunies, 23 mars 2016, *op. cit.*

[297] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Avis no 2014-06 relatif aux manipulations articulaires* [en ligne], publié le 18 décembre 2014, https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/05/AVIS-CNO-n2014-06.pdf/

Orthopaedic Manipulative Physical Therapists (IFOMPT)[298], […] le kinésithérapeute est habilité à pratiquer les manipulations non forcées de toutes les articulations ».

296- La particularité du syllogisme ici utilisé doit être relevée. En effet, le Conseil national de l'Ordre ne se fonde pas sur un texte normatif en vigueur, mais sur une définition formulée par un organisme de droit privé. Il s'ensuit que la qualité juridique du raisonnement et *a fortiori* de l'avis est irrémédiablement compromise. En outre, l'instance ordinale nationale prend pour acquis que la manipulation articulaire appartient à la catégorie des mobilisations manuelles, alors que la question n'est aucunement tranchée. C'est donc dans la perspective de lui donner l'apparence d'un avis résultant d'un raisonnement juridique particulièrement rigoureux que ce dernier est formulé aux visas des articles R. 4321-4, R. 4321-7, R. 4321-62 du Code de la santé publique, lesquels renvoient au contenu de la pratique de la masso-kinésithérapie, et des articles R. 4321-1 et R. 4321-80, qui obligent les masseurs-kinésithérapeutes à pratiquer des actes « adaptés à l'évolution des sciences et des techniques » et prodiguer des soins « fondés sur les données actuelles de la science ».

297- L'avis ordinal, bien que totalement dépourvu d'un quelconque caractère normatif, fait l'objet d'une réception enthousiaste par l'ensemble des membres du corps professionnel, qui croient qu'ils sont désormais habilités à exécuter des manipulations articulaires. Pour eux, les avis formulés par l'instance nationale ont force de loi. Il conviendrait certainement de leur rappeler que « dans tous les cas les règles professionnelles ne peuvent être contraires aux règles étatiques »[299].

298- Ainsi, au travers de sa doctrine, le Conseil national de l'Ordre tente manifestement d'établir les bases d'une appropriation de l'acte de manipulation par le corps des masseurs-kinésithérapeutes. Le sort réservé aux actes pratiqués sur les fascias n'est pas le même. L'avis relatif à ces derniers reste à bien des égards nuancé.

b) Le crédit nuancé accordé aux actes pratiqués sur les fascias

299- Considérant l'article 1er du décret nº 2007-435 du 25 mars 2007, selon lequel les manipulations que le praticien ostéopathe est habilité à exécuter sont « musculo-squelettiques et myo-fasciales »[300], le champ de pratiques ostéopathique comprend nécessairement des actes appliqués directement ou

---

[298] Dans sa traduction française, cette définition correspond à une « poussée passive, de haute vélocité et petite amplitude, appliquée à une articulation dans les limites anatomiques dans le but de restaurer un mouvement et une fonction optimale, et/ou de réduire la douleur ».

[299] BRISSY Stéphane, « L'autorégulation des professions », *Droit social*, 2016, nº 2, p. 141.

[300] Pour plus de précisions sur l'analyse des notions de « musculo-squelettique » et « myo-fasciale » , *cf.* a) De la consistance de la manipulation, acte emblématique et supposé distinctif du champ de pratiques ostéopathique, p. 77.

par l'intermédiaire des fascias. Le Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes n'a pu ainsi omettre de rendre un avis sur cette autre pratique emblématique de l'ostéopathie. Ce dernier, particulièrement attendu, est formulé le 22 juin 2012[301].

300- D'emblée, il convient de relever que l'instance ordinale nationale n'a pas fait preuve d'une très grande constance dans son appréciation des actes appliqués sur ou par l'intermédiaire des fascias. En effet, dans le rapport relatif au statut du masseur-kinésithérapeute ostéopathe publié en 2010, le Conseil précisait qu'« un masseur-kinésithérapeute a le libre choix de ses actes et de ses techniques. Ainsi, même s'il n'est pas autorisé à user du titre d'ostéopathe il peut, au cours d'une séance de rééducation, intégrer des manœuvres […] (sur les) fascias »[302]. Les actes sur les fascias sont donc à partir de cette date, à l'instar de la manipulation articulaire, considérés par les élus ordinaux comme constitutifs d'une pratique appartenant au champ masso-kinésithérapique.

301- Cependant, quelques mois plus tard, le Conseil national de l'Ordre se trouve contraint de modifier totalement sa doctrine. Pour cause, un groupe de masseurs-kinésithérapeutes aux velléités sécessionnistes s'est organisé en Association nationale des kinésithérapeutes fasciathérapeutes. Ces derniers font alors valoir sur le site internet de leur association que la fasciathérapie constitue « une thérapie qui s'adresse au comportement vasculaire à travers la pulsologie (et une) méthode d'investigation et de régulation de l'ensemble des liquides du corps »[303], qui permet de réaliser « l'accordage somato-psychique » du patient. C'est donc dans la perspective de faire obstacle à un éventuel engouement pour ce courant professionnel difficilement contrôlable que l'instance ordinale suit, dans son avis du 22 juin 2012, la voie tracée par la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (MIVILUDES)[304] et interdit « à tout masseur-kinésithérapeute de faire valoir d'un titre ou d'une qualification en fasciathérapie et de présenter cette technique comme salutaire »[305].

302- En tout état de cause, le Conseil ne dénie pas véritablement aux actes sur les fascias un effet thérapeutique. Il ne fait que relever l'absence de fondements scientifiques éprouvés. Ainsi, pour lui, cette pratique ne correspond pas à « des soins fondés sur les données actuelles de la science médicale au sens de l'article R. 4321-80 du Code de la santé publique »[306]. La référence ici à « la

[301] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Avis n° 2012-03 relatif à la fasciathérapie* [en ligne], publié le 22 juin 2012, https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/05/AVIS-CNO-n2012-03.pdf/

[302] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Commission « Ostéopathie »*, *op. cit.* p. 8.

[303] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Avis n° 2012-03 relatif à la fasciathérapie*, *op. cit.*

[304] Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires, *Guide Santé et dérives sectaires*, Paris, La Documentation française, avril 2012, p. 26.

[305] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Avis n° 2012-03 relatif à la fasciathérapie*, *op. cit.*

[306] *Ibid.*

science médicale » est à souligner, puisque l'article du code visé mentionne simplement « la science », prise dans son acception la plus générale ! Toutefois, peut-il en être autrement, alors que le Conseil national de l'Ordre s'attache désormais à défendre la qualité médicale de l'ostéopathie exercée par ses membres ?

303- L'Association nationale des kinésithérapeutes fasciathérapeutes présente alors rapidement une requête auprès le Conseil d'État visant l'annulation tant de l'avis du Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes que de la décision implicite de rejet du recours gracieux formé contre ce dernier. Cependant, la Haute juridiction considère l'avis litigieux suffisamment motivé et rejette le pourvoi[307]. L'instance ordinale crie victoire[308]. L'association entreprend alors promptement de faire retirer la fasciathérapie de la liste des pratiques liées aux dérives sectaires figurant dans le guide de la MIVILUDES. Déboutée en première instance, la Cour administrative d'Appel de Paris fait droit à la demande de l'association, notamment au motif que la MIVILUDES n'a pas établi la dangerosité prétendue de l'approche fasciathérapique pour les patients ou l'existence d'une véritable dérive sectaire[309]. En conséquence, la fasciathérapie n'est plus mentionnée au rang des dérives sectaires depuis 2015[310]. Les actes réalisés par l'intermédiaire et sur les fascias restent donc à ce jour accrédités par le Conseil national de l'Ordre, à la condition toutefois d'être totalement intégrés à la masso-kinésithérapie et ne pas fonder un mouvement professionnel sécessionniste.

304- Les actes accrédités par l'instance ordinale nationale en vue de leur appropriation par le corps des masseurs-kinésithérapeutes ont été présentés. Il convient maintenant d'exposer les actes sur lesquels le Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes s'attache à jeter le discrédit.

B. Des pratiques discréditées

305- Au début des années 2010, le Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes opère un démembrement du champ de pratiques ostéopathique, s'auto-proclame juge de la scientificité et procède à un tri sélectif des actes et approches constitutifs, ce qui lui permet d'accréditer les actes qu'il souhaite voir intégrer le champ de pratiques masso-kinésithérapique et

---

[307] CE, 5e ss-sect., 8 décembre 2014, no 364750, inédit au recueil Lebon.

[308] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Le Conseil d'État reconnaît l'interdiction faite aux masseurs-kinésithérapeutes de se prévaloir de la qualification en fasciathérapie* [en ligne], publié le 9 décembre 2014, [consulté le 20 novembre 2018], https://ordre mk.fr/wp-content/uploads/2017/10/cnomk-cp-fasciatherapie-09-12-2014.pdf/

[309] CAA Paris, 8e ch., 7 décembre 2017, no 15PA02819.

[310] BLISKO Serge, *Rapport de la Miviludes au Premier ministre 2015*, Paris, La Documentation française, septembre 2016.

de jeter l'opprobre sur ceux dont il ne sait que faire. Par cette dernière entreprise, il cherche surtout à réduire à néant la crédibilité dont peuvent jouir les ostéopathes exclusifs, qui exercent, selon sa doctrine, une ostéopathie non médicale[311].

306- La démonstration de ce dernier point appelle à exposer, dans un premier temps, la manière dont le Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes procède pour jeter le discrédit sur certaines pratiques ostéopathiques (a), avant de préciser, dans un second temps, les approches thérapeutiques concernées par cette entreprise ordinale (b).

a) La qualification de dérive thérapeutique au service d'un discrédit

307- Au travers sa doctrine, le Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes incite les membres du corps professionnel à s'approprier tout ou partie du champ de pratiques ostéopathique. Dans un même temps, il s'attache à mettre fin aux courants sécessionnistes qui sont à l'œuvre.

308- En effet, au cours de la seconde moitié du XX^{e} siècle, des courants thérapeutiques alternatifs sont créés par des masseurs-kinésithérapeutes en réponse à l'interdiction arrêtée à leur encontre de pratiquer les traitements pouvant être rattachés de près ou de loin à l'ostéopathie[312]. Or, ces courants ne disparaissent pas lors la consécration légale de l'ostéopathie. Bien au contraire, suite à l'entrée en vigueur de la loi du 4 mars 2002, leurs promoteurs recherchent à faire reconnaître ces derniers comme des exercices masso-kinésithérapiques spécifiques. L'instance ordinale est ainsi confrontée au début des années 2010 à différents courants intra-professionnels, qui se révèlent être les substrats de velléités sécessionnistes de quelques masseurs-kinésithérapeutes. C'est donc afin d'y mettre un terme définitif que les membres ordinaux qualifient, dans des avis opposables à tous les praticiens inscrits au tableau de l'Ordre[313], toutes les pratiques ou approches qui peuvent être considérées comme insuffisamment éprouvées au regard des données actuelles de la science comme constitutives de dérives sectaires. Sont notamment concernés par cette qualification ordinale la

[311] Pour plus de précisions sur cette affirmation du Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *cf.* développement n^{o} 268, p. 96.

[312] Pour une étude de cette période, *cf.* a) Le développement subreptice de déclinaisons du champ de pratiques ostéopathique, p. 33.

[313] Inscription qui est obligatoire pour tout masseur-kinésithérapeute diplômé d'État souhaitant exercer sa profession sur le territoire national, à l'exception des professionnels militaires, en vertu de l'article L. 4321-10 du Code de la santé publique.

micro-kinésithérapie[314], la kinésiologie[315] et la biokinergie[316]. À cette fin, dès qu'il le peut, le Conseil fonde ses avis sur une autorité scientifique reconnue[317].

309- La formule « dérive thérapeutique » interroge, puisque le vocable « dérive » évoque le fait de se « détourner de la voie choisie ou considérée comme allant de soi »[318]. Peut-il être réellement considéré qu'il existe une voie déterminée pour la masso-kinésithérapie ? Pour les élus ordinaux, il ne fait aucun doute qu'à cette question il doit être répondu par l'affirmative. D'ailleurs, ils estiment qu'ils sont eux-mêmes en charge de déterminer cette voie. Ils rappellent donc régulièrement que « le non-respect des avis est susceptible d'entraîner la responsabilité disciplinaire du professionnel, l'ordre étant chargé de veiller à l'application des règles déontologiques. Le conseil d'État, par un arrêt, a reconnu au conseil national la compétence d'émettre des avis constituant une source de droit souple »[319]. De manière explicite, les élus ordinaux affirment donc qu'un de leurs rôles essentiels est de clarifier ce à quoi correspond la masso-kinésithérapie, les praticiens inscrits au tableau n'ayant pas d'autres choix que se conformer aux avis ordinaux, sous peine de voir leur responsabilité disciplinaire engagée. C'est en vertu de cette compétence à créer des règles de droit souple que le Conseil national clame être fondé à désigner la voie à suivre par le corps professionnel et à qualifier tout courant qui n'y serait pas conforme de « dérive thérapeutique ». Cependant, la notion de « droit souple » est appréhendée de manière incorrecte par les membres du Conseil national, qui méconnaissent manifestement que les règles ainsi désignées ne créent ni droit ni obligation à la charge de leurs destinataires[320].

310- Toutefois, la définition de la notion formulée par le Parlement européen semble leur donner partiellement raison. En effet, l'institution européenne énonce que les dérives thérapeutiques sont constituées par « toutes les pratiques thérapeutiques non fondées sur les données actuelles de la connaissance scientifique ou sur des travaux de méthodologie rigoureuse et contrôlée, effectués par

---

[314] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Avis n° 2013-02 relatif à la microkinésithérapie*, [en ligne], publié le 21 mars 2013, https://ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/05/AVIS-CNO-n2013-02.pdf/

[315] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Avis n° 2013-03 relatif à la kinésiologie* [en ligne], publié le 20 juin 2013, https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/05/AVIS-CNO-n2013-03.pdf/

[316] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Avis n° 2014-03 relatif à la biokinergie* [en ligne], publié le 25 juin 2014, https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/05/AVIS-CNO-n2014-03.pdf/

[317] À propos de la kinésiologie, le Conseil national de l'Ordre suit en effet l'avis de l'INSERM, formulé dans le rapport de GUEGUEN Juliette, VAN BUI Thuy, GOUAUX Léa *et al*., « Évaluation de la kinésiologie appliquée et des kinésiologies énergétiques : fiabilité et validité du test musculaire manuel, efficacité et sécurité des pratiques » , *Rapport de l'INSERM*, mai 2017.

[318] Centre national de ressources textuelles et lexicales, *D*érive [en ligne], [consulté le 26 novembre 2018], http://www.cnrtl.fr/definition/dérive/

[319] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Les avis du Conseil national*, Bull. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, 3e trimestre 2015, n° 28, p. 13.

[320] RICHARD Jacky et CYTERMANN Laurent, *Étude annuelle 2013 : le droit souple*, Paris, La Documentation française, 2 octobre 2013.

des expérimentateurs indépendants de tout intérêt lucratif quelconque […] (et ainsi) proposer des soins non validés scientifiquement en l'absence de consensus professionnel constitue une dérive thérapeutique et contrevient aux obligations déontologiques »[321]. Dans ces conditions, le Conseil national de l'Ordre semble légitimement pouvoir s'auto-proclamer juge de la scientificité des pratiques mises en œuvre par les membres du corps professionnel, marquer les pratiques qu'il désire s'approprier, mais qui ne sont pas validées scientifiquement, du sceau du « consensus professionnel » et qualifier les autres de « dérives thérapeutiques ».

311- Au travers de sa doctrine, le Conseil national de l'Ordre présente donc la masso-kinésithérapie comme une activité de santé constituée d'actes éprouvés au regard de la science médicale, précise les actes thérapeutiques auxquelles il doit être reconnu une validité scientifique et jette l'opprobre sur les pratiques auxquelles ils ne souhaitent pas donner son aval. Sans surprise, parmi ces dernières figurent les approches les plus spécifiques de l'ostéopathie.

b) Le discrédit jeté sur les approches les plus spécifiques de l'ostéopathie

312- Dans cette entreprise, le Conseil national se penche naturellement sur le champ de pratiques du masseur-kinésithérapeute ostéopathe et se décide à « diligenter une étude approfondie sur les fondements scientifiques des actes que les masseurs-kinésithérapeutes-ostéopathes peuvent être habilités à effectuer et leur conformité au regard des dispositions du code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes et notamment de leurs obligations de dispenser des soins conformes aux données de la science »[322]. Cette démarche lui apparaît parfaitement légitime et justifiée, dans la mesure où l'ostéopathie constitue, selon lui, « un exercice spécifique dans un domaine particulier des compétences professionnelles »[323].

313- C'est ainsi à l'occasion d'un avis sur l'ostéopathie crânienne[324] que le Conseil national rappelle la primauté du diplôme de masseur-kinésithérapeute sur celui d'ostéopathe. Pour l'instance ordinale, l'obligation de délivrer des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données de la science « s'impose à tout kinésithérapeute et notamment à ceux qui justifient d'un titre d'ostéopathe, car ils ne peuvent jamais se départir de leur condition de professionnel de santé dans

---

[321] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Avis n° 2016-02 relatifs aux dérives thérapeutiques* [en ligne], publié le 24 mars 2016, https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/05/AVIS-CNO-n2016-02.pdf/

[322] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Avis n° 2014-05 relatif aux fondements scientifiques* [en ligne], publié le 11 septembre 2014, https://ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/05/AVIS-CNO-n2014-05.pdf/

[323] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Commission « Ostéopathie »*, *op. cit.* p. 4.

[324] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Avis n° 2016-01 relatif à l'ostéopathie crânienne* [en ligne], publié le 24 mars 2016, https://ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/05/AVIS-CNO-n2016-01.pdf/

la pratique de l'ostéopathie ». Les élus ordinaux considèrent alors, au vu des travaux réalisés par le CORTECS[325], que « les techniques d'ostéopathie crânienne ne s'appuient à ce jour sur aucune hypothèse scientifiquement validée et ne bénéficient d'aucune preuve d'efficacité thérapeutique. Elles ne sont donc pas à ce titre des soins conformes aux données de la science ». Pareille formule est utilisée ultérieurement pour l'ostéopathie viscérale, au sujet de laquelle le CORTECS affirme qu'« au bout du compte, comme pour l'ostéopathie crânienne, les résultats des différentes revues et analyses de la littérature scientifique ainsi que des fondements théoriques de l'ostéopathie viscérale indiquent clairement que celle-ci est aujourd'hui dépourvue de fondement scientifique »[326].

314- Au travers de ces études, l'instance ordinale cherche manifestement à établir au sein d'un rapport qu'elle estime devoir faire foi que les approches les plus spécifiques de l'ostéopathie, et notamment celles que les organisations représentatives des ostéopathes exclusifs ont réussi à faire intégrer dans le décret n° 2007-435 du 25 mars 2007[327], sont totalement dépourvues de fondement scientifique. Le travail de démembrement du champ de pratiques ostéopathique permet ainsi au Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes de jeter l'opprobre sur les approches spécifiques qu'il ne souhaite pas voir intégrer la masso-kinésithérapie. Celles-ci sont aujourd'hui compilées dans le « guide d'information et de prévention contre les dérives thérapeutiques »[328].

315- Au final, par ce procédé, les membres de l'instance ordinale nationale tentent de discréditer totalement l'ostéopathie pratiquée par les praticiens exclusifs. Ils présentent cette dernière comme une activité dénuée de la qualité médicale, composée d'un champ de pratiques qui peut sans aucune difficulté être démembré, donc dont la cohérence peut être interrogée, et dont les approches les plus spécifiques, celles notamment qui donnent à l'ostéopathie son caractère holistique, ne sont pas fondées sur les données actuelles de la science médicale. Elles peuvent, à ce titre, être regardées comme illusoires.

316- Dans le présent titre, il a été démontré que le développement et la consécration juridique de l'ostéopathe dans le système de santé français sont venus profondément troubler le caractère

---

[325] Le CORTECS, Collectif de recherche transdisciplinaire esprit critique & sciences, est un regroupement de professionnels et universitaires dont les axes de recherche se concentrent autour de la pensée critique.

[326] GUILLAUD Albin, DARBOIS Nelly, PINSAULT Nicolas et MONVOISIN Richard, *L'ostéopathie viscérale, Rapport Cortecs commandé par le Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes* [en ligne], publié en décembre 2016, https://ordremk.fr/wp-content/uploads/2018/03/osteopathie-viscerale-rapport-cortecs-2016.pdf/

[327] Pour une étude du contentieux relatif aux approches viscérale et crânio-sacrée, *cf.* a) L'enchevêtrement jurisprudentiel des champs de pratiques et d'intervention ostéopathiques, p. 51.

[328] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Guide d'information et de prévention contre les dérives thérapeutiques* [en ligne], publié le 14 septembre 2016, https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2016/09/GUIDE-derives-therapeutiques.pdf/

distinctif des éléments essentiels de l'identité professionnelle du masseur-kinésithérapeute, qui à bien des égards tend à se confondre avec l'ostéopathe. Il peut être regretté que, dans le même temps, les champs professionnels du masseur-kinésithérapeute aient également été confondus avec ceux d'un autre praticien en santé, à savoir l'enseignant en Activité Physique Adaptée.

Titre 2 : De la confusion du masseur-kinésithérapeute et de l'enseignant en Activité Physique Adaptée

317- L'effacement du caractère distinctif des éléments essentiels de l'identité professionnelle du masseur-kinésithérapeute procède également de la confusion et de la mise en concurrence de ce professionnel avec l'enseignant en Activité Physique Adaptée (APA).

318- L'étude de leurs rapports réciproques ne saurait se résumer à la seule analyse du dispositif de prescription médicale d'Activité Physique Adaptée, introduit dans le Code de la santé publique par l'article 144 de la loi du 26 janvier 2016[329], tant les liens de connexité entre ces corps sont anciens. En effet, ceux-ci possèdent des origines communes, lesquelles s'articulent notamment autour de l'activité de « gymnastique » et expliquent la similarité de leurs champs professionnels actuels, et ce malgré leurs évolutions respectives dans des milieux fort différents. À cet égard, l'évolution des gymnastes scolaires, qui deviennent tour à tour les enseignants en Éducation Physique, puis les enseignants en Activités Physiques et Sportives, desquels sont issus les enseignants en APA, en marge du système de santé permet à ces derniers d'être pourvus d'attributs qui leur confèrent aujourd'hui un avantage certain sur les masseurs-kinésithérapeutes, restés depuis leur consécration dans le système de santé sous la nette domination du corps médical.

319- Afin d'exposer les origines de la confusion entre le masseur-kinésithérapeute et l'enseignant en Activité Physique Adaptée et démontrer la réalité de la concurrence actuelle entre les deux corps professionnels, il est proposé de se pencher, dans un premier temps, sur l'histoire des activités physiques en France et la manière dont émergent, dans le système de santé français, les Activités Physiques Adaptées (chapitre 1), avant de s'attarder, dans un second temps, sur les caractéristiques essentielles du dispositif de prescription médicale d'Activité Physique Adaptée, lequel instaure une véritable concurrence entre le masseur-kinésithérapeute et l'enseignant en Activité Physique Adaptée (chapitre 2).

[329] Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, *op. cit.*

Chapitre 1 : De l'histoire des Activités Physiques Adaptées

320- Il n'est pas utile de reprendre ici de manière détaillée l'histoire du développement en France de la gymnastique scolaire, l'Éducation Physique (EP) et les Activités Physiques et Sportives (APS) ni des courants doctrinaux qui ont façonné la discipline universitaire correspondante. En effet, ces éléments, fort intéressants au demeurant, ne permettent pas d'expliquer à eux seuls les circonstances et les conséquences de la consécration en janvier 2016 d'une filière des APS, à savoir les Activités Physiques Adaptées (APA), en tant qu'activité de santé.

321- Cette consécration apparaît pour beaucoup logique, eu égard au lien manifeste qu'il existe entre les activités physiques et la santé. D'ailleurs, ce lien est inscrit très tôt dans le corpus juridique et rappelé au sein de l'article inaugural de la loi du 16 juillet 1984[330], qui consacre les APS dans notre système juridique dans les termes suivants : « les activités physiques et sportives constituent un facteur important d'équilibre, de santé, d'épanouissement de chacun ». S'il ne peut dès lors être discuté le bien-fondé du choix opéré en janvier 2016 par les pouvoirs publics, il peut par contre être exposé en quoi le développement de la gymnastique scolaire, devenue tour à tour l'EP puis les APS, en marge du système de santé a permis *in fine* la mutation des APA en une véritable activité de santé et l'émergence d'un corps professionnel spécifique doté d'attributs avantageux, notamment par rapport à celui des masseurs-kinésithérapeutes.

322- Une première section fournira ainsi l'occasion de présenter le développement des Activités Physiques et Sportives en marge du système de santé (section 1), tandis qu'une seconde section permettra d'expliquer la mutation des Activités Physiques Adaptées en activité de santé (section 2).

[330] Loi n° 84-610 du 16 juillet 1984 relative à l'organisation et à la promotion des activités physiques et sportives, JORF n° 165 du 17 juillet 1984, p. 2288.

Section 1 : Du développement des Activités Physiques et Sportives en marge du système de santé

323- L'étude diachronique des Activités Physiques et Sportives (APS) vise principalement à révéler les origines communes des corps dont émanent les enseignants en Activité Physique Adaptée (APA) et les masseurs-kinésithérapeutes[331]. En effet, les deux corps originels partagent durant toute leur histoire un champ de pratiques spécifique, la gymnastique, dont les fondements peinent à être clairement distingués. En outre, à certains moments de leurs histoires s'effectuent entre eux des transferts de membres. Il en résulte un lien de connexité durable entre leurs champs professionnels, lequel ne s'est d'ailleurs au cours du temps que très peu estompé.

324- Par ailleurs, il est cherché à exposer en quoi le développement de la gymnastique scolaire, l'Éducation Physique et les APS en marge du système de santé permet *in fine* aux enseignants en APA d'être pourvus d'attributs avantageux par rapport aux masseurs-kinésithérapeutes. En effet, ces attributs expliquent en grande partie les raisons pour lesquelles les enseignants en APA sont appréhendés à partir des années 2010 comme des intervenants incontournables en santé, puis se voient confier en 2016 une compétence spécifique en santé, compétence qui rappelle fortement une de celles qui appartenaient autrefois aux masseurs-kinésithérapeutes.

325- Afin de mettre en exergue le lien de connexité qu'il existe entre les champs professionnels des masseurs-kinésithérapeutes et ceux des enseignants en APA et préciser les attributs avantageux dont sont pourvus ces derniers en raison du développement des différents corps dont ils sont issus en marge du système de santé, il convient de présenter, dans un premier temps, le développement originel de la gymnastique scolaire en France (paragraphe 1), puis de détailler, dans un second temps, l'intégration du champ disciplinaire correspondant dans le système universitaire (paragraphe 2).

[331] En ce qui concerne l'histoire des masseurs-kinésithérapeutes, celle-ci a été présentée dans l'introduction de la présente thèse, *cf.* développements n° 30 et suivants, p.14.

Paragraphe 1 : Du développement originel de la gymnastique scolaire

326- Au XIX[e] siècle, les préoccupations hygiénistes pénètrent la société française et la gymnastique se développe en France sous l'impulsion combinée de militaires, de médecins et d'enseignants de l'Instruction publique[332]. Celle-ci fait rapidement l'objet d'un enseignement scolaire spécifique, mais son intégration dans l'organisation des soins hospitaliers est plus tardive. Dans la première moitié du XX[e] siècle se dessinent alors les spécificités de deux gymnastiques distinctes que sont la « gymnastique scolaire » et la « gymnastique médicale ». Si toutes deux sont fortement marquées par le cadre institutionnel dans lequel elles évoluent, le lien de connexité qui s'est précocement établi entre elles tend à perdurer.

327- Afin de mettre en exergue ce lien de connexité, qui explique en grande partie la similarité actuelle des champs professionnels des masseurs-kinésithérapeutes et des enseignants en Activité Physique Adaptée, et étudier le rôle joué par les Docteurs en médecine dans l'établissement de ce lien de connexité, il doit être exposé, dans un premier temps, le développement de la gymnastique scolaire sous la tutelle militaire (A), puis détaillé, dans un second temps, son développement ultérieur sous l'influence du corps médical (B).

A. Le développement de la gymnastique scolaire sous la tutelle militaire

328- Dans la première moitié du XIX[e] siècle, sous l'impulsion du courant hygiéniste est pressentie au sein des écoles publiques la création d'un enseignement de gymnastique à destination des plus jeunes. Celui-ci, instauré dans le système scolaire par une loi du 15 mars 1850, n'a cependant pas vocation à améliorer l'état de santé des élèves. En effet, à la gymnastique scolaire est tout d'abord prêtée une finalité patriotique et militaire et l'enseignement délivré est placé sous la tutelle des militaires, qui imposent en conséquence leur modèle gymnique.

329- Les circonstances de cette introduction inaugurale dans les écoles publiques pouvaient ainsi laisser penser que la gymnastique scolaire et la gymnastique médicale évolueraient de manière fort différente. Or, cela n'a pas été totalement le cas. Avant d'en expliquer les raisons, il sera présenté, dans un premier temps, l'influence des militaires sur la construction de la gymnastique scolaire (a), puis précisé, dans un second temps, les raisons de son atténuation ultérieure (b).

[332] Le ministère de l'Instruction publique devient en 1932 le ministère de l'Éducation nationale.

a) Une gymnastique sous tutelle militaire

330- L'introduction en France du courant gymnique est principalement l'œuvre du colonel Francisco AMORÓS, qui crée en 1818 à Paris le premier établissement public français d'Éducation Physique destinée aux enfants des écoles[333]. Son succès est immédiat. Lui est ainsi rapidement confiée la direction de plusieurs gymnases, d'abord réservés à l'usage de militaires et de pompiers. Un public diversifié bénéficie ensuite pendant près de vingt ans de ses enseignements, ce qui lui permet d'étendre durablement son influence sur la gymnastique française. Peter Heinrich CLIAS, gymnaste d'origine suisse, développe quant à lui une gymnastique plus naturelle, dont la finalité apparaît fonctionnelle. Il publie dès 1819 un traité de gymnastique[334]. Cependant, son succès reste mitigé en France, notamment en raison de la réussite importante de Francisco AMORÓS.

331- Dans le milieu scolaire, l'instauration d'un enseignement de gymnastique est assurée par l'article 23 de la loi du 15 mars 1850 relative à l'enseignement[335]. Celle-ci est dispensée de façon facultative par l'instituteur, sous réserve d'y avoir été autorisée par le Conseil académique[336]. La circulaire de 1854 intègre la gymnastique dans les lycées de l'Empire[337]. Les Instructions officielles de 1859 réaffirment l'importance de la gymnastique, dont le but est de « développer d'une manière normale et progressive les forces du corps, à en rétablir, au besoin, l'équilibre et l'harmonie. C'est un exercice hygiénique que le médecin surveille et contrôle, et non pas un moyen de produire des prodiges d'agilité ou de hardiesse »[338]. À cette date, la gymnastique scolaire prend pour modèle la méthode développée par Francisco AMORÓS. Aux fins d'enseignement de la matière est requis le Certificat spécial d'aptitude à l'enseignement de la gymnastique (CSAEG), organisé par le décret du 3 février 1869[339]. Dans les écoles primaires, la mise en œuvre des cours de gymnastique est laissée à l'appréciation souveraine des conseils municipaux et l'enseignement est, dans la majorité des cas, confié à d'anciens militaires, souvent en raison d'une rémunération convoitée nettement inférieure à celle d'un professeur diplômé.

332- La défaite subie lors de guerre franco-prussienne de 1870 conduit certains membres du corps

---

[333] MOREL-FATIO Alfred, « Don Francisco Amorós, marquis de Sotelo, fondateur de la gymnastique en France », *Bull. hispanique*, 1925, n° 1, p. 36-78.

[334] CLIAS Peter Heinrich, BAILLOT Denis et BALLY Victor-François, *Gymnastique élémentaire, ou Cours analytique et gradué d'exercices propres à développer et à fortifier l'organisation humaine*, Paris, L. Colas, 1819.

[335] Loi n° 2029 du 15 mars 1850 sur l'Enseignement, dite loi FALLOUX, Bull. des lois, X^e^ série, t. 5, n° 246, p. 285.

[336] Circulaire du 17 août 1851 instituant un règlement modèle pour les écoles publiques, in : *L'enseignement du Français à l'école primaire – Textes officiels*, *Tome 1*, Paris, Institut national de recherche pédagogique, 1992, p. 176-178.

[337] Arrêté du 13 mars 1854 instituant un règlement pour l'enseignement de la gymnastique, BAMIP, t. 5, n° 51, p. 69.

[338] Circulaire aux recteurs sur l'enseignement de la gymnastique dans les établissements publics d'instruction, Bull. administratif du ministère de l'Instruction publique n° 201 du 9 mars 1869, t. XI, p. 267.

[339] Article 11 du décret du 3 février 1869 portant organisation de la gymnastique scolaire, BAMIP, t. 11, n° 201, p. 248.

politique, animés par un esprit de revanche, à œuvrer pour que la gymnastique dispensée à l'école soit organisée et contrôlée par les militaires. À cet égard, les propos de Léon GAMBETTA prononcés lors du discours à Bordeaux le 26 juin 1871 sont particulièrement explicites : « il faut mettre partout, à côté de l'instituteur, le gymnaste et le militaire, afin que nos enfants, nos soldats, nos concitoyens, soient tous aptes à tenir une épée, à manier un fusil, à faire de longues marches, à passer les nuits à la belle étoile, à supporter vaillamment toutes les épreuves pour la patrie »[340]. De la gymnastique sont alors attendues des vertus éducatives d'ordre militaire et patriotique. Des exercices militaires et le maniement du fusil sont intégrés à l'enseignement correspondant. À cet égard, Juste SIMON, nouveau ministre de l'Instruction publique, des Cultes et des Beaux-Arts, déclare le 27 décembre 1871 à propos de la gymnastique, devant les étudiants de l'École normale supérieure : « il importe de lui assurer sa place dans tous nos établissements, non seulement parce nous avons besoin pour l'armée d'hommes alertes, vigoureux ; mais aussi dans l'intérêt des études mêmes, parce que plus les corps sont assouplis et affermis, mieux ils suffisent aux esprits qui s'aiguisent ou se développent. En cela, le ministre de la Guerre nous seconde : il nous prêtera des fusils et des chevaux »[341].

333- Une loi du 27 janvier 1880[342] rend l'enseignement de la gymnastique obligatoire dans tous les établissements d'Instruction publique des garçons. Les exercices militaires sont introduits dans le plan d'études[343] et des bataillons scolaires sont organisés[344] conjointement par le ministre de l'Instruction publique et le ministre de la Guerre. Tous deux se partagent pendant près de douze ans le contrôle de la gymnastique dispensée dans le milieu scolaire[345]. Cependant, progressivement l'esprit de revanche s'estompe. Il en résulte une atténuation de la tutelle militaire originelle.

---

[340] GAMBETTA Léon, *Discours de Gambetta prononcé à Bordeaux le 26 juin 1871*, Paris, E. Lachaud, 1871, p. 11.

[341] SIMON Jules, « 27 décembre 1871 : Discours de Jules SIMON, ministre de l'Instruction publique et des Cultes, à la rentrée de l'École normale supérieure (extraits) »*, in : L'histoire et la géographie dans l'enseignement secondaire. Textes officiels. Tome 1 : 1795-1914,* Paris, Institut national de recherche pédagogique, 2000, p. 377.

[342] Loi n° 8916 du 27 janvier 1880 qui rend l'Enseignement de la Gymnastique obligatoire dans tous les établissements d'instruction publique de garçons dépendant de l'État, des Départements et des Communes, Bull. des lois, XII^e^ série, t. XX, n° 499, p. 25.

[343] Loi n° 11696 du 28 mars 1882, Bull. des lois, XII^e^ série, t. XXIV, n° 690, p. 381.

[344] Décret du 6 juillet 1882 relatif à l'instruction militaire et à la création de bataillons scolaires dans les établissements d'instruction primaire ou secondaire, BAMIP, t. XXVII, n° 500, p. 15.

[345] Le ministère de la Guerre est à l'initiative de la rédaction par l'école de Joinville du « manuel d'exercices gymnastiques et militaires », dans l'objectif de permettre la bonne application de la loi de 1880. Il obtient du ministère de l'Instruction publique le droit de distribuer des fusils à l'école.

b) L'atténuation de la tutelle militaire sur la gymnastique scolaire

334- En octobre 1887, une commission présidée par le Professeur Étienne-Jules MAREY, membre de l'Académie nationale de médecine, est nommée, afin de présenter les réformes souhaitées par le ministère de l'Instruction publique. Georges DEMENŸ, gymnaste et assistant du Professeur MAREY, est désigné rapporteur de la commission. C'est la toute première fois qu'un universitaire formé à la gymnastique médicale intervient dans l'élaboration des programmes de gymnastique dispensée à l'école. Celui-ci amorce la transformation scientifique de la gymnastique scolaire, « éclaté(e) entre les méthodes de divers concepteurs et entre ses branches militaire, commerciale, acrobatique ou orthopédique »[346]. Les nouveaux programmes, publiés le 8 août 1890[347], se caractérisent par un enseignement aux finalités exclusivement pédagogiques et hygiéniques[348]. Les exercices militaires en sont exclus et les bataillons scolaires sont supprimés. L'éducation devient la notion centrale du système scolaire. À l'instar de l'enseignement moral et religieux remplacé par l'Éducation civique, à la gymnastique est substituée l'Éducation Physique.

335- Cependant, cette dernière reste encore partiellement sous l'influence des militaires, puisque la nouvelle commission interministérielle chargée d'unifier les méthodes de gymnastique, nommée en décembre 1904, est présidée par le général CASTEX[349] et composée pour moitié de militaires[350]. La présence et l'influence de Georges DEMENŸ dans la commission sont néanmoins déterminantes et les travaux menés, qui conduisent à la rédaction d'un « manuel d'exercices physiques et de jeux scolaires », se fondent notamment sur les effets hygiéniques de la gymnastique et la lutte contre les mauvaises attitudes scolaires ou professionnelles.

336- La Première Guerre mondiale laisse subsister temporairement l'influence des militaires sur l'Éducation Physique. Dans les suites de l'après-guerre, la question du contrôle ministériel qui doit s'exercer sur celle-ci surgit. En juillet 1921, Henry PATÉ est « chargé au ministère de la Guerre de mission temporaire concernant l'Éducation physique et la préparation militaire »[351], alors que le ministre de l'Instruction publique, Léon BRÉRARD, vient de nommer au début de l'année

---

[346] POYER Alex, « 1854 : aux origines de l'institutionnalisation de la gymnastique scolaire. Contexte et portée de l'arrêté Fortoul », *Staps*, 2006, n° 71, p. 53.

[347] Arrêté du 8 août 1890 relatif aux programmes de l'enseignement de la gymnastique dans les établissements de l'enseignement primaire, JORF n° 218 du 18 août 1890, p. 41174.

[348] TERRET Thierry, « L'identité de l'éducation physique à l'école primaire (1880-1998), Une histoire de l'éducation physique – 1880–2000, Enseignements primaire et secondaire », *Spirales*, 1998, n° 13-14, p. 339-340.

[349] Le général CASTEX est remplacé le 14 juillet 1905 par le général MERCIER-MILON.

[350] Sur les quatorze membres de la commission, c'est-à-dire les membres en eux-mêmes, auxquels il doit être ajouté le Président et le Secrétaire-rapporteur, sept sont militaires.

[351] Décret du 22 juillet 1921 chargeant un membre de la Chambre des députés de mission temporaire non rétribuée, concernant l'éducation physique et la préparation militaire, JORF n° 202 du 29 juillet 1921, p. 8918.

Gaston VIDAL au poste de sous-secrétaire de l'Enseignement technique, auquel est supposée être rattachée l'Éducation Physique[352]. La question est posée : « À qui la direction des sports et de l'éducation physique ? À M. Henry Paté ? À M. Gaston Vidal ? Peut-être à tous les deux ... »[353]. Le ministre Léon BRÉRARD demande alors au Président de la République la création d'un bureau de l'Éducation Physique près le ministère de l'Instruction publique, mais sa demande reste sans effet. Le ministère de la Guerre conserve ainsi son emprise sur l'enseignement de l'Éducation Physique jusqu'au 11 octobre 1925, date à laquelle Paul BENAZET, Commissaire général à la Guerre chargé de l'Éducation physique, est nommé « sous-secrétaire d'État au ministère de l'Instruction publique et des Beaux-arts, chargé de l'Enseignement technique et professionnel, ainsi que […] l'Éducation physique et la préparation au service militaire »[354]. Les relations ministérielles s'améliorent et en 1928 est publié un Règlement général de l'Éducation publique, rédigé par le service du ministère de la Guerre et approuvé par le ministère de l'Instruction publique[355].

337- La soustraction des enseignants de l'Éducation Physique à la tutelle militaire est amorcée. Paul BENAZET est remplacé par Henry PATÉ, qui prend la direction du sous-secrétariat d'État au ministère de l'Instruction publique et des Beaux-arts chargé de l'Éducation physique, nouvellement créé[356]. La fin définitive de la tutelle militaire est réalisée par le transfert des crédits alloués à l'Éducation Physique dans le budget du ministère de l'Instruction publique[357]. La préparation militaire devient dès lors « une application spécialisée de l'Éducation physique », tel que l'affirme Gaston VIDAL dans un discours prononcé le 5 décembre 1929 devant la Chambre des députés[358].

338- Libérée de toute tutelle officielle, l'Éducation Physique est dans de bonnes dispositions pour amorcer son évolution. Les membres du corps médical, désormais regroupés au sein du ministère de la Santé, en convoitent alors le contrôle.

---

[352] Assemblée nationale, *Biographie de GastonVidal* [en ligne], [consulté le 18 avril 2018], http://www2.assemblee-nationale.fr/sycomore/fiche/%28num_dept%29/7365/

[353] *Le petit Parisien, Édition de Paris*, 2 août 1921, 46e année, no 16226.

[354] Ministère des Sports, *Historique du/des ministère(s) en charge de la jeunesse et/ou des sports, Liste des ministres* [en ligne], [consulté le 18 avril 2018], http://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/liste_ministres_cs5.pdf/

[355] Ministère de la Guerre, *Règlement général d'Éducation physique, Méthode française*, Paris, Imprimerie nationale, 1928.

[356] Décret du 5 août 1929 fixant les attributions du sous-secrétaire d'État de l'éducation physique, JORF no 186 du 9 août 1929, p. 9225.

[357] Loi du 20 juillet 1928 portant ouverture, sur l'exercice 1928, de crédits concernant les services de l'instruction publique en vue de l'organisation de l'éducation physique, JORF no 172 du 22 juillet 1928, p. 8182.

[358] Chambre des députés, *1re séance du jeudi 5 décembre 1929*, JORF des débats parlementaires du 6 décembre 1929, p. 3919.

B. Un développement ultérieur sous influence médicale

339- L'étude diachronique de l'Éducation Physique permet de révéler les origines communes de la gymnastique à visée thérapeutique et la gymnastique dispensée dans le milieu scolaire. En effet, celles-ci se rapprochent dans la première moitié du XX^{e} siècle, notamment lorsque la gymnastique scolaire passe sous le contrôle des membres du corps médical. S'établit ainsi durant cette période un lien de connexité entre les deux gymnastiques.

340- Afin de mettre en exergue ce lien de connexité, il convient de démontrer qu'après avoir établi son emprise sur la gymnastique médicale, le corps médical entreprend de contrôler la gymnastique scolaire. Il est ainsi proposé d'explorer, dans un premier temps, l'emprise du corps médical sur la gymnastique à visée thérapeutique (a), puis d'étudier, dans un second temps, le contrôle établi par le corps médical sur la gymnastique dispensée dans le milieu scolaire (b).

a) L'emprise du corps médical sur la gymnastique à visée thérapeutique

341- L'emprise des Docteurs en médecine sur la gymnastique à visée thérapeutique explique en grande partie la supposée légitimité du corps médical à contrôler tous les aspects de la gymnastique dispensée dans le milieu scolaire, la manière dont celui-ci a tenté le faire et la similarité des deux pratiques gymniques. Il apparaît donc tout autant nécessaire qu'opportun de présenter ici l'emprise exercée par les médecins sur la gymnastique à visée thérapeutique.

342- À cette fin seront successivement détaillées les circonstances dans lesquelles la gymnastique est introduite dans le milieu hospitalier (1), puis la manière dont les membres du corps médical parviennent à établir leur contrôle sur les gymnastes médicaux (2).

1. L'introduction de la gymnastique dans le milieu hospitalier

343- En 1847 est créé au sein de l'hôpital des Enfants malades, à titre expérimental, un cours de gymnastique. Celui-ci est confié à la direction d'Alexandre-Napoléon LAISNÉ, ancien sous-officier de l'armée française formé à la gymnastique par Francisco AMORÓS. Les résultats obtenus sur les patients atteints de pathologies invalidantes sont spectaculaires[359]. La gymnastique semble alors devoir être reconnue comme un moyen puissant de rétablissement de l'état de santé. La réputation

[359] BLACHE Jean Gaston Marie, *Du traitement de la chorée par la gymnastique*, Bull. Académie nationale de médecine, Paris, 1855, t. XIX, p. 598-608.

d'Alexandre Napoléon LAISNÉ et de sa technique thérapeutique s'accroît progressivement et de nombreuses expérimentations sont réalisées. Cependant, celles-ci restent fortement attachées à sa personne. L'expansion de la gymnastique médicale dans les services hospitaliers de l'époque s'en trouve considérablement impactée[360].

344- Ainsi, il faut attendre plus de trente ans pour que soit à nouveau réitérée l'expérience. Celle-ci, réalisée à l'hôpital de Cochin, est conduite par le Docteur Georges DUJARDIN-BEAUMETZ. Véritable promoteur de la gymnastique suédoise[361], créée par Pehr Heinrich LING, dans le système hospitalier français, ce médecin tire de son expérience les bases d'un ouvrage publié en 1888[362]. Certains médecins entrevoient alors dans ces cours de gymnastique l'opportunité de développer une spécialité dont ils seraient eux-mêmes les promoteurs. Alors que la loi du 30 novembre 1892 vient tout juste d'instituer en France le monopole médical[363], ceux-ci mettent en œuvre « les moyens d'appropriation [...] inhérents à leurs prérogatives : expérimentation […] études cliniques […] application systématique, pratique par les médecins eux-mêmes »[364]. Sous la direction de ces Docteurs en médecine, les techniques de gymnastique sont organisées et codifiées ; les fondements scientifiques sont expérimentés ; les effets sont évalués.

345- À ce stade, il pourrait être pensé que la gymnastique scolaire est fondée exclusivement sur les principes de Francisco AMORÓS, alors que la gymnastique médicale est organisée selon les préceptes de Pehr Heinrich LING. Cela est totalement faux. En effet, ces deux protagonistes exercent tous deux une influence déterminante sur la gymnastique dispensée tant dans les structures hospitalières de l'époque que dans le milieu scolaire. Par ailleurs, ces origines communes sont nettement confortées par le rôle joué par le corps médical dans le développement de ces deux pratiques. À cet égard, c'est en raison de leur emprise sur les gymnastes médicaux que les Docteurs en médecine parviennent à établir leur contrôle sur les enseignants d'Éducation Physique.

---

[360] Cette activité hospitalière constitue pour certains auteurs « une étape fondamentale de l'institutionnalisation de la gymnastique médicale en France » , *cf.* QUIN Grégory, « A Professor of Gymnastics in Hospital. Napoléon Laisné (1810-1896) introduce Gymnastics at the "Hôpital des Enfants malades" », *Staps*, 2009, n° 86, p. 79-91.

[361] Ce courant de gymnastique est élaboré par Pehr Henrik LING, qui crée une méthode de gymnastique dont les applications peuvent être, selon lui, tant pédagogiques, militaires, esthétiques que médicales.

[362] DUJARDIN-BEAUMETZ Georges, *L'hygiène thérapeutique, gymnastique, massage, hydrothérapie, aérothérapie*, Paris, Doin, 1888.

[363] Loi du 30 novembre 1892, *op. cit.*

[364] REMONDIÈRE Rémi, « L'institution de la kinésithérapie en France (1840-1946) » , *Les Cahiers du Centre de Recherches Historiques*, 1994, n° 12, p. 174-185.

2. L'emprise fondatrice du corps médical sur les gymnastes médicaux

346- Au début du XX^{e} siècle, des médecins convoitent ouvertement le contrôle de la gymnastique à visée thérapeutique qui s'est progressivement développée dans les établissements hospitaliers. Afin de parvenir à faire émerger une spécialité médicale distincte, ils créent ensemble en 1900 la Société de kinésithérapie (SDK), dont la présidence est confiée au Docteur Just LUCAS-CHAMPONNIÈRE. Le Professeur Étienne-Jules MAREY est nommé président d'honneur, notamment en raison de son statut de Président de l'Académie nationale de médecine et sa renommée internationale, qui « procure(nt) à la S.D.K. un label de respectabilité »[365], alors qu'« une grande partie du corps médical estimant ces techniques indignes de lui […] (les délaisse) tout en revendiquant une exclusivité de leur pratique »[366].

347- La Première Guerre mondiale précipite l'emprise du corps médical sur la gymnastique à visée thérapeutique. En effet, le nombre important de blessés exacerbe rapidement les besoins en main-d'œuvre susceptible de délivrer des soins de rééducation. L'opportunité est alors saisie par certains Docteurs en médecine qui se présentent comme les spécialistes d'une discipline médicale spécifique pour réclamer et obtenir des aides sur lesquelles ils vont exercer un fort pouvoir hiérarchique. D'ailleurs, pour l'occasion, les conditions de recrutement et de formation sont simplifiées, ce qui permet l'intégration rapide des candidats sélectionnés. Ainsi, « les médecins mécanothérapeutes militaires sont formés [...] en dix jours seulement et leurs élèves en trois jours […] ces derniers, pour peu qu'ils soient habiles, sont recrutés au sein des hôpitaux suivant leurs compétences pédagogiques, tels les instituteurs, professeurs, mais aussi en fonction de l'intérêt qu'ils portent "au corps", tels les masseurs, les professeurs de gymnastique, les sculpteurs »[367].

348- Ce recrutement élargi permet le transfert de certains enseignants d'Éducation Physique vers le corps des gymnastes médicaux. Sans jamais remettre en cause l'autorité du corps médical, ceux-ci s'investissent entièrement dans les services de rééducation, institués dans l'urgence. Au sortir de la guerre, l'instauration de service de « récupération fonctionnelle » dans les établissements de soins français, sur le modèle de celui de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, qui est alors sous la direction du Docteur Gabriel BIDOU[368], permet aux transfuges d'embrasser pleinement une carrière hospitalière.

349- En tout état de cause, ce n'est qu'une fois assurés de leur emprise sur la gymnastique à visée thérapeutique et les gymnastes médicaux que les membres du corps médical entreprennent de

[365] MONET Jacques, *op. cit.* p. 451.

[366] MACRON Alain, *op. cit.* p. 597.

[367] REMONDIÈRE Rémi, « L'institution de la kinésithérapie en France (1840-1946) » *op. cit.*

[368] WIROTIUS Jean-Michel, « Histoire de la rééducation », *Encyclopédie médico-chirurgicale, Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation*, 1999, fasc. 26-005-A-10, p. 4.

prendre le contrôle de la gymnastique dispensée dans le milieu scolaire.

b) Le contrôle de la gymnastique dispensée dans le milieu scolaire

350- Après avoir établi leur emprise sur la gymnastique à visée thérapeutique, les membres du corps médical entendent contrôler le contenu et l'exécution des cours de gymnastique scolaire, ainsi que les enseignants qui délivrent ceux-ci. Pour les Docteurs en médecine, leur demande est parfaitement légitime, en ce qu'ils sont, selon eux, les seuls à maîtriser parfaitement les concepts gymniques et la mise en application de ces derniers.

351- Aux fins de mettre en exergue la manière dont les médecins ont tenté de faire mainmise sur l'intégralité de la gymnastique dispensée en France, c'est-à-dire sur la gymnastique thérapeutique et la gymnastique scolaire, il convient d'exposer, dans un premier temps, comment ceux-ci ont œuvré pour que soit généralisée l'inspection orthopédique des enfants scolarisés (1), puis d'expliquer, dans un second temps, les moyens par lesquels ils ont tenté de prendre possession des savoirs en formation et établir leur contrôle sur les enseignants d'Éducation Physique (2).

1. Un contrôle au travers de l'inspection orthopédique des enfants scolarisés

352- La nomination du Professeur Étienne-Jules MAREY en 1887 à la présidence de la Commission de réforme de l'enseignement de la gymnastique témoigne déjà à l'époque de l'intérêt croissant du corps médical pour la gymnastique dispensée dans le milieu scolaire. Pour certains auteurs, cette nomination constitue l'événement inaugural d'« une longue période pendant laquelle les médecins prennent une place prédominante dans le champ de l'Éducation physique »[369]. Cependant, ce n'est qu'en 1912, à l'occasion d'un rapport présenté devant l'Académie nationale de médecine sur le mémoire du Docteur GOURDON relatif à la prophylaxie des difformités physiques chez les enfants dans les écoles de la ville de Bordeaux[370], que l'instance médicale invite les pouvoirs publics à entreprendre la généralisation de l'inspection orthopédique à visée prophylactique de tous les enfants scolarisés[371] et instaurer le contrôle par les médecins de la réalisation et les effets des cours

[369] TRAVAILLOT Yves, *Histoire de l'Éducation physique, Genèse d'une discipline scolaire*, Paris, Yves Travaillot, septembre 2002, p. 63.

[370] KIRMISSON Édouard, *La prophylaxie des difformités physiques chez les enfants. L'inspection orthopédique scolaire de la ville de Bordeaux*, Bull. Académie nationale de médecine, Paris, 1912, t. LXVII, p. 368-372.

[371] Bien que l'article 9 § 7 de la loi du 30 octobre 1886 sur l'organisation de l'enseignement primaire (JORF n° 296 du 31 octobre 1886, p. 4997) leur confère d'ores et déjà un contrôle de l'état de santé des enfants dans les écoles tant publiques que privées.

de gymnastique.

353- Rapidement mises en œuvre, les premières inspections réalisées révèlent un nombre important d'enfants porteurs de troubles orthopédiques constitués. Les Docteurs en médecine font alors valoir qu'à l'égard de ceux-ci les cours de gymnastique, tels qu'habituellement dispensés, sont inadaptés. Ainsi, ils exhortent les pouvoirs publics à instituer des cours de gymnastique spécifiques, délivrés sous contrôle médical. Le troisième Congrès international d'Éducation Physique, organisé par la Faculté de médecine de Paris du 17 au 20 mars 1913, est ainsi l'occasion pour le corps médical d'établir les principes qui, selon lui, doivent gouverner le rapport entre la gymnastique scolaire et la gymnastique médicale[372]. Si la première doit s'adresser « à des êtres normaux et sains »[373], la seconde doit s'appliquer « à des infirmes ou à des malades, parmi lesquels on doit comprendre les retardés de croissance » [374]. Avant toute prise en charge efficace, il apparaît donc pertinent que « tous les enfants (soient) examinés par un médecin-inspecteur qui les classera en normaux et retardés ; les enfants normaux seront confiés à l'éducateur physique sous la surveillance effective du médecin prescripteur ; par les retardés ceux qui seront justiciables d'un traitement cinésique seront confiés au médecin cinésithérapeute »[375].

354- L'inspection orthopédique des enfants scolarisés apparaît aujourd'hui parfaitement pertinente et justifiée. Toutefois, à cette époque, en établissant une distinction entre les enfants considérés comme sains et ceux porteurs de troubles orthopédiques, les Docteurs en médecine contestent les bienfaits de cours de gymnastique qui seraient les mêmes pour tous et critiquent la compétence générale des enseignants d'Éducation Physique. Les propos du Docteur Georges WEISS sont à cet égard particulièrement explicites, puisque selon lui « des inspecteurs compétents (doivent) visiter périodiquement les établissements d'enseignement secondaire, afin de maintenir en haleine les professeurs de gymnastique »[376].

355- En effet, au-delà de l'inspection orthopédique des enfants scolarisés, les membres du corps médical cherchent à établir leur contrôle sur le suivi des exercices de gymnastique délivrés aux

---

[372] Les champs disciplinaires sont encore en construction. La gymnastique scolaire, la gymnastique pédagogique et l'Éducation physique, ainsi que la gymnastique médicale et la cinésithérapie tendent alors à se confondre.

[373] MESNARD René, « La cinésithérapie comme préface à l'éducation physique des retardés », *in : Congrès international de l'éducation physique, Paris 17–20 mars 1913, Tome II : Résumés et rapports*, Paris, J.-B. Baillière et fils, 1913, p. 19.

[374] Selon le Docteur René MESNARD, dans cette catégorie sont compris les enfants qui présentent des « troubles des fonctions de relation dépendant de l'intégrité à la fois du squelette et de ses organes moteurs […] (dont) des affections dites orthopédiques : pied plat, genu vulgum et varum, coxa vara, scoliose, cyphose, lordose, etc. […] ».

[375] *Loc. cit.*

[376] WEISS Georges, « La situation de l'Éducation physique dans les établissements d'enseignement secondaire en France », *in : Congrès international de l'éducation physique, Paris 17–20 mars 1913, Tome II : Résumés et rapports*, Paris, J.-B. Baillière et fils, 1913, p. 39.

enfants, mais surtout sur les enseignants d'Éducation Physique.

2. L'échec d'un contrôle absolu sur les enseignants d'Éducation Physique et les savoirs correspondants

356- À la fin de la Première Guerre mondiale, le corps médical établit progressivement son emprise sur l'Éducation Physique. Le Congrès national d'Éducation Physique, qui se déroule entre les 24 et 26 septembre 1923 à Bordeaux, est pour lui l'occasion de mettre en exergue sa nette prééminence sur les savoirs en formation, laquelle semble pour lui totalement justifiée au regard de ses apports scientifiques à la matière, mais surtout de tenter d'en prendre le contrôle absolu. Ainsi, le Docteur RICHARD ne manque de dénoncer lors du congrès, à propos de l'Éducation Physique, « le mal qui retarde sa croissance […] (autrement dénommé par) James Tait McKenzie "la Guerre des Systèmes en France" »[377]. Sa proposition, visant à ce que ne soient plus déterminés « la conduite et le dosage de l'éducation physique […] en prenant comme drapeau tel ou tel nom […], mais (plutôt) en prenant comme base les grandes vérités que la physiologie nous enseigne », fait alors consensus.

357- À partir de ce moment-là, l'Éducation Physique subit un véritable changement de paradigme. À la typologie fondée sur les méthodes développées par les gymnastes se substitue une répartition des exercices en fonction des capacités physiologiques des élèves, que le corps médical affirme être le seul compétent à déterminer. Les Facultés de médecine proposent « d'assurer la formation des professeurs d'E.P. malgré la présence d'initiateurs professionnels de méthodes de gymnastique qui ambitionnent un enseignement universitaire indépendant »[378]. En tout état de cause, ces derniers comprennent parfaitement les ambitions du corps médical et sa volonté d'accaparer les savoirs en formation. Ils se regroupent ainsi au sein de Société des professeurs spécialistes de culture physique médicale de France et acceptent, de manière habile, la création dans les Facultés de médecine de structures spécifiques destinées à l'enseignement de l'Éducation Physique, qui sont dénommées Instituts régionaux d'Éducation Physique (IREP)[379].

358- Sur le terrain, les Instructions ministérielles du 1er octobre 1945[380] organisent la répartition par le médecin scolaire des élèves en fonction de leurs capacités physiologiques et le regroupement des

---

[377] MESNARD René, *op. cit.*

[378] MONET Jacques, « La kinésithérapie, une spécialité impossible ? Le métier de kinésithérapeute : une approche socio-historique » , *Le livre vers… de la masso-kinésithérapie*, Paris, Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, 2011, p. 14.

[379] Pour plus de précisions, *cf.* a) L'intégration de l'Éducation Physique dans le système universitaire, p. 132.

[380] Instructions ministérielles du 1er octobre 1945 à l'usage des Professeurs et des Maîtres d'Éducation physique et Sportive [en ligne], [consulté le 28 avril 2018], http://projet-demeny.univ-fcomte.fr/pdf/1945-10-01.pdf/

enfants considérés comme « normaux », « moyens », « à ménager » et « dispensés d'Éducation physique normale ». Les élèves de ce dernier groupe doivent alors « suivre des cours spéciaux de […] (gymnastique) corrective dans un dispensaire ou à l'établissement », ce qui conduit *de facto* à l'institution de cours de gymnastique médicale dans l'enceinte même de nombreuses écoles. Les enseignants qui prennent en charge quotidiennement ses enfants sont alors placés directement sous la direction du médecin chargé de l'inspection orthopédique.

359- Certains enseignants ne tardent pas à revendiquer « un diplôme de spécialistes en gymnastique médicale »[381], notamment en raison des compétences qu'ils ont développées afin de « prodiguer des soins rééducatifs et correctifs destinés à des enfants déficients ou présentant des déformations vertébrales »[382]. La création de la profession de masseur-kinésithérapeute dans le système de santé français, réalisée par la loi du 30 avril 1946[383], aurait pu probablement permettre à un grand nombre d'entre eux d'embrasser cette profession, dans la mesure où cette faculté était ouverte par l'article 5 de la loi précitée, à la condition toutefois de justifier d'un exercice de la gymnastique médicale d'une durée équivalente à trois années consécutives. Or, Rémi REMONDIÈRE[384] met en évidence que seules 246 demandes d'équivalence au diplôme de masseur-kinésithérapeute ont été déposées par les praticiens titulaires du diplôme de gymnaste médical[385], nombre qui peut être expliqué en partie, en ce qui concerne les enseignants en Éducation Physique, par l'impossibilité de remplir la condition de durée antérieure d'exercice.

360- La plupart des enseignants d'Éducation Physique désireux de faire reconnaître la spécificité de leur pratique investissent alors les centres de rééducation physique[386] créés l'année suivante sous l'impulsion du ministère de l'Éducation nationale, échappant de cette manière à l'autorité médicale hospitalière[387]. Cependant, les masseurs-kinésithérapeutes ne tardent pas à revendiquer et obtenir la prise en charge exclusive des enfants considérés comme « à ménager » ou « dispensés d'Éducation physique normale ». Ainsi, « au début des années 50, les professeurs d'EPS ne s'occupent plus que

---

[381] MONET Jacques, « La kinésithérapie, une spécialité impossible ? Le métier de kinésithérapeute : une approche socio-historique », *op. cit.*

[382] *Loc. cit.*

[383] Loi n° 46-857 du 30 avril 1946, *op. cit.*

[384] REMONDIÈRE Rémi, *Le geste et la plume : histoire d'une professionnalisation en devenir : les masseurs-kinésithérapeutes dans la France d'hier et d'aujourd'hui (1790-1990)*, GOUBERT Jean-Pierre (dir.), thèse de doctorat, sociologie, EHESS, 1996.

[385] Décret n° 2483 du 13 août 1942, *op. cit.*

[386] Certains auteurs considèrent ces centres comme un « enjeu de pouvoir entre les médecins et les enseignants d'EPS de l'immédiat après guerre ». En ce sens, *cf.* ATTALI Michaël et SAINT-MARTIN Jean, *L'éducation physique de 1945 à nos jours, Les étapes d'une démocratisation*, 3e éd., Paris, Armand Colin, 2015, p. 54.

[387] MONET Jacques, « La kinésithérapie, une spécialité impossible ? Le métier de kinésithérapeute : une approche socio-historique », *op. cit.* p. 14.

des cas les plus légers de déviations morphologiques »[388] et l'« éducation physique spécialisée »[389] est progressivement supplantée par la masso-kinésithérapie. Les centres de rééducation physique ferment les uns après les autres et ces professeurs d'EPS réintègrent les établissements scolaires.

361- La proximité qui longtemps prévaut entre les gymnastes médicaux et les gymnastes scolaires, desquels sont issus respectivement les masseurs-kinésithérapeutes et les enseignants en APA, a été explorée. À partir de leur consécration, ces deux corps évoluent de manière fort différente. En effet, les gymnastes médicaux, devenus les masseurs-kinésithérapeutes, s'installent pleinement dans le système de santé et ne remettent jamais vraiment en question le contrôle hiérarchique exercé sur eux par les membres du corps médical, alors que les gymnastes scolaires, rapidement dénommés les enseignants d'Éducation Physique, cherchent à progresser dans le milieu scolaire. L'intégration précoce de leur formation dans les Facultés de médecine leur permet de développer les fondements scientifiques de savoirs à vocation universitaire. Le corps professionnel en devenir se dote de cette manière précocement d'attributs susceptibles de s'avérer à l'avenir particulièrement avantageux, notamment dans ses rapports avec le corps des masseurs-kinésithérapeutes.

[388] ATTALI Michaël et SAINT-MARTIN Jean, *op. cit*. p. 38.

[389] TAJRI Yacine, *L'éducation physique des élèves déficients durant le second vingtième siècle (de l'après-guerre à la fin des années 1990)*, FROISSART Tony et SAINT-MARTIN Jean (dir.), thèse de doctorat, Sciences et techniques des Activités physiques et sportives, université de Strasbourg, 2020.

Paragraphe 2 : Des avantages du développement de l'Éducation Physique en marge du système de santé

362- Au cours de la seconde moitié du XX^{e} siècle, la gymnastique dispensée dans le milieu scolaire se distingue nettement de la gymnastique médicale. En effet, alors que la gymnastique médicale est développée sur la base de pratiques empiriques par les membres d'un corps professionnel qui reste sous le contrôle des Docteurs en médecine, la gymnastique scolaire, devenue l'Éducation Physique, se mute en discipline universitaire et se dote de fondements scientifiques validés. Il en résulte que les deux corps professionnels qui exercent les activités de santé qui découlent de la gymnastique médicale et de la gymnastique scolaire, à savoir respectivement les masseurs-kinésithérapeutes et les enseignants en Activité Physique Adaptée, sont pourvus en 2016 d'attributs différents.

363- Dans la perspective d'expliquer en quoi l'intégration précoce de l'Éducation Physique dans le système universitaire permet aux enseignants en Activité Physique Adaptée d'être dotés d'attributs particulièrement avantageux par rapport aux masseurs-kinésithérapeutes, il sera présenté, dans un premier temps, l'histoire du développement de l'Éducation Physique dans le système universitaire (A), puis exposé, dans un second temps, les attributs dont sont dotés, en vertu de ce développement, les enseignants en Activité Physique Adaptée (B).

A. Un développement modelé par le système universitaire

364- Au cours des années 1920, les savoirs en lien avec l'Éducation Physique sont incorporés à des enseignements spécifiques délivrés dans l'enceinte de l'institution universitaire. Ce développement de savoirs disciplinaires est réalisé tout d'abord par les Facultés de médecine. Ce n'est que dans un second temps que les enseignants d'Éducation Physique, désormais dotés du statut universitaire, parviennent à s'émanciper de la tutelle du corps médical et transformer leurs savoirs en un véritable champ disciplinaire, dispensée en hors des structures médicales.

365- L'étude de cette évolution invite à exposer, dans un premier temps, l'intégration de l'Éducation Physique dans le système universitaire (a), présenter, dans un deuxième temps, l'autonomisation institutionnelle de l'Éducation Physique (b), et aborder, dans un troisième temps, la transformation de cette dernière en Sciences et techniques des Activités Physiques et Sportives (c).

a) L'intégration de l'Éducation Physique dans le système universitaire

366- Au sortir de la Première Guerre mondiale s'impose l'idée défendue depuis plus de vingt ans par le Docteur Philippe TISSIÉ, « selon laquelle l'éducation physique ne peut être légitimée dans le système éducatif que s'il existe des professeurs compétents, formés au sein de l'université »[390]. Ainsi, il est rapidement préconisé de « mettre un terme aux formations empiriques des premiers moniteurs et professeurs de gymnastique dispensées presque exclusivement par l'armée française et sa célèbre école de formation, l'école de Joinville »[391] et intégrer la formation de ceux-ci, à l'instar de celles de la plupart des enseignants, dans un cursus dispensé au sein des universités.

367- Si l'article 3 d'un décret du 31 juillet 1920 permet que soient « constitué(s) dans les facultés des instituts destinés aux recherches scientifiques ou aux applications pratiques »[392], l'Éducation Physique ne fait objectivement l'objet que de timides initiatives. À cet égard, il peut être notamment évoqué des « cours appliqués à l'éducation physique (physiologie, anatomie, pédagogie, etc.) adressés aux spécialistes de l'enseignement de l'éducation physique et du personnel enseignant du primaire »[393], dispensés dans quelques Facultés de médecine.

368- L'adhésion du Professeur Clément SIGALAS, doyen de la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux, aux idées du Docteur TISSIÉ est alors déterminante. Le Congrès national d'Éducation Physique de Bordeaux, organisé du 24 au 26 septembre 1923, offre à ces deux protagonistes l'opportunité de diffuser au sein du corps universitaire l'idée d'une « création d'Instituts régionaux d'éducation physique, établis au siège des diverses universités régionales et rattachés tout naturellement et logiquement aux Facultés ou École de médecine de ces universités [...] qui devraient être à la fois des centres de recherches, des centres d'enseignement et des centres de pratique de l'Éducation physique et sportive »[394].

369- Le premier Institut régional d'Éducation Physique (IREP) est logiquement créé dans la Faculté de médecine de Bordeaux, en décembre 1927[395]. En à peine dix-huit mois, ce sont au total huit IREP

---

[390] SAINT-MARTIN Jean, « La création des Instituts régionaux d'éducation physique et le modèle du médecin gymnaste en France à la fin des années 1920 », *Staps*, 2006, n° 71, p. 9.

[391] *Loc. cit.*

[392] Décret du 31 juillet 1920 relatif à la constitution des universités, JORF n° 213 du 6 août 1920, p. 11292.

[393] EL BOUJJOUFI Taïeb et DEFRANCE Jacques, « De l'éducation physique à l'université. Accumulation scientifique et mobilisation politique dans la formation d'instituts régionaux d'éducation physique (1923-1927) », *Movement & Sport Sciences*, 2005, n° 54, p. 97.

[394] *Journal de Médecine de Bordeaux*, 10 décembre 1923, n° 24 *in* : Taïeb EL BOUJJOUFI, Jacques DEFRANCE, *op. cit.* p. 979.

[395] Décret du 10 décembre 1927 portant création de l'Institut d'éducation physique de l'université de Bordeaux, JORF n° 294 du 19 et 20 décembre 2007, p. 12765.

qui voient le jour[396], au sein desquels sont formés les futurs professeurs d'Éducation Physique et les médecins spécialisés. À ces Docteurs en médecine est délivré un diplôme spécifique, qui atteste de la validation d'un cursus propre à leur permettre de « sélectionner les sujets pouvant pratiquer l'éducation physique et les sports [...] connaître les ressources thérapeutiques de cette discipline […] être familiarisés aux côtés techniques de l'éducation […] collaborer avec les professeurs d'éducation physique et […] veiller à ce que leurs idées thérapeutiques soient convenablement appliquées dans les leçons quotidiennes »[397].

370- L'enseignement de l'Éducation Physique est donc dispensé dans un premier temps au sein des Facultés de médecine. Les savoirs en construction ne semblent alors pas en mesure de se soustraire à l'emprise des médecins hospitalo-universitaires. Cependant, s'organise rapidement un mouvement visant à obtenir l'autonomie disciplinaire.

b) L'autonomisation institutionnelle de l'Éducation Physique

371- Dès 1927, Georges HÉBERT, inventeur de la méthode naturelle, qui s'oppose en de nombreux points à la méthode suédoise adoptée par le corps médical, dénonce sans équivoque « l'ingérence des médecins dans tout ce qui touche à l'éducation physique »[398], notamment au travers d'un article intitulé « Médecins, Halte là »[399]. Pour cet auteur, il ne fait aucun doute que « l'éducation physique de la jeunesse est avant tout une question pédagogique et non pas physiologique, encore moins médicale ». Sa prise de position est appréciée et il est progressivement rejoint par de nombreux intervenants spécialistes de l'Éducation Physique, au nombre desquels figurent des enseignants universitaires et quelques membres du corps médical.

372- Dans les esprits de ceux-ci s'impose alors l'idée que l'Éducation Physique constitue une discipline qui est distincte de la médecine et doit être reconnue en tant que telle. Le Cours de perfectionnement de l'IREP de Paris, dont l'objectif originel était d'augmenter substantiellement le volume horaire des enseignements théoriques et pratiques dispensés aux étudiants en Éducation Physique, est transformé en École normale de l'Éducation Physique (ENEP) par un décret du

---

[396] Sont ainsi créés par décret les IREP de Bordeaux (décret du 10 décembre 1927), Lyon (décret du 21 janvier 1928), Lille (décret du 27 mars 1928), Paris (décret du 8 juin 1928) et Clermont-Ferrand (décret du 8 mars 1929). Pour plus d'informations, *cf.* Jean SAINT-MARTIN, *op. cit.*

[397] Jean SAINT-MARTIN, *op. cit.* p. 14.

[398] VILLARET Sylvaine et DELAPLACE Jean-Michel, « La Méthode Naturelle de Georges Hébert ou "l'école naturiste" en éducation physique (1900-1939) » , *Staps*, 2004, n° 63, p. 29-44.

[399] HÉBERT Georges, « Médecins, Halte-là », *L'Éducation physique*, 1927, n° 2, p. 84-87.

23 juin 1933[400], lui-même modifié par un décret du 5 octobre 1933[401]. La consécration d'une école dédiée à l'Éducation Physique en dehors d'une Faculté de médecine marque nettement l'histoire du champ disciplinaire : « il ne s'agit donc pas d'un simple changement de nom, mais bien d'un nouveau regard porté sur la formation des enseignants d'éducation physique »[402]. Cependant, à cette époque, l'IREP de Paris et l'ENEP sont souvent confondus. Les pouvoirs publics se chargent donc d'opérer une distinction institutionnelle efficace et à la tête de l'ENEP est nommé en novembre 1935 un directeur distinct et l'École fonctionne à partir de là « avec un budget propre, un corps professoral distinct et des locaux définitifs »[403].

373- Ernest LOISEL, premier directeur de l'École, est le premier civil non-médecin à diriger une structure officielle de formation de l'Éducation Physique. L'ENEP, qui est destinée à préparer les étudiants au deuxième degré du Certificat d'aptitude au professorat d'Éducation Physique, ainsi que « former (de manière exclusive) des professeurs d'éducation physique pour les établissements d'enseignement public du deuxième degré (lycées, collèges, cours secondaires, écoles normales d'instituteurs et d'institutrices, écoles primaires supérieures et écoles techniques) »[404] se distingue très nettement des IREP, qui préparent les étudiants à la validation du premier et du deuxième degré du CAPEP et subissent inévitablement, en raison de leur rattachement obligatoire à une Faculté de médecine, la tutelle des membres du corps médical. Ainsi, « si elle ne contribue que modestement à […] (la) normalisation universitaire (de l'Éducation Physique) […] (l'ENEP) permet cependant d'en diversifier les enseignements et d'en augmenter de façon significative les volumes horaires annuels »[405].

374- Une loi du 21 mars 1941[406] substitue alors à l'ENEP l'École nationale d'Éducation Physique et Sportive (ENEPS) et crée le Collège national de moniteurs et d'athlètes (CNMA). Une concurrence

---

[400] Décret du 23 juin 1933 transformant le cours de perfectionnement annexé à l'institut d'éducation physique de l'université de Paris en école normale d'éducation physique (enseignement technique), JORF n° 148 du 25 juin 1933, p. 6576.

[401] Décret du 5 octobre 1933 portant transformation du cours de perfectionnement en école normale de l'éducation physique, JORF n° 237 du 9 et 10 octobre 1922, p. 10441.

[402] FOUQUET Gérard et PETER Jean-Michel, « Création de l'ENEP à Paris en 1933 et formation des enseignants d'éducation physique sous la III^e^ République », *Staps*, 2012, n° 95, p. 83.

[403] LEVET-LABRY Éric, *Les Ecoles Normales Supérieures d'Education physique et Sportive et l'Institut National des Sports : étude comparée des établissements, du régime de Vichy à la création de l'I.N.S.E.P. (1977)*, BOCK Fabienne (dir.), thèse de doctorat, histoire, université de Marne-la-Vallée, 2007.

[404] Article 2 du décret 23 juin 1933, *op. cit.*, repris *in extenso* à l'article 2 du décret du 5 octobre 1933, *op. cit.*

[405] FOUQUET Gérard et PETER Jean-Michel, *op. cit.* p. 88.

[406] Loi n° 1251 du 21 mars 1941 portant création de centres de formation des cadres du secrétariat d'État à l'éducation nationale et à la jeunesse (commissariat général à l'éducation générale et aux sports), JORF n° 85 du 26 mars 1941, p. 1307.

pernicieuse s'installe entre les deux établissements[407]. Au cours des années suivantes, l'ENEPS est scindée en deux entités et le CNMA est transformé en Institut national des Sports (INS). La création d'un cursus universitaire spécifique en Éducation Physique et Sportive met finalement un terme à la confrontation entre ces instituts, qui fusionnent en 1975[408] au sein de l'Institut national des Sports et de l'Éducation Physique (INSEP).

375- Les IREP, rattachés aux Facultés de médecine, bénéficient de la dynamique des années 1960, durant lesquelles se produit la « mutation culturelle de l'éducation physique en France »[409] et sont transformés par un décret du 14 octobre 1966[410] en Instituts régionaux d'Éducation Physique et Sportive (IREPS). Or, bien que ces derniers soient considérés comme des « centres d'études et de recherches scientifiques relatives aux activités physiques et sportives », ces instituts restent soumis à l'autorité scientifique des Facultés de médecine. Au final, l'émancipation de l'Éducation Physique et Sportive est amorcée par une loi du 12 novembre 1968[411], qui remplace les Facultés par les Unités d'enseignements et de recherche (UER). En effet, un décret du 10 avril 1969[412] substitue aux quinze IREPS existants[413] des UER en Éducation Physique, libérées de toute tutelle médicale.

376- À compter de cette date, le champ disciplinaire peut s'autonomiser. Il bénéficie un an plus tard d'une modification importante de paradigme, laquelle conduit à la consécration des Sciences et techniques des Activités Physiques et Sportives.

c) La consécration des Sciences et techniques des Activités Physiques et Sportives

377- Par l'intermédiaire d'une loi du 26 janvier 1984[414], les Unités d'enseignements et de recherche (UER) sont remplacées par les Unités de formation et de recherche (UFR) et l'Éducation Physique et Sportive (EPS) est transformée en Activités Physiques et Sportives (APS). Onze jours plus tard

---

[407] LEVET-LABRY Éric, « École nationale d'éducation physique et sportive et Collège national de moniteurs et d'athlètes de 1941 à 1942 : complémentarités et concurrences », *Staps*, 2007, vol. 75, n° 1, p. 101-114.

[408] Article 8 de la loi n° 75-988 du 29 octobre 1975 relative au développement de l'éducation physique et du sport, JORF n° 253 du 30 octobre 1975, p. 11180.

[409] ARNAUD Pierre, « L'éducation physique en France. Proposition d'analyse et d'interprétation de son histoire contemporaine », *Bull. de la Société Alfred Binet et Théodore Simon*, 1986, t. 608, p. 32-53.

[410] Décret n° 66-782 du 14 octobre 1966 relatif aux instituts régionaux d'éducation physique et sportive, JORF n° 245 du 21 octobre 1966, p. 9302.

[411] Loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 d'orientation de l'enseignement supérieur, JORF n° 266 du 13 novembre 1968, p. 10579.

[412] Décret n° 69-325 du 10 avril 1969 relative aux instituts régionaux d'éducation physique et sportive, JORF n° 86 du 12 avril 1969, p. 3594.

[413] Le rectificatif publié au JORF du 25 avril 1969, p. 4172, porte le nombre d'IREPS concernés de quatorze à quinze.

[414] Loi n° 84-52 du 26 janvier 1984 sur l'enseignement supérieur, JORF n° 23 du 27 janvier 1984, p. 431.

est créée au sein du Conseil national des universités (CNU) une 74e section relative aux Sciences et techniques des Activités Physiques et Sportives[415]. Le champ disciplinaire qui correspond à ce qu'était autrefois l'Éducation Physique est ainsi consacré en tant que discipline universitaire pleine et entière. Celle-ci bénéficie depuis cette date d'une autonomie totale[416] et est totalement soustraite à la tutelle des membres du corps médical.

378- Sur le terrain, l'institution d'un cadre juridique spécifique pour la dispensation des APS, qui n'avaient jamais été réglementées en dehors du cadre scolaire, apparaît nécessaire. À cette fin, la loi du 16 juillet 1984 relative à l'organisation et à la promotion des activités physiques et sportives[417] est votée. Au sein de son article inaugural, un lien immédiat entre les Activités Physiques et Sportives (APS) et la santé est établi dans les termes suivants : « les activités physiques est sportives constituent un facteur important d'équilibre, de santé, d'épanouissement de chacun ; elles sont un élément fondamental de l'éducation, de la culture et de la vie sociale ».

379- Constitutives d'une notion juridique nouvelle, les APS se distinguent alors nettement de l'EPS. En effet, déjà d'un point de vue formel, le titre premier de la loi, intitulé « l'organisation des activités physiques et sportives », est divisé en neuf chapitres, par l'intermédiaire desquels sont séparées les normes relatives à « l'éducation physique et sportive », les normes relatives à « la pratique des activités physiques et sportives dans l'entreprise, en stage de formation et au service national » et les normes relatives au « sport de haut niveau ». Les Instructions officielles de 1985[418] confirment que « l'éducation physique et sportive ne se confond pas avec les activités physiques qu'elle propose et organise », puisqu'elle « a d'abord pour finalité de développer les capacités motrices de l'élève ». D'un point de vue institutionnel, l'Éducation Physique et Sportive reste sous la direction du ministère de l'Éducation nationale, alors que l'organisation de l'enseignement des Activités Physiques et Sportives est confiée aux services du ministre chargé des Sports.

380- À partir du milieu des années 1980, il n'y a donc plus lieu de confondre l'enseignant d'EPS et l'enseignant en STAPS. Si le premier met en œuvre des activités à finalités éducatives et sportives, dispensées principalement dans un cadre scolaire, le second étend progressivement ses compétences dans d'autres champs de la vie sociale. Il est aidé en cela par les attributs avantageux dont il est doté

---

[415] Arrêté du 6 février 1984 portant création d'un groupe XIV au sein du Conseil supérieur des universités, JORF no 29 du 14 février 1984, p. 2564.

[416] DORVILLÉ Christian et FLEURIEL Sébastien, « Les étudiants de STAPS, étudiants à part entière ou étudiants entièrement à part ? Questions de pédagogie dans l'enseignement supérieur. Nouveaux contextes, nouvelles compétences », *Actes du 3e colloque de l'École centrale de Lille*, juin 2005, p. 334.

[417] Loi no 84-610 du 16 juillet 1984, *op. cit.*

[418] Instructions ministérielles relatives à l'Éducation physique et sportive, B.O. du ministère de l'Éducation nationale no 44 du 12 décembre 1985, supplément, p. 315.

en vertu du développement de son champ disciplinaire dans le système universitaire.

B. Une intégration universitaire pourvoyeuse d'attributs avantageux

381- Manifestement, les enseignants en Activité Physique Adaptée (APA), qui sont issus du corps des enseignants en Sciences et techniques des Activités Physiques et Sportives, tirent fortement partie de l'intégration précoce de l'Éducation Physique dans le système universitaire français. En effet, ceux-ci, consacrés au début de l'année 2016 dans le système de santé, sont pourvus d'attributs qui leur confèrent un net avantage sur les masseurs-kinésithérapeutes, qui sont invariablement restés depuis leur consécration dans le système de santé, en 1946, sous le contrôle étroit des Docteurs en médecine.

382- Afin de démontrer ce point, il convient d'exposer les attributs dont sont dotés les enseignants en Activité Physique Adaptée, attributs qui peuvent être répartis entre deux catégories. Il est donc proposé d'étudier, dans un premier temps, les attributs intrinsèquement liés aux diplômes délivrés dans le cadre des études en Sciences et techniques des Activités Physiques et Sportives (a), puis de présenter, dans un second temps, les attributs extrinsèques à ce dernier (b).

a) Des attributs intrinsèquement liés aux diplômes délivrés

383- L'intégration précoce de l'Éducation Physique dans le système universitaire permet aux savoirs originels de rapidement constituer une discipline universitaire inscrite au Conseil national des universités, et aux membres du corps correspondant, que sont les enseignants en Sciences et techniques des Activités Physiques et Sportives et les enseignants en Activité Physique Adaptée, d'être dotés d'attributs avantageux, qui procèdent notamment de la qualité universitaire tant des enseignements dispensés que du diplôme délivré.

384- La démonstration de l'avantage procuré par ces attributs aux enseignants en Activité Physique adaptée dans leurs rapports avec les masseurs-kinésithérapeutes oblige à aborder, dans un premier temps, la question du grade universitaire reconnu aux diplômes délivrés dans le cadre des Sciences et techniques des Activités Physiques et Sportives (1), puis à appréhender, dans un second temps, les avantages que celui-ci procure au corps professionnel correspondant (2).

1. Des diplômes de qualité universitaire

385- Le diplôme requis pour enseigner la gymnastique dans le milieu scolaire a évolué de manière considérable depuis sa mise en place en 1869[419]. Initialement dénommé Certificat spécial d'aptitude à l'enseignement de la gymnastique (CSAEG), il est à cette époque délivré par le ministre secrétaire d'État au département de l'Instruction publique sur le simple rapport d'une commission composée de cinq membres. La procédure d'octroi du diplôme doit permettre de s'assurer de la maîtrise par le futur professeur de gymnastique de cet enseignement très spécifique, dans ce milieu scolaire dominé par l'intellectualisme. Près de huit ans plus tard, le Certificat d'aptitude à l'enseignement de la gymnastique (CAEG) est institué par l'article 106 du décret du 18 janvier 1887[420]. Cependant, désormais « le niveau intellectuel des futurs lauréats import(e) peu »[421], puisque pour obtenir le diplôme convoité « il suffi(t) de suivre un stage, quel que soit le niveau scolaire des candidats ».

386- Suite à la création des IREP au sein des Facultés de médecine, un décret du 12 août 1931[422] instaure un Certificat d'aptitude à l'Éducation Physique (CAEP). Celui-ci, formé de deux niveaux, est constitué d'un examen théorique et pratique comprenant une interrogation écrite, une épreuve pratique individuelle et un examen pédagogique. Un décret du 31 juillet 1933[423] transforme le degré supérieur du CAEP en première partie du Certificat d'aptitude au professorat d'Éducation Physique (CAPEP) et instaure en seconde partie un concours en vue du recrutement au poste de professeur en Éducation Physique dans les établissements publics. La communauté des lieux d'enseignement de la médecine et de l'Éducation Physique marque manifestement le contenu des épreuves, puisqu'il est désormais attendu des candidats au certificat qu'ils maîtrisent l'anatomie, la physiologie et la pédagogie appliquées à l'Éducation Physique.

387- La réforme de l'enseignement supérieur opérée par une loi du 12 novembre 1968[424] amorce la transformation de l'Éducation Physique en champ disciplinaire universitaire. Sont créées des Unités d'enseignement et de recherche en Éducation physique[425] et, après quelques années, est institué un diplôme d'études universitaires générales (DEUG) mention Sciences et techniques des Activités

---

[419] Décret du 3 février 1869 portant organisation de la gymnastique scolaire, *op. cit.*

[420] Décret du 18 janvier 1887 relatif à l'exécution de la loi du 30 octobre 1886 sur l'enseignement primaire, JORF n° 19 du 20 janvier 1987, p. 337.

[421] SAINT-MARTIN Jean, *op.cit.* p. 14.

[422] Décret du 12 août 1931 modifiant les conditions de l'examen d'aptitude à l'enseignement de la gymnastique (degré élémentaire), JORF n° 193 du 20 août 1931, p. 9161.

[423] Décret du 31 juillet 1933 relatif au certificat d'aptitude au professorat d'éducation physique, JORF n° 88 du 12 août 1933, p. 8743.

[424] Loi n° 68-978 du 12 novembre 1968, *op. cit.*

[425] Décret n° 69-325 du 10 avril 1969, *op. cit.*

Physiques et Sportives[426] (STAPS). Il s'agit d'une véritable révolution pour le champ disciplinaire, dont les formations sont désormais sanctionnées par des diplômes de grade universitaire. Dans le prolongement sont ultérieurement créés la licence, la maîtrise, le diplôme d'études appliquées, le diplôme d'études supérieures spécialisées et le doctorat mention STAPS.

388- En tout état de cause, avec de tels diplômes, les enseignants en STAPS se trouvent dans une situation nettement avantageuse par rapport à celle des masseurs-kinésithérapeutes.

2. Des diplômés en situation avantageuse par rapport aux masseurs-kinésithérapeutes

389- L'Université constitue la référence en matière d'enseignement supérieur et à la majorité des diplômes que l'institution délivre correspond un grade universitaire spécifique. Dans la perspective de déterminer la situation des enseignants en STAPS par rapport aux masseurs-kinésithérapeutes, il convient de s'intéresser au grade universitaire auquel équivalent les diplômes qui ne sont pas délivrés par les instances universitaires.

390- À cet égard, les articles D. 636-69 et D. 636-69-1 du Code de l'éducation précisent les titres et diplômes relevant du ministre chargé de la Santé auxquels est conféré un grade universitaire. Le diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute n'y est pas mentionné. Ainsi, si les enseignants en STAPS possèdent tous un diplôme reconnu à un grade universitaire, les masseurs-kinésithérapeutes ne peuvent aucunement se prévaloir de la titularité d'un diplôme qui possède un quelconque grade universitaire, et ce malgré le nombre d'ECTS qui est désormais rattaché à ce dernier[427].

391- Trois conséquences en découlent nécessairement[428]. Considérant que la possibilité de poursuite d'études est fortement impactée par le grade universitaire du diplôme détenu, les professionnels diplômés en STAPS peuvent aisément poursuivre des études dans la même filière, ou même dans une filière différente, alors que les masseurs-kinésithérapeutes ne peuvent accéder, à cette date, de plein droit qu'à une « licence de sciences sanitaires et sociales » ou une « licence de sciences de l'éducation »[429]. D'aucuns pourraient relever que depuis des poursuites d'études en doctorat ont été

[426] Arrêté du 11 avril 1975 portant création du diplôme d'études universitaires générales mention Sciences et techniques des activités physiques et sportives, JORF n° 94 du 22 avril 1975, p. 4200.

[427] Pour plus d'informations sur l'octroi d'ECTS au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, *cf.* 1. Un attribut constitué par des crédits européens, p. 330.

[428] Pour le détail des conséquences relatives à l'absence d'équivalence de grade universitaire au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, est considérée la situation antérieure à la réforme de la formation initiale opérée par le décret n° 2015-1110 du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, JORF n° 204 du 4 septembre 2015, texte n° 16.

[429] Commission nationale des certifications professionnelles, *Supplément descriptif du certificat relatif à la profession de masseur-kinésithérapeute* [en ligne], [consulté le 8 mai 2018], http://www.rncp.cncp.gouv.fr/grand-public/visualisationFiche?format=euro&fiche=4859/

ouvertes[430] aux membres du corps des masseurs-kinésithérapeutes. Cependant, l'intégration directe en études doctorales reste soumise au pouvoir discrétionnaire et souverain de la direction de l'UFR sollicitée[431].

392- Deuxièmement, à cette reconnaissance d'un niveau universitaire est également subordonnée la place du corps professionnel dans l'organisation de la dispensation des soins en santé. Bien entendu, les enseignants en STAPS n'ont pas encore le statut considéré et leur intégration en tant que tel dans le Code de la santé publique n'est actuellement pas discutée. Cependant, depuis le 1er mars 2017, certains titulaires de diplômes en STAPS, à savoir les enseignants en Activité Physique Adaptée (APA), sont habilités à prendre en charge des patients atteints d'affection de longue durée, et ce sur prescription du médecin traitant[432]. La hiérarchie entre le masseur-kinésithérapeute et l'enseignant en APA en raison du grade universitaire que leur confèrent leurs diplômes respectifs pose question, notamment dans le cadre d'une prise en charge au sein d'un établissement hospitalier.

393- Enfin, la création d'un doctorat et d'une agrégation[433] en STAPS fournit au champ disciplinaire un statut scientifique indéniable, alors que la masso-kinésithérapie ne peut à ce jour bénéficier que des seules recherches universitaires de disciplines connexes[434]. Ce net avantage pour la discipline des STAPS ne peut dans l'avenir proche qu'être exponentiel, ne serait-ce qu'en raison du nombre important de chercheurs spécialisés en STAPS, auquel il est possible d'opposer l'inexistence actuelle de doctorat en Sciences de la rééducation et de la réadaptation[435].

394- L'intégration des Sciences et techniques des Activités Physiques et Sportives dans un cadre universitaire a donc permis aux professionnels qui mettent en œuvre ce champ disciplinaire d'être dotés d'attributs particulièrement avantageux, qui sont la conséquence de la qualité des diplômes considérés. En tout état de cause, le corps professionnel bénéficie également d'attributs extrinsèques aux diplômes considérés.

---

[430] Pour plus de précisions sur les possibilités de poursuite d'études en doctorat supposées ouvertes aux masseurs-kinésithérapeutes, *cf.* 2. Une improbable admission dans les écoles doctorales, p. 318.

[431] À ce titre, quand est évoquée l'émergence des métiers de santé de niveau intermédiaire sur la base de diplôme de niveau minimal master, l'enseignant en Activité Physique Adaptée est placé dans une situation bien plus favorable que le masseur-kinésithérapeute.

[432] Pour une étude détaillée de la prescription médicale d'activité physique adaptée, *cf.* Section 2 : Les Activités Physiques Adaptées appréhendées comme objet de concurrence, p. 197.

[433] Arrêté du 24 septembre 1982 instituant une agrégation en Éducation physique et sportive, JOR F nº 228 du 30 septembre 1982, p. 8849.

[434] À propos de l'effectivité de la recherche en masso-kinésithérapie, *cf.* a) La relative effectivité de la recherche française en masso-kinésithérapie, p. 426.

[435] Les Sciences de la rééducation ont été inscrites, le 30 octobre 2019, à la 91e section du Conseil national des universités par le décret nº 2019-1107 du 30 octobre 2019 modifiant le décret nº 87-31 du 20 janvier 1987 relatif au Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques, JORF nº 254 du 31 octobre 2019, texte nº 76.

b) Des attributs extrinsèques aux diplômes universitaires

395- Les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes et les enseignants en STAPS, et *a fortiori* les enseignants en APA, sont fortement déterminés par la qualité des diplômes dont chacun est titulaire, mais également par les attributs des enseignants en APA qui résultent de leur formation au sein de l'enceinte universitaire. Dans la mesure où ces attributs ne résultent pas directement des diplômes dont les membres du corps considéré sont titulaires, ils peuvent raisonnablement être qualifiés d'extrinsèques.

396- Dans la perspective d'étudier ces attributs, il est proposé de détailler, dans un premier temps, l'attribut extrinsèque tenant au nombre d'étudiants inscrits dans les filières STAPS, dont découle l'importante numérique du corps des enseignants en STAPS (1), puis d'exposer, dans un second temps, la diversité des filières considérées et, subséquemment, la place que pourrait *in fine* occuper le corps en question dans le paysage sociétal français (2).

1. Un attribut extrinsèque tenant au nombre d'étudiants inscrits dans les filières STAPS

397- En avril 1975, afin de limiter le nombre d'étudiants dans les filières STAPS, les pouvoirs publics conditionnent l'inscription en première année du diplôme d'études universitaires générales (DEUG) mention STAPS à la validation par les candidats d'« épreuves permettant de vérifier leur aptitude physique à entreprendre de telles études »[436]. Initialement fixées librement par le Conseil de l'Université sur proposition du Conseil de l'Unité d'enseignement et de recherche en Éducation Physique et Sportive, ces épreuves sont précisées par un arrêté du 13 juin 1980[437] . Cependant, celui-ci est rapidement abrogé par un arrêté du 10 mars 1982[438]. En conséquence, les candidats désireux de poursuivre des études en STAPS subissent à partir de cette date une sélection organisée et mise en œuvre par chaque université. Dans la mesure où des quotas sont alors institués aux fins de limiter le nombre d'étudiants admis en première année des études préparatoires au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute[439], ces deux corps professionnels font l'objet pendant quelques

[436] Arrêté du 11 avril 1975 portant création du diplôme d'études universitaires générales mention Sciences et techniques des activités physiques et sportives, *op. cit.*

[437] Arrêté du 13 juin 1980 modifiant l'arrêté du 11 avril 1975 portant création du diplôme d'études universitaires générales (mention Sciences et techniques des activités physiques et sportives), JORF nº 148 du 26 juin 1980, p. 5509.

[438] Arrêté du 10 mars 1982 relatif au diplôme d'études universitaires générales (mention Sciences et techniques des activités physiques et sportives), JORF nº 148 du 6 mai 1982, p. 4325.

[439] Article 13 de la loi nº 80-527 du 12 juillet 1980 modifiant certaines dispositions du code de la santé publique relatives à l'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière et de certaines autres professions d'auxiliaires médicaux, JORF nº 163 du 13 juillet 1980, p. 1761.

années d'une régulation qui peut être regardée comme équivalente. Cependant, en 1995 la sélection des étudiants pour la première année de DEUG de STAPS est totalement supprimée[440]. L'augmentation du nombre d'inscriptions en première année STAPS est immédiate et conséquente. Depuis, celle-ci tend d'ailleurs à s'accentuer.

398- En effet, alors que le nombre d'étudiants inscrits en STAPS avoisine en 1995 les 8 000, les chiffres disponibles au 1er janvier 2021 font état, toutes filières confondues, de 68 372 étudiants inscrits dans toute la France dans à la rentrée 2018-2019[441]. Par ailleurs, la capacité d'accueil dans les UFR concernées a encore été augmentée pour cette rentrée scolaire de 2 842 places[442]. Il en résulte qu'à compter de 1995 un important écart démographique s'instaure entre le corps des enseignants en STAPS et celui des masseurs-kinésithérapeutes. Pour un exemple éloquent, pour l'année scolaire 2013-2014, si un total de 9 937 étudiants sont diplômés en STAPS, le nombre de titulaires du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute s'accroît seulement de 2 233[443].

399- Eu égard à leur supériorité numérique, qui ne peut plus être contestée, les enseignants en STAPS entendent peser davantage dans le débat public. En effet, le corps professionnel est à ce stade confronté à un problème majeur. Le nombre de postes offerts au concours de recrutement de professeurs d'Éducation Physique et Sportive n'a pas suivi la courbe du nombre d'étudiants inscrits en première année. Ainsi, en 2014, sur 9 737 nouveaux diplômés, seuls 85[444] sont autorisés à embrasser la carrière d'enseignant d'Éducation Physique et Sportive ! Les instances universitaires cherchent alors à élargir les débouchés professionnels des nouveaux diplômés. À cette fin, elles mènent une politique de diversification des filières STAPS.

2. Un attribut extrinsèque tenant à la diversité des filières correspondantes

400- Les filières STAPS sont longtemps restées caractérisées par l'insuffisance des débouchés professionnels qu'elles offraient, conséquence inéluctable du nombre d'étudiants diplômés chaque

[440] Il semblerait que « les UFR STAPS se sont vues, au nom de la loi SAVARY, dans l'obligation d'accueillir tous les étudiants qui en faisaient la demande à la suite de plusieurs recours devant les tribunaux administratifs », selon le Centre d'Analyse des Formations des Emplois des Métiers de l'Animation et du Sport, « La filière STAPS en 2012 », *Les dossiers du CAFEMAS*, décembre 2012, nº 1, p. 4.

[441] Association nationale des étudiants en STAPS, *Quelques chiffres* [en ligne], [consulté le 16 juillet 2021], https://anestaps.org/

[442] Conférence des directeurs et doyens STAPS, *STAPS : 3200 places supplémentaires, 90 créations de postes d'enseignants* [en ligne], publié le 22 janvier 2018, [consulté le 7 mai 2018], https://c3d-staps.fr/2018/02/06/staps-3200-places-supplementaires-90-creations-de-postes-denseignants/

[443] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, « Les régions françaises 2015 », *Panorama statistique, DREES*, 7 juin 2016.

[444] Arrêté du 15 octobre 2014 fixant au titre de l'année 2015 le nombre de postes offerts au concours réservé de recrutement de professeurs d'éducation physique et sportive, JORF nº 242 du 18 octobre 2014, texte nº 14.

année. Afin de réfléchir aux moyens d'apporter une réponse efficace à ce problème, les directeurs et doyens des Facultés de STAPS se regroupent et déposent en 1989 à la Préfecture du Rhône les statuts de la « Conférence des Directeurs d'Unités, de Départements ou de Divisions de Formation et de Recherche en Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives des Universités Françaises, dite Conférence des Directeurs d'UFR STAPS ou C3D ». Au sein de cette conférence, la question des débouchés professionnels des diplômés STAPS est rapidement posée.

401- Il s'ensuit une véritable politique de développement des spécialités STAPS, qui conduit les membres de la Conférence à mettre en place progressivement des parcours spécifiques au sein de leurs facultés. Il en résulte que quatre mentions, à savoir « Éducation et motricité », « Entraînement sportif », « Management du sport » et « Ergonomie du sport et performance motrice » sont adjointes à la maîtrise en 1993[445]. Une cinquième mention, « Activités Physiques Adaptées », apparaît en 1997[446]. En 1999, la licence STAPS se spécialise et les étudiants sont alors répartis au sein de cinq licences, lesquelles correspondent aux mentions précitées[447]. La diversification des diplômes en STAPS, opérée au cours des années 1990, est supposée favorable au corps professionnel. En effet, d'un point de vue quantitatif, cette diversification permet d'augmenter considérablement le nombre de postes auxquels peuvent prétendre les nouveaux diplômés. D'un point de vue qualitatif, elle permet à ceux-ci de pénétrer différents milieux professionnels, auxquels ils n'avaient nullement accès auparavant[448].

402- Toutefois, bien que les pouvoirs publics modifient promptement l'arrêté du 4 mai 1995 fixant la liste des diplômes ouvrant droit à l'enseignement, l'encadrement et l'animation des Activités Physiques et Sportives[449], au sein de cette dernière ne figurent aucunement les diplômes délivrés par les Facultés de STAPS. Les cinq modifications intervenues entre 1997 et 2000[450] restent également sans effet sur les débouchés professionnels ouverts aux nouveaux diplômés en STAPS. Finalement,

---

[445] Arrêté du 20 janvier 1993 relatif au diplôme d'études universitaires générales, à la licence et à la maîtrise de sciences et techniques des activités physiques et sportives, JORF n° 40 du 17 février 1993, p. 2570.

[446] Arrêté du 23 mai 1997 relatif au diplôme d'études universitaires générales, à la licence et à la maîtrise de sciences et techniques des activités physiques et sportives, JORF n° 122 du 28 mai 1997, p. 8085.

[447] Arrêté du 23 avril 1999 modifiant l'arrêté du 23 mai 1997 relatif au diplôme d'études universitaires générales, à la licence et à la maîtrise de sciences et techniques des activités physiques et sportives, JORF n° 116 du 21 mai 1999, p. 7523.

[448] La dernière mention créée, à savoir les « Activités Physiques Adaptées », est à l'origine d'un corps professionnel qui entre au début de l'année 2016 directement en concurrence avec le corps des masseurs-kinésithérapeutes.

[449] Arrêté du 4 mai 1995 fixant la liste des diplômes ouvrant droit à l'enseignement, l'encadrement et l'animation des activités physiques et sportives conformément à l'article 43 de la loi n° 84-610 du 16 juillet 1984 modifiée relative à l'organisation et à la promotion de ces activités, JORF n° 110 du 11 mai 1995, p. 7932.

[450] Soit par l'arrêté du 26 mai 1997, JORF n° 127 du 3 juin 1997, p. 8866 ; arrêté du 12 décembre 1997, JORF n° 13 du 16 janvier 1998, p. 676 ; arrêté du 9 décembre 1998, JORF n° 303 du 31 décembre 1998, p. 20329 ; arrêté du 3 août 1999, JORF n° 197 du 26 août 1999, p. 12734 ; arrêté du 30 mars 2000, JORF n° 89 du 14 avril 2000, p. 5731.

ce n'est qu'en application de l'article 6 d'une loi du 1er août 2003[451], modifiant l'article 43 de la loi du 16 juillet 1984[452], que l'arrêté du 16 décembre 2004[453] offre aux titulaires des licences STAPS la possibilité de mettre en œuvre l'encadrement et l'enseignement des Activités Physiques et Sportives auprès d'un public déterminé. Cet arrêté constitue manifestement le point de départ de l'ancrage des membres du corps professionnel dans le paysage sociétal français. Cette liste est de nombreuses fois modifiée[454] et les champs d'action des titulaires habilités sont progressivement élargis.

403- Une forme de concurrence commence alors à se dessiner entre certains enseignants en STAPS, à savoir les enseignants en APA, et les masseurs-kinésithérapeutes, qui sont en vertu d'un arrêté du 2 octobre 2007[455] habilités à mettre en œuvre l'« encadrement de la pratique de la gymnastique hygiénique d'entretien ou préventive dans les établissements d'activités physiques et sportives déclarés ». En effet, suite à la mutation des APA en activité de santé, les champs professionnels de ces deux corps tendent partiellement à se confondre.

[451] Loi nº 2003-708 du 1er août 2003 relative à l'organisation et à la promotion des activités physiques et sportives, JORF nº 177 du 2 août 2003, p. 13274.

[452] Loi nº 84-610 du 16 juillet 1984, *op. cit.*

[453] Arrêté du 16 décembre 2004 portant sur la liste des diplômes, titres à finalité professionnelle et certificats de qualification ouvrant droit à l'enseignement, l'animation ou l'encadrement des activités physiques et sportives ou à l'entraînement de ses pratiquants, conformément à l'article L. 363-1 du code de l'éducation, JORF nº 300 du 26 décembre 2004, texte nº 57.

[454] Arrêté du 23 mai 2006 modifiant l'arrêté du 16 décembre 2004, JORF nº 151 du 1er juillet 2006, texte nº 39 ; arrêté du 12 octobre 2006, JORF nº 259 du 8 novembre 2006, texte nº 21 ; arrêté du 29 juin 2007, JORF nº 163 du 17 juillet 2007, texte nº 32.

[455] Arrêté du 2 octobre 2007 modifiant l'arrêté du 16 décembre 2004, JORF nº 252 du 30 octobre 2007, texte nº 24.

Section 2 : La mutation des Activités Physiques Adaptées en véritable activité de santé

404- La création en 1997 d'une filière interne aux Sciences et techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS) intitulée « Activités Physiques Adaptées » (APA) doit être considérée comme un événement majeur de l'histoire du corps des masseurs-kinésithérapeutes, dans la mesure où cette création a fortement participé à l'effacement du caractère distinctif des éléments essentiels de son identité professionnelle. En effet, les champs du nouveau corps professionnel issu des STAPS se confondent avec ceux du corps des masseurs-kinésithérapeutes, au point que ces deux corps professionnels apparaissent véritablement, dans de nombreuses situations, en concurrence.

405- Contre cette affirmation, d'aucuns ne manqueront pas de relever que l'enseignant en APA est resté jusqu'en 2016 en marge de l'organisation de la dispensation des soins en santé et son statut actuel le distingue encore très nettement du masseur-kinésithérapeute ; qu'il ne peut dès lors être raisonnablement soutenu que l'enseignant en APA a joué un rôle prépondérant dans l'effacement du caractère distinctif des éléments essentiels de l'identité du masseur-kinésithérapeute. Il devra alors leur être opposé que les évolutions qui ont marqué le corps des enseignants en APA entre 1997 et 2016 ont conduit à la mutation des APA en véritable activité de santé, qui constitue depuis le début de l'année 2016[456] une activité concurrente à la masso-kinésithérapie.

406- La manière dont les Activités Physiques Adaptées ont muté en activité de santé doit être exposée. À cet effet, seront abordées, successivement, la manière dont celles-ci se sont développées dans le paysage sociétal français (paragraphe 1), puis les circonstances de leur intégration dans notre système de santé (paragraphe 2).

[456] Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, *op. cit.*

Paragraphe 1 : Du développement des Activités Physiques Adaptées dans le paysage sociétal français

407- L'histoire française des Activités Physiques Adaptées (APA) est marquée par la rapidité avec laquelle celles-ci mutent en véritable activité de santé et les professionnels issus de cette filière des Sciences et techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS) s'imposent dans le paysage sociétal français. En effet, alors que le concept émerge au début des années 1970 au Québec, les APA sont dispensées en 1992 en tant que tel dans le système universitaire français et moins de vingt-quatre ans plus tard, c'est-à-dire en 2016, les enseignants en APA sont intégrés au sein même du système de santé français.

408- Eu égard au temps qui a été nécessaire aux autres professionnels exerçant dans le domaine de la santé pour parvenir à ce résultat ou même bénéficier d'une réforme substantielle des fondements de leur profession, cette durée apparaît particulièrement réduite. Dans la perspective d'expliquer les raisons de cette évolution rapide, il convient d'étudier, dans un premier temps, le développement des Activités Physiques Adaptées (A), puis d'exposer, dans un second temps, le rattachement précoce de celles-ci au domaine de la santé (B).

A. Le développement efficace des Activités Physiques Adaptées

409- Manifestement, le développement des Activités Physiques Adaptées (APA) dans le paysage sociétal français est caractérisé par son efficacité. En effet, seules vingt-quatre années ont suffi pour que le concept d'APA soit appréhendé par les enseignants en STAPS, le champ disciplinaire introduit et développé dans le système universitaire, les membres du corps professionnel formés, l'applicabilité du champ professionnel à la santé reconnue et le dispositif législatif élaboré et voté. Toutes ces étapes ont conduit à la consécration des APA, au début de l'année 2016, dans le système de santé en tant qu'activité de santé pleine et entière.

410- Afin de mettre en exergue l'efficacité du développement des Activités Physiques Adaptées, en expliquer les raisons et exposer les caractéristiques de l'activité de santé qui en découlent, il est proposé de présenter, dans un premier temps, le développement du champ disciplinaire (a), puis de détailler, dans un second temps, le développement du corps professionnel correspondant (b).

a) Le développement du champ disciplinaire relatif aux Activités Physiques Adaptées

411- L'histoire du concept d'APA a fait l'objet de nombreuses publications et travaux de recherche. Cependant, l'étude de ces dernières ne permet pas de comprendre les raisons pour lesquelles le développement des savoirs correspondants a été si efficace, le champ disciplinaire a précocement intégré le système universitaire français et les APA son parvenues à s'imposer rapidement comme la référence en matière de prise en charge active des individus atteints de pathologies chroniques.

412- Il n'est donc pas question de reprendre ici de façon détaillée les étapes du développement des Activités Physiques Adaptées en France. Cependant, il apparaît intéressant de rechercher les raisons de son efficacité, desquelles découlent notamment certaines caractéristiques essentielles du champ disciplinaire. À cette fin, sera présentée, dans un premier temps, l'envergure internationale du champ considéré (1), puis expliqué, dans un second temps, en quoi celle-ci permet au champ en question de préserver la cohésion de ses éléments constitutifs (2).

1. Un champ disciplinaire d'envergure internationale

413- Le concept d'Activité Physique Adaptée (APA) naît au Québec au début des années 1970, sous l'impulsion de quelques universitaires et professionnels, qui réfléchissent aux moyens de rendre accessibles les Activités Physiques et Sportives aux individus qui ne peuvent pas pratiquer une activité physique dans les conditions ordinaires.

414- Ils créent ensemble une association, qui est dénommée Fédération internationale en Activité Physique Adaptée (FIAPA), puis organisent en 1977 un premier congrès, qui se déroule au Château Frontenac de la ville de Québec. Celui-ci confère aux savoirs naissants une envergure universitaire et internationale immédiate, malgré l'absence de rattachement de ces savoirs au système éducatif québécois[457]. En 1979, un deuxième congrès, organisé par Jean-Claude DE POTTER au sein de l'Université Libre de Bruxelles, permet l'introduction de la discipline en Europe. Une branche européenne de la FIAPA, l'*European federation of adapted physical activity* (EUFAPA), est créée à cette occasion. À cette dernière est adjointe en 1986 une autre association, l'*European association for research into adapted physical activity* (EARAPA). Jean-Claude DE POTTER se trouve fortement soutenu par les instances communautaires, ce qui lui permet de mettre en place des formations en APA au sein de nombreuses universités de l'Union européenne.

[457] La reconnaissance par les pouvoirs publics québécois des Activités Physiques Adaptées comme « sous-partie » de l'Éducation Physique n'est réalisée qu'en 1983, *cf.* VIBAREL-REBOT Nancy et EBERHARD Yves, « De la constitution d'un corps de connaissances en activité physique adaptée aux métiers en activité Physique adaptée », *Science & Sports*, 2011, vol. 26, p. 181-182.

415- Lors du congrès de Berlin de 1989, la véritable internationalisation de l'association est opérée. Jugée trop francophone, la FIAPA est dissoute et immédiatement remplacée par l'*International federation for adapted physical activity* (IFAPA), qui a pour objectif d'« encourager la coopération internationale dans le domaine de l'activité physique au profit des personnes de tous niveaux ; promouvoir, stimuler et soutenir la recherche dans le domaine de l'activité physique adaptée à travers le monde ; et de mettre les connaissances scientifiques et les expériences pratiques en matière d'activité physique adaptée à la disposition de toutes les personnes, organisations et institutions intéressées »[458]. À cette fin, l'« IFAPA coordonne les fonctions nationales, régionales et internationales (gouvernementales et non gouvernementales) qui concernent le sport, la danse, les sports aquatiques, l'exercice, la forme physique et le bien-être pour les personnes handicapées ou ayant des besoins spéciaux ».

416- Au niveau national, les APA sont rapidement appréhendées par les enseignants des Sciences et techniques des Activités Physiques et Sportives, qui voient en celles-ci un important potentiel de débouchés professionnels pour les nouveaux diplômés STAPS. La Conférence des directeurs et doyens des STAPS, créée en 1989, obtient des pouvoirs publics en 1992 la reconnaissance officielle des « Activités Physiques et Adaptées » en tant que filière STAPS. Il s'ensuit leur inscription au rang des mentions rattachées à la maîtrise en STAPS en 1997[459] et la création d'une licence STAPS spécifique en 1999[460].

417- L'efficacité du développement des APA en France réside donc essentiellement dans la qualité des protagonistes qui élaborent et promeuvent le concept originel. En effet, ceux-ci sont composés d'universitaires et de professionnels et de très nombreuses nationalités y sont représentées. De leurs travaux résulte alors un concept voué à prendre rapidement tant une dimension universitaire qu'une envergure internationale. En conséquence, les savoirs correspondants ne subissent aucune distorsion lors de leur introduction dans le système universitaire français[461]. Ainsi, la cohésion originelle de ces savoirs, constitutifs d'un champ disciplinaire, a ainsi été préservée.

---

[458] International federation for adapted physical activity, *About IFAPA* [en ligne], [consulté le 13 mai 2018], http://ifapa.net/about-ifapa/

[459] Arrêté du 23 mai 1997 relatif au diplôme d'études universitaires générales, à la licence et à la maîtrise de sciences et techniques des activités physiques et sportives, *op. cit.*

[460] Arrêté du 23 avril 1999 modifiant l'arrêté du 23 mai 1997 relatif au diplôme d'études universitaires générales, à la licence et à la maîtrise de sciences et techniques des activités physiques et sportives, *op. cit.*

[461] Ce qui aurait pu advenir pour plusieurs raisons, dont la théorisation excessive et délétère d'un champ de savoirs dont la vocation première était de trouver application de manière concrète dans le quotidien des personnes qui ne peuvent pratiquer une activité physique dans les conditions ordinaires. Pour un autre exemple, *cf.* note de bas de page n° 463, p. 149.

2. Une envergure internationale préservatrice de la cohésion disciplinaire

418- Au début des années 1970, le concept d'Activité Physique Adaptée (APA) émerge au sein des travaux d'un groupe de praticiens, d'universitaires et d'étudiants de l'Enseignement supérieur, issus des Sciences et techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS), qui se penchent ensemble sur la question de l'accessibilité et l'adaptation du sport aux individus porteurs d'un handicap.

419- L'APA possède ainsi la particularité, bien avant de faire l'objet d'une élaboration conceptuelle finalisée, d'être le produit de la réflexion de nombreux chercheurs et professionnels internationaux réunis dans une structure scientifique organisée, la FIAPA, ultérieurement remplacée par l'IFAPA, laquelle est explicitement « dédiée à la promotion de l'APA »[462]. Il n'est donc pas surprenant que les savoirs aient reçu l'accueil favorable du corps universitaire mondial, qui a veillé au moment de l'introduction du champ disciplinaire dans les différents systèmes universitaires nationaux à ce qu'à ce dernier soient appliqués les principes inhérents à la rigueur et à l'intégrité scientifiques, propres à limiter les risques de distorsion disciplinaire qu'engendrent les ambitions individuelles[463].

420- La cohésion du champ disciplinaire est également assurée par l'organisation biennale d'un symposium international. Ainsi, entre 1977 et 2019, vingt-deux congrès internationaux ont réuni les principaux promoteurs des APA, et ce dans des pays situés en Amérique du Nord, en Europe, au Proche-Orient, en Australie et en Asie. Durant chaque congrès, ce sont entre deux cents et six cents professionnels et universitaires qui « partage(nt) leur connaissance et expérience dans la préparation physique, la recherche, la promotion et la délivrance de services dans les champs de l'activité physique adaptée, l'éducation physique et la science du sport »[464]. À cette occasion sont toujours abordées des questions diverses, relatives tant à la nature pratique, pédagogique qu'institutionnelle des savoirs universitaires.

421- En outre, le concept d'APA est rapidement intégré aux filières universitaires STAPS. La cohésion au niveau national est donc assurée par le cadre institutionnel dans lequel sont dispensés les enseignements en APA et, de manière subséquente, la mobilisation des savoirs correspondants par le corps des enseignants-chercheurs universitaires. Les recherches et expérimentations conduites en la matière assurent le développement de connaissances spécifiques. Par ailleurs, la dimension internationale des échanges biennaux permet de limiter les appréhensions divergentes du champ

---

[462] International federation for adapted physical activity, *op. cit.*

[463] *A contrario,* l'ostéopathie s'est développée essentiellement dans un cadre professionnel et n'a ainsi jamais fait l'objet de recherches scientifiques propres à en faire une pratique validée. Par ailleurs, de nombreux courants et pratiques connexes se sont développés sous l'impulsion des ambitions individuelles des principaux promoteurs français.

[464] International federation for adapted physical activity, *Symposium intenational d'Activité physique adaptée (ISAPA), Proposition pour accueillir l'ISAPA, Guidelines* [en ligne], [consulté le 13 mai 2018], http://ifapa.net/wp-content/uploads/2018/01/ISAPA-Proposal-to-Host-Guidelines-Revised-1-23-2018.pdf/

disciplinaire, puisque les participants, quelle que soit leur nationalité, ne peuvent ignorer les avancées scientifiques en la matière.

422- Les Activités Physiques Adaptées se développent donc de manière parfaitement homogène aux niveaux nationaux et international, notamment sous l'influence du corps universitaire mondial. Si elles constituent ainsi rapidement un champ disciplinaire à haute valeur scientifique, leur finalité professionnelle, qui ne laisse place à aucun doute, peine pourtant à s'imposer.

b) Le développement du corps des enseignants en Activité Physique Adaptée

423- Le concept d'APA a été créé sous l'impulsion combinée d'universitaires et de professionnels des STAPS, dans un but essentiellement pratique, à savoir l'adaptation des activités physiques aux individus qui ne peuvent pratiquer une activité dans les conditions ordinaires. Il aurait pu donc être imaginé que la pénétration des professionnels correspondants dans le paysage sociétal français se réalise de manière assez spontanée. Cependant, cela n'a été nullement le cas.

424- Pour cette raison, il convient d'exposer les démarches mises en œuvre par les différents organismes promoteurs des Activités Physiques Adaptées ayant permis la pénétration efficace de ces dernières dans le paysage sociétal français. À cette fin, il est proposé de présenter, dans un premier temps, le rôle prépondérant joué par la Conférence des directeurs et doyens des Sciences et techniques des Activités Physiques et Sportives (1), avant d'exposer, dans un second temps, les actions menées par la Société française des professionnels en Activité Physique Adaptée (2).

1. Un développement professionnel permis par l'action de la Conférence des directeurs et doyens des Sciences et techniques des Activités Physiques et Sportives

425- Très tôt, les enseignants en Activité Physique Adaptée (APA) comprennent que pour intégrer efficacement le paysage professionnel français, ils doivent parvenir à dégager et faire reconnaître les spécificités de leurs champs professionnels, puisque ces derniers déterminent tant les missions qui pourraient leur être confiées par les pouvoirs publics que leur identité professionnelle.

426- Pour eux, la première étape à franchir consiste à faire inscrire le diplôme d'enseignant en APA sur la liste des Activités Physiques et Sportives prévue à l'article 43 de la loi du 16 juillet 1984[465], en vertu duquel des professionnels sont habilités à enseigner « contre rémunération des activités

[465] Loi n° 84-610 du 16 juillet 1984, *op. cit.*

physiques et sportives à titre d'occupation principale ou secondaire ». Or, pour y parvenir, les enseignants en APA sont confrontés à plusieurs difficultés. En effet, l'habilitation considérée est alors subordonnée à la titularité « d'un diplôme attestant [..] (la) qualification et [...] (l')aptitude (de l'intervenant) à ses fonctions ». En outre, une loi du 6 juillet 2000[466] oblige en sus à l'homologation des diplômes, homologation qui est remplacée à la fin de l'année 2002 par l'enregistrement « dans le répertoire national des certifications professionnelles »[467]. Cette modification entre en vigueur lors de la publication de loi de ratification[468] de l'ordonnance organisant le Code de l'éducation[469], à savoir le 15 avril 2003. L'article L. 363-1 du Code de l'éducation est alors transféré *in extenso* à l'article L. 212-1 du Code du sport[470].

427- La Conférence des directeurs et doyens des STAPS entreprend alors les démarches en vue de faire enregistrer les diplômes en APA. L'inscription sur la liste figurant au tableau A[471] de l'arrêté du 16 décembre 2004[472] est opérée par un arrêté du 12 octobre 2006[473], ce qui permet théoriquement aux licenciés en APA d'« encadre(r) des activités physiques ou sportives à destination de différents publics dans une perspective de prévention-santé ou de réadaptation ou d'intégration de personnes présentant l'altération d'une fonction physique ou psychique ». Cependant, l'inscription des diplômes en APA au Répertoire national des certifications professionnelles[474] n'est pas encore réalisée. Dans cette perspective, la Conférence des directeurs et des doyens des STAPS élabore un programme de développement quadriennal au sein du « livre blanc de Malte »[475], dans lequel sont

---

[466] Loi nº 2000-627 du 6 juillet 2000 modifiant la loi nº 84-610 du 16 juillet 1984 relative à l'organisation et à la promotion des activités physiques et sportives, JORF nº 157 du 8 juillet 2000, texte nº 1.

[467] Loi nº 2002-1578 du 30 décembre 2002 modifiant l'article 43 de la loi nº 84-610 du 16 juillet 1984 relative à l'organisation et à la promotion des activités physiques et sportives, JORF nº 304 du 31 décembre 2002, texte nº 4.

[468] Loi nº 2003-339 du 14 avril 2003 portant ratification de l'ordonnance nº 2000-549 du 15 juin 2000 relative à la partie législative du code de l'éducation, JORF nº 89 du 15 avril 2003, texte nº 1.

[469] Ordonnance nº 2000-549 du 15 juin 2000 relative à la partie législative du code de l'éducation, JORF nº 143 du 22 juin 2000, p. 9346.

[470] Ordonnance nº 2006-596 du 23 mai 2006 relative à la partie législative du code du sport, JORF nº 121 du 25 mai 2006, texte nº 40.

[471] Ce tableau est transféré à l'annexe II de l'article A. 212-1 du Code du sport par l'arrêté du 28 février 2008 relatif aux dispositions réglementaires du code du sport, JORF nº 101 du 29 avril 2008, texte nº 18.

[472] Arrêté du 16 décembre 2004 portant sur la liste des diplômes, titres à finalité professionnelle et certificats de qualification ouvrant droit à l'enseignement, l'animation ou l'encadrement des activités physiques et sportives ou à l'entraînement de ses pratiquants, conformément à l'article L. 363-1 du code de l'éducation, *op. cit.*

[473] Arrêté du 12 octobre 2006 modifiant l'arrêté du 16 décembre 2004 portant sur la liste des diplômes, titres à finalité professionnelle et certificats de qualification ouvrant droit à l'enseignement, l'animation ou l'encadrement des activités physiques et sportives ou à l'entraînement de ses pratiquants, conformément à l'article L. 363-1 du code de l'éducation, JORF nº 259 du 8 novembre 2006, texte nº 21.

[474] La Commission nationale de la certification professionnelle est une commission interministérielle, créée par la loi nº 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, dont la mission est, selon l'article L. 335-6 du Code de l'éducation, d'établir et actualiser le répertoire national des certifications professionnelles.

[475] Conférence des directeurs et doyens de STAPS, *Livre Blanc de Malte, Programme de développement quadriennal 2008-2011* [en ligne], 2008, [consulté le 16 mai 2018], http://www.youscribe.com/BookReader/Index/531649/documentId =502772/, p. 9.

prévus les « construction, orientation et suivi en matière d'insertion professionnelle à l'issue des formations STAPS »[476]. Pour les membres de la Conférence, il ne fait aucun doute qu'il convient d'« élargir (pour les étudiants) la connaissance du monde du travail » et « la "géographie" de la professionnalisation ».

428- Si les directeurs et les doyens des Facultés des STAPS cherchent à circonscrire les possibles applications concrètes des APA, c'est surtout dans le but de faire émerger un « intervenant en activité physique-santé […] (spécialiste de) réadaptation et/ou rééducation »[477]. Pour eux, la difficulté réside alors dans la détermination précise du domaine de compétences de ce nouvel intervenant, lequel ne peut en tout état de cause qu'empiéter sur celui du masseur-kinésithérapeute, qui possède encore à cette date un monopole d'exercice sur la rééducation mise en œuvre aux fins de reprise d'activité[478]. De toute évidence, les membres de la Conférence ont pleine conscience des pans rééducatifs laissés vacants par les masseurs-kinésithérapeutes, dont la plupart exercent leur profession en libéral[479] et n'ont que peu de temps pour accompagner leurs patients dans la phase finale de leur rééducation. Ils se rapprochent donc rapidement des instances représentatives des professions médicales, afin d'obtenir l'accord d'une introduction des professionnels en APA dans les structures hospitalières.

429- Après avoir « structur(é) une offre de formation cohérente »[480] pour les étudiants en APA, les doyens des Facultés des STAPS obtiennent l'inscription, conformément aux préconisations de Jean BERTSCH publiées en juin 2008[481], au Répertoire national des certifications professionnelles de près de trente-deux licences en APA[482] et deux masters, respectivement délivrés par les universités

---

[476] *Ibid*. p. 5-8.

[477] *Ibid*. p. 9.

[478] Avant la loi nº 2016-41 du 26 janvier 2016, « la profession de masseur-kinésithérapeute consiste en la pratique habituelle du massage et de la gymnastique médicale », laquelle est définie à l'article R. 4321-4 du Code de la santé publique comme « la réalisation et la surveillance des actes à visée de rééducation neuromusculaire, corrective ou compensatrice, effectués dans un but thérapeutique ou préventif afin d'éviter la survenue ou l'aggravation d'une affection ».

[479] Près de 80 % des masseurs-kinésithérapeutes exercent à titre libéral. *cf.* Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Rapport : Démographie des kinésithérapeutes, Une expansion incapable de répondre à la pénurie hospitalière et à la disparité ville/campagne* [en ligne], publié en septembre 2017, http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/09/rapport_demographie_2017.pdf/

[480] Conférence des directeurs et doyens de STAPS, *Livre Blanc de Malte*, *op. cit*. p. 9.

[481] BERTSCH Jean, *Réorganisation de l'offre publique de formation dans le secteur de l'activité physique, du sport et de l'animation*, Paris, La Documentation française, juin 2008, p. 83.

[482] Commission nationale de la certification professionnelle, *Licence Mention Sciences et techniques des activités physiques et sportives parcours type « Activité physique adaptée et Santé » (fiche nationale)* [en ligne], [consulté le 13 mai 2018], http://www.rncp.cncp.gouv.fr/grand-public/visualisationFiche?format=fr&fiche=24540/

de Toulouse[483] et de Rouen[484]. À cet égard, il peut être relevé que les activités liées aux licences en APA ont pour code 335 et correspondent, d'un point de vue professionnel, à l'animation sportive, culturelle et de loisirs, alors que les activités liées aux masters ont pour code 330, 331 ou 411, codes qui renvoient aux services aux personnes, à la santé et aux pratiques sportives. Au moment de la reconnaissance de la visée professionnelle des diplômes en APA, les professionnels correspondants sont ainsi d'ores et déjà implicitement répartis entre trois niveaux de compétences : la licence, le master et le doctorat. Il ne faut pas s'y tromper : la Conférence obtient l'introduction dans le système français non pas d'une, mais bel et bien de trois entités professionnelles distinctes, capables de couvrir l'intégralité d'un nouveau domaine de compétences en rééducation.

430- L'inscription au Répertoire national des certifications professionnelles ne garantissant pas à elle seule l'intégration professionnelle réussie des praticiens considérés, la valorisation des champs professionnels émergents est entreprise.

2. Une valorisation professionnelle entreprise par la Société française des professionnels en Activité Physique Adaptée

431- L'intégration des professionnels en APA dans le paysage français est grandement facilitée par l'action de la Société française des professionnels en Activité Physique Adaptée (SFP-APA), qui est une organisation créée pour « développer la profession dans les secteurs médico-social, social et sanitaire, en faisant connaître et en valorisant le métier d'enseignant en Activité Physique Adaptée auprès des pouvoirs publics, des employeurs, des autres professions organisées, ainsi qu'auprès du grand public et tout autre acteur pouvant concourir à la valorisation de la profession »[485].

432- La SFP-APA s'est établie sur la base d'une organisation régionale. Ainsi, au côté du Conseil d'administration national ont été institués des comités régionaux[486], qui entreprennent constamment des actions visant à faire connaître l'APA, et cela auprès de 89 % de la population française[487]. Neuf

[483] Commission nationale de la certification professionnelle, *Master Mention « STAPS : activité physique adaptée et santé »* [en ligne], [consulté le 13 mai 2018], http://www.rncp.cncp.gouv.fr/grand-public/visualisationFiche?format=fr&fiche=25866/

[484] Commission nationale de la certification professionnelle, *Master STAPS : Activité physique adaptée et santé* [en ligne], [consulté le 13 mai 2018], http://www.rncp.cncp.gouv.fr/grand-public/visualisationFiche?format=fr&fiche=16416/

[485] Société française des professionnels en Activité Physique Adaptée, *Statuts* [en ligne], [consulté le 23 mai 2018], https://www.sfp-apa.fr/sfp-apa/statuts.html/

[486] Actuellement, cinq régions en sont dépourvues. Donc seules douze entités régionales agissent en vue de promouvoir le métier d'enseignant en Activité Physique Adaptée.

[487] Pour le détail de la répartition régionale de la population française au 1er janvier 2018, *cf.* Institut national de la statistique et des études économiques, *Estimation de la population au 1er janvier 2019, Séries par région, département, sexe et âge de 1975 à 2019* [en ligne], [consulté le 23 mai 2018], https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198/

commissions de spécialistes ont également été mises en place et s'attachent à alimenter de manière régulière les blogs dédiés. Devenue principale association représentative des enseignants en APA, la SFP-APA est régulièrement conviée par les pouvoirs publics à donner son avis sur les projets de rapports susceptibles d'intéresser la profession[488].

433- À ce jour, le principal apport de cette association réside dans la publication en août 2015 d'un référentiel métier[489], au sein duquel l'enseignant en APA est présenté comme un des « nouveaux métiers nécessaires de la santé et de l'insertion sociale »[490]. Manifestement, la SFP-APA cherche à « participer à la reconnaissance sociétale des compétences d'intervention et d'encadrement dans les secteurs du sanitaire, social et médico-social des professionnels en APA »[491]. Puisque le référentiel métier vise à promouvoir l'insertion professionnelle de l'enseignant en APA, y sont notamment précisés ses compétences particulières et les établissements dans lesquels celui-ci interveindrait. Aux côtés de cette approche institutionnelle des secteurs d'activité, huit situations professionnelles d'intervention des enseignants en APA dans les secteurs sanitaire, médico-social et social sont décrites. Par ailleurs, cette association a rédigé un Code de déontologie[492], lequel exprime, selon elle, tant les valeurs que l'identité professionnelle du corps considéré[493].

434- Il est ainsi aisé de saisir le sens que la SFP-APA souhaite impulser au développement de la profession d'enseignant en APA. En effet, celle-ci ne se cache aucunement d'avoir demandé aux membres des commissions de spécialistes de « répondre aux sollicitations des sociétés savantes ou d'instances nationales »[494] sur les questions relatives aux intérêts que peuvent présenter les APA pour les patients atteints de cancer, de handicap mental, de maladies métaboliques, ou d'affections cardio-vasculaires, respiratoires, neurologiques, psychiatriques, rhumatologiques ou gériatriques. Manifestement, au travers de cette liste, les membres de la Société cherchent à confirmer le rattachement des APA au domaine de la santé.

---

[488] En ce sens, voir le rapport du groupe de travail « Activité physique et prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques : quelles compétences pour quels patients ? Quelles formations ? », *cf.* BIGARD Xavier, *Activité physique et prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques : quelles compétences pour quels patients ? Quelles formations ?*, Paris, Direction générale de la Santé, 4 novembre 2015.

[489] BARBIN Jean-Marc, CAMY Jean, COMMUNAL David *et al.*, *Référentiel d'activité et de compétences de l'Enseignant en activité physique adaptée* [en ligne], publié en 2015, https://www.sfp-apa.fr/assets/fichiers/blog/1146/R%C3%A9f%C3%A9rentiel%20M%C3%A9tier%20Enseignant%20en%20APA.pdf/

[490] *Ibid*. p. 12.

[491] *Loc. cit.*

[492] Société française des professionnels en Activité Physique Adaptée, *Code de déontologie de l'enseignant en Activité Physique Adaptée* [en ligne], publié en septembre 2018, [consulté le 16 juillet 2021], https://www.sfp-apa.fr/assets/fichiers/blog/2819/Code_de_deontologie_Enseignant%20en%20APA_SFP-APA.pdf/

[493] CANTELÉ Benjamin, *Code de déontologie pour l'enseignant en Activité Physique Adaptée* [en ligne], [consulté le 6 août 2018], https://www.sfp-apa.fr/actualites/les-articles/code-de-deontologie-pour-l-enseignant-en-activite-physique-adaptee.html/

[494] Société française des professionnels en Activité Physique Adaptée, *Les commissions de spécialistes* [en ligne], [consulté le 28 mai 2018], https://www.sfp-apa.fr/sfp-apa/commissions-de-specialistes.html/

B. Une histoire marquée par le rattachement précoce des Activités Physiques Adaptées au domaine de la santé

435- Aujourd'hui, il ne fait aucun doute que l'activité physique, appréhendée dans sa conception la plus élargie, constitue un facteur prépondérant de préservation et de recouvrement de l'état de santé. Il n'est donc pas question de discuter ou même chercher à confirmer ce lien. D'ailleurs, celui-ci est régulièrement mis en avant dans les rapports publics au sein desquels sont préconisées des actions de prévention[495]. L'étude qu'il est proposé de mener ici a plutôt pour objectif de démontrer comment un corps professionnel qui s'est développé en marge du système de santé est parvenu dans un temps relativement très court à s'imposer comme un véritable acteur en santé, sur les champs professionnels duquel les pouvoirs publics peuvent compter pour améliorer l'état de santé général de la population française.

436- Il apparaît donc nécessaire d'expliquer, dans un premier temps, comment la modification de définition des Activités Physiques Adaptées a permis à celles-ci d'être rattachées précocement au domaine de la santé (a), avant d'exposer, dans un second temps, l'intégration subséquente des enseignants en Activité Physique Adaptée dans les établissements de santé (b).

a) Le rattachement des Activités Physiques Adaptées au domaine de la santé

437- Le concept d'Activité Physique Adaptée (APA) a considérablement évolué depuis sa création au cours des années 1970. En effet, alors qu'aux APA, qui constituent une sous-partie des Activités Physiques et Sportives, était à l'origine prêtée une finalité essentiellement sportive, notamment à destination des personnes qui ne peuvent pratiquer une activité physique dans des conditions normales, émerge dans les années 2000 l'idée selon laquelle les APA peuvent également trouver à s'appliquer au domaine de la santé. Les organisations représentatives des enseignants en APA modifient donc promptement la définition qu'ils donnent eux-mêmes des APA, afin de mettre celle-ci en totale conformité avec la finalité visée. Prenant en compte cette nouvelle définition, les pouvoirs publics modifient leur manière d'appréhender les enseignants en APA.

438- L'explication de la manière dont les organisations représentatives des enseignants en Activité Physique Adaptée sont parvenues à faire rattacher dans les années 2000 l'activité correspondante au domaine de la santé appelle à exposer, dans un premier temps, le rôle joué par le renouvellement de la définition des Activités Physiques Adaptées formulée par les organisations représentatives des

[495] Pour plus de précisions, *cf.* B. L'appréhension conjointe des activités physiques et de la prévention, p. 167.

enseignants en Activité Physique Adaptée (1), avant de présenter, dans un second temps, la conséquence de ce renouvellement sur la manière dont sont appréhendées depuis les activités en question (2).

1. Un rattachement permis par le renouvellement de la définition des Activités Physiques Adaptées

439- La définition consensuelle des Activités Physiques Adaptées (APA) est explicitée en 2004 par Jean Claude DE POTTER à l'occasion d'un séminaire à l'Université de Cagliari. Cette définition, fondée sur la nécessaire adaptation des moyens aux capacités physiques des individus présentant des difficultés à la pratique d'une activité physique ou sportive dans des conditions ordinaires[496], ne prête alors aux APA aucune autre finalité que celle de loisirs.

440- Quelques années plus tard, l'*International federation for adapted physical activity* (IFAPA)*[497],* qui cherche à étendre davantage les champs d'application des savoirs correspondants, appréhende de manière élargie le concept d'APA, qu'elle définit comme l'« ensemble interdisciplinaire de connaissances pratiques et théoriques axées sur les déficiences, les limitations d'activités et les restrictions de participation à l'activité physique […]. L'Activité Physique Adaptée comprend, sans toutefois s'y limiter, l'éducation physique, le sport, les loisirs, la danse, les arts créatifs, la nutrition, la médecine et la réadaptation »[498]. Il convient de relever les apports sémantiques de cette définition renouvelée, dans la mesure où ceux-ci visent clairement à présenter les enseignants en APA comme dotés de compétences particulières en santé. À cet égard sont utilisés des vocables prégnants, tels que « la nutrition », « la médecine » et « la réadaptation ». Déjà à cette époque, pour l'organisation internationale, il ne fait nul doute que ces trois éléments caractérisent pleinement les prises en charge réalisées par les enseignants en APA.

441- Au niveau national, le rattachement des APA à la santé est assuré en 2005 par l'adjonction du vocable « Santé » à celui d'APA[499]. La Société française des professionnels en Activité Physique Adaptée (SFP-APA) fournit alors au corps professionnel une définition renouvelée des compétences

---

[496] Les Activités Physiques Adaptées étaient définies en 2004 comme « tout mouvement, activité physique et sport, essentiellement basé sur les aptitudes et motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires » , *cf.* LEFEVBRE Blandine, *La construction d'un nouveau territoire professionnel en activité physique dans les réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité en pédiatrie (reppop)*, PERRIN Claire (dir.), thèse de doctorat, STAPS, université de Lyon-1, 2010, p. 32.

[497] Pour plus de précisions sur cette organisation internationale, *cf.* développement n° 415, p.148.

[498] International federation for adapted physical activity, *Définition* [en ligne], [consulté le 15 mai 2018], http://ifapa.net/definition/

[499] Conférence des directeurs et doyens de STAPS, *Livre Blanc de Malte*, *op. cit.*

de l'enseignant en APA-S, qui semble habilité à connaître « des situations motrices d'enseignement qui utilisent des activités physiques, sportives ou artistiques dans des conditions techniques, matérielles, réglementaires et motivationnelles adaptées à la situation et à la sécurité du pratiquant, dans un objectif de rééducation, de réadaptation, d'éducation, de prévention ou d'insertion sociale »[500]. Manifestement, l'organisation représentative des enseignants en APA s'autorise une vision bien plus élargie des compétences du corps professionnel que celle de l'IFAPA, puisque y sont notamment inclues la rééducation et la prévention. En outre, la SFP-APA énumère une liste non limitative de situations professionnelles caractéristiques des interventions de l'enseignant en APA, lesquelles mettent en valeur les populations cibles[501], les services médicaux rendus et les établissements dans lesquels peuvent être dispensées les APA[502].

442- Le champ sémantique relatif à la santé constitue pour les organisations représentatives des enseignants en APA un outil de revendication de champs professionnels étendus. Au travers de la nouvelle définition des APA, ces organisations cherchent surtout à modifier la perception qu'ont les organismes et les pouvoirs publics du corps professionnel. L'objectif semble parfaitement atteint. En effet, peu de temps après la formulation de la nouvelle définition, les pouvoirs publics adoptent une vision élargie des Activités Physiques Adaptées.

2. L'appréhension élargie des Activités Physiques Adaptées

443- Le lien des Activités Physiques et Sportives avec la santé est originellement mis en valeur au sein du corpus juridique français par l'article inaugural de la loi du 16 juillet 1984[503]. Cependant, à cette époque, ce lien ne peut pas rejaillir automatiquement sur les Activités Physiques Adaptées (APA), qui n'existent pas encore en tant que tel au yeux du droit national. En effet, il faut attendre l'arrêté du 16 décembre 2004[504] pour que les APA soient mentionnées dans un texte à valeur normative. En vertu de celui-ci, les titulaires des diplômes d'APA peuvent réaliser l'« encadrement des activités physiques ou sportives à destination de différents publics dans une perspective de

[500] Société française des professionnels en Activité Physique Adaptée, *L'Enseignant en activité physique Adaptée* [en ligne], [consulté le 28 mai 2018], https://www.sfp-apa.fr/activite-physique-adaptee/enseignant-en-activite-physique-adaptee.html/

[501] Sont énumérées les interventions auprès des personnes âgées en établissement, des enfants et adolescents en situation de handicap ou en difficulté d'insertion et des jeunes ou adultes en difficulté d'insertion sociale.

[502] Les enseignants en APA semblent pouvoir intervenir dans les services de Médecine Chirurgie Obstétrique, en Soins de suite et Réadaptation, dans le secteur sanitaire en affections de longue durée et réseaux de santé, en soins psychiatriques et en établissement d'accueil ou d'accès au travail pour adultes en situation de handicap.

[503] Loi n° 84-610 du 16 juillet 1984, *op. cit.*

[504] Arrêté du 16 décembre 2004 portant sur la liste des diplômes, titres à finalité professionnelle et certificats de qualification ouvrant droit à l'enseignement, l'animation ou l'encadrement des activités physiques et sportives ou à l'entraînement de ses pratiquants, conformément à l'article L. 363-1 du code de l'éducation, *op. cit.*

prévention-santé ou de réadaptation ou d'intégration de personnes présentant l'altération d'une fonction physique ou psychique ». Par l'emploi des vocables « prévention » et « réadaptation », les pouvoirs publics prêtent aux APA des finalités en santé. Pourtant, à cette date, les enseignants en APA ne possèdent aucun lien clarifié avec le système de santé.

444- La Commission nationale de la certification professionnelle (CNCP) cherche alors à combler cette lacune. Elle fait donc valoir, quelques années plus tard, que les licences en STAPS mention APA-S permettent à ceux qui en sont titulaires de « participer à la conception, la conduite et l'évaluation de programmes, de Réadaptation et d'Intégration par l'Activité Physique Adaptée auprès de groupes de personnes relevant des catégories suivantes : troubles fonctionnels et métaboliques, troubles sensoriels et moteurs, troubles du comportement et de la personnalité, déficiences intellectuelles, inadaptation sociale, troubles liés au vieillissement, maladies chroniques ou létales »[505]. Trois points peuvent être relevés. D'abord, si seule la finalité de « réadaptation » est précisée, l'énumération des troubles pour lesquels l'enseignant en APA est apte à intervenir confère aux champs d'intervention de celui-ci la consistance qui lui manquait jusqu'alors. En outre, ses compétences en santé son désormais totalement reconnues. Ne peut donc plus lui être déniée la qualité de praticien en santé. Enfin, dans cette liste sont mentionnés les « troubles fonctionnels »[506], qui étendent considérablement le domaine de compétences de l'enseignant en APA, dans la mesure où cette formule renvoie indubitablement à une multitude de situations cliniques[507].

445- De manière explicite, la CNCP affirme que le titulaire d'un diplôme de master peut intégrer et intervenir dans les secteurs d'activité « médical, médico-social, médico-éducatif ; gérontologique ; thalassothérapie ; thermalisme ». En tout état de cause, c'est en vertu de ces textes que le corps des enseignants en APA bénéficie rapidement d'une intégration institutionnelle.

b) L'intégration institutionnelle des enseignants en Activité Physique Adaptée

446- L'intégration des enseignants en Activité Physique Adaptée au sein des structures de soins de suite et de réadaptation (SSR) constitue manifestement l'étape préalable à leur consécration au sein du système de santé français. En effet, elle permet déjà à ces professionnels de mettre en application de manière concrète leurs champs professionnels, qui ont été récemment définis. Par ailleurs, elle

[505] Commission nationale de la certification professionnelle, *Licence Mention Sciences et techniques des activités physiques et sportives parcours type « Activité physique adaptée et Santé » (fiche nationale)*, *op. cit.*

[506] Jusqu'alors, hormis les membres du corps médical, seuls l'ostéopathe et le chiropracteur étaient compétents pour connaître des troubles fonctionnels des patients.

[507] Pour une étude détaillée, *cf.* a) La consistance incertaine du domaine de compétences de l'ostéopathe, p. 72.

rend *a posteriori* légitime le rattachement des champs considérés au domaine de la santé. Enfin, elle cristallise l'ancrage du corps professionnel correspondant dans la catégorie des praticiens en santé.

447- Afin d'exposer les circonstances de l'intégration institutionnelle des enseignants en Activité Physique Adaptée et en explorer les conséquences, doit être présentées, dans un premier temps, les modalités d'intégration des enseignants en Activité Physique Adaptée dans les centres de soins de suite et de réadaptation (1), puis doit être étudié, dans un second temps, la concurrence subséquente qu'est imposée de cette manière aux masseurs-kinésithérapeutes (2).

1. L'intégration des enseignants en Activité Physique Adaptée dans les structures de soins de suite et de réadaptation

448- Originellement, le cadre juridique relatif aux Activités Physiques Adaptées (APA) est organisé au sein du Code du sport. Les dispositions considérées permettent alors aux professionnels qui les dispensent d'encadrer « des activités physiques ou sportives à destination de différents publics dans une perspective de prévention-santé ou de réadaptation ou d'intégration de personnes présentant l'altération d'une fonction physique ou psychique »[508]. En 2006, les enseignants en APA pouvaient ainsi déjà intervenir auprès de patients, mais uniquement dans le cadre de structures destinées au sport ou aux loisirs. À cette date, il n'était donc pas question de les voir exercer dans une structure destinée à la délivrance de soins en santé.

449- L'étape qui constitue *a posteriori* le préalable de l'intégration des enseignants en APA dans le système de santé est franchie quelques mois après l'enregistrement des diplômes de licence au Répertoire national des certifications professionnelles. En effet, par un décret du 17 avril 2008[509] est inséré dans le Code de la santé publique l'article D. 6124-177-19, lequel permet aux titulaires de l'autorisation de soins de suite et de réadaptation (SSR) d'« offrir une prise en charge en activité physique adaptée » au sein de leurs établissements. Si les enseignants en APA sont clairement visés par cette disposition légale, leurs champs d'intervention, pourtant précisés dans la fiche RNCP correspondante, posent question. Ainsi, six mois plus tard, par une circulaire du 3 octobre 2008[510],

---

[508] Arrêté du 12 octobre 2006 modifiant l'arrêté du 16 décembre 2004 portant sur la liste des diplômes, titres à finalité professionnelle et certificats de qualification ouvrant droit à l'enseignement, l'animation ou l'encadrement des activités physiques et sportives ou à l'entraînement de ses pratiquants, conformément à l'article L. 363-1 du code de l'éducation, *op. cit.*

[509] Décret n° 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation, JORF n° 94 du 20 avril 2008, texte n° 9.

[510] Circulaire DHOS/01 n° 2008-305 du 3 octobre 2008 relative aux décrets n° 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation, BO Santé – Protection sociale – Solidarités n° 10 du 15 novembre 2008, p. 221.

la ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative énonce à ses services les modalités d'application de l'arrêté en question. Y est notamment expliqué que les APA trouvent à s'appliquer dans le cadre du traitement des affections relatives à l'appareil locomoteur, les systèmes nerveux, cardio-vasculaire, respiratoire, digestif, métabolique, endocrinien, ainsi que les conduites addictives.

450- En énumérant le type d'affections que les enseignants en APA peuvent prendre en charge, la ministre en charge de la Santé participe grandement à la consécration, pour ceux-ci, de champs d'intervention élargis. En effet, de cette manière, la ministre ouvre la voie à un exercice très large des APA, notamment pour des patients présentant des affections variées, parfois même très lourdes. Par ailleurs, elle assure leur parfaite intégration dans les établissements de SSR. La présence au quotidien des enseignants en APA auprès des médecins conduit alors à la légitimation rapide de leur participation au traitement médical. Une fois leurs compétences en santé reconnues, les enseignants en APA deviennent des praticiens incontournables de la prise en charge des patients des SSR.

451- Particularité qu'il convient ici de relever, une cotation à leur intention est créée au sein du Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation, dont l'objet est de décrire « les actes de rééducation et réadaptation à l'exclusion des actes relevant de la seule responsabilité médicale qui sont décrits dans la Classification commune des actes médicaux (CCAM) »[511]. Alors que ces professionnels ne figurent pas encore au rang des praticiens inscrits dans le Code de la santé publique, les pouvoirs publics organisent la prise en charge financière des soins en APA[512] par les organismes de Sécurité sociale. Il s'agit manifestement d'une preuve de l'intégration en passe d'être réussie du corps des enseignants en APA dans le système de santé.

452- Le terreau d'un effacement du caractère distinctif des éléments constitutifs de l'identité professionnelle des masseurs-kinésithérapeutes est de cette manière formé, puisque ces derniers se trouvent déjà à ce moment-là concurrencés par les professionnels nouvellement intégrés.

---

[511] Caisse primaire de l'Assurance maladie, *Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation*, BO Santé – Protection sociale – Solidarités n° 3 bis du 15 avril 2019, p. 1.

[512] La qualification de « soins en APA » semble pouvoir être retenue, quand bien même le Conseil d'État fait valoir le 20 juin 2018 que « les activités physiques adaptées prescrites par un médecin aux patients atteints d'une affection de longue durée en application de l'article L. 1172-1 du code de la santé publique, dont le décret attaqué fixe les conditions de dispensation, ne sauraient, alors même qu'elles s'inscrivent dans le cadre du parcours de soins et contribuent à la prévention des facteurs de risque pour la santé des intéressés ainsi qu'à la réduction des limitations fonctionnelles dues à l'affection dont ils sont atteints, être regardées comme un soin au sens de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale », disposition légale qui précise les missions de la Haute Autorité de santé, *cf*. CE, 20 juin 2018, n° 408350-408553-410994, inédit au recueil Lebon.

2. Une intégration inductrice d'une concurrence imposée aux masseurs-kinésithérapeutes

453- L'intégration des enseignants en APA au sein de centres de SSR conduit les pouvoirs publics à préciser et élargir les champs d'intervention de ceux-ci. En effet, par une circulaire[513], la ministre en charge de la Santé les invite à intervenir auprès de patients atteints des affections de l'appareil locomoteur, d'atteintes des systèmes nerveux, cardio-vasculaire, respiratoire, digestif, métabolique, endocrinien, ainsi qu'aux conduites addictives. Or, ces champs recouvrent en grande partie ceux qui sont dévolus à la masso-kinésithérapie. L'intégration des enseignants en APA au sein des centres en SSR peut ainsi être regardée comme la première étape de l'institution d'une véritable concurrence imposée par les enseignants en APA aux masseurs-kinésithérapeutes.

454- Une étude comparative des champs d'intervention respectifs oblige à relever que le masseur-kinésithérapeute conserve encore l'exclusivité de champs très particuliers, tels que les rééducations périnéo-sphinctériennes, cutanées, de la mobilité faciale, la mastication et la déglutition, alors que l'enseignant en APA prend en charge, contrairement au masseur-kinésithérapeute, des patients en raison d'affections des appareils digestif, métabolique, endocrinien, ou de conduites addictives. Toutefois, ces quelques champs d'intervention distincts ne sauraient à eux seuls permettre de dénier la concurrence qui oppose désormais les deux corps professionnels.

455- En effet, dans les SSR, les enseignants en APA sont parfaitement intégrés à l'équipe de soins et devenus des acteurs incontournables de la prise en charge rééducative des patients. Sans aucune difficulté, ils se soumettent aux directives du médecin de médecine physique et de réadaptation, en charge de la coordination des interventions des différents professionnels concernés. Leur rôle est d'ailleurs prépondérant auprès des patients admis en vue de bénéficier d'une « activité spécialisée en "affections de l'appareil locomoteur" ou en "affections de l'appareil locomoteur et du système nerveux" »[514]. Ainsi, bien avant l'institution d'un dispositif spécifique par l'article 144 de la loi du 26 janvier 2016, les médecins prennent l'habitude de prescrire des Activités Physiques Adaptées[515].

456- La concurrence avec le corps des masseurs-kinésithérapeutes, que d'aucuns peuvent à ce stade contester, devient manifeste lorsqu'il est question de recrutement d'effectifs. À cet égard, à partir de

---

[513] Bien que la circulaire n'octroie aucun droit particulier au corps des enseignants en APA, elle leur permet de prendre en charge, au quotidien, des patients atteints de pathologies variées. Cette diversité est par ailleurs implicitement validée par la prise en charge financière des soins en APA par les organismes d'Assurance maladie. Pour plus de précisions, *cf.* 1. L'intégration des enseignants en Activité Physique Adaptée dans les structures de soins de suite et de réadaptation, p. 159.

[514] YELNIK Alain, « Les textes réglementant l'activité en soins de suite et de réadaptation du décret du 9 mars 1956 aux décrets du 17 avril 2008. Place de la médecine physique et de réadaptation », *Annales de réadaptation et de médecine physique*, juin 2008, n° 5, p. 415-421.

[515] GUIRAUD Thibaut, DAROLLES Yann, SANGUIGNOL Frédéric et al., « Quid des enseignants en activité physique adaptée dans les établissements de soins de suite et de réadaptation en 2013 ? », *Sciences & Sport*, 2013, p. 211-219.

la publication de cette circulaire, de nombreux enseignants en APA sont embauchés dans les SSR, souvent en lieu et place de masseurs-kinésithérapeutes. Manifestement, une certaine substitution de corps professionnels tend à s'opérer. Pour un exemple éloquent, il peut être mentionné le jugement du Tribunal administratif de Paris rendu le 19 juillet 2012, par lequel il a été considéré que les contrats conclus par l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris avec des enseignants en APA étaient entachés d'illégalité et devaient être annulés, dès lors que le recrutement de ces derniers visait à suppléer la carence en masseurs-kinésithérapeutes[516].

457- Au début des années 2010, la concurrence entre les deux corps professionnels n'est pas encore très marquée, bien que certains doctrinaires issus du corps des enseignants en APA affirment haut et fort que « le processus d'intégration des enseignants en APA dans le domaine de la santé est engagé et ne reviendra pas en arrière »[517]. *A posteriori*, ceux-ci avaient parfaitement raison. En effet, moins de deux ans plus tard se pose la question de l'opportunité d'instituer dans le système de santé un dispositif permettant aux médecins traitants de prescrire à leurs patients des Activités Physiques Adaptées.

[516] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Masseurs-kinésithérapeutes et intervenants en activité physique adaptée. Quelles compétences respectives ? Quels domaines d'activité ?* [en ligne], publié le 30 janvier 2013, [consulté le 2 juin 2018], http://www.cdomk59.fr/wp-content/uploads/2014/10/OMK-Communiqu%C3%A9-APA-30-01-2013.pdf/

[517] GUIRAUD Thibaut, DAROLLES Yann, SANGUIGNOL Frédéric *et al., op cit.* p. 218.

Paragraphe 2 : L'intégration des Activités Physiques Adaptées dans le système de santé

458- L'intégration des Activités Physiques Adaptées (APA) au sein du système de santé apparaît très tôt prévisible, eu égard au rattachement de celles-ci au domaine de la santé et à l'intégration des enseignants en APA dans les établissements de soins de suite et de réadaptation. Toutefois, aux fins d'avoir réellement lieu, cette intégration devait préalablement être envisagée par les pouvoirs publics, puis faire l'objet d'une inscription à l'agenda politique. En d'autres termes, il fallait tout d'abord que les pouvoirs publics appréhendent les APA en tant qu'éventuel élément de réponse aux difficultés rencontrées par l'organisation de la dispensation des soins en santé.

459- C'est dans la perspective de présenter les circonstances politico-juridiques qui ont conduit à l'institution du dispositif de prescription médicale d'Activité Physique Adaptée dans le système de santé français qu'il est proposé d'exposer les raisons pour lesquelles, après avoir appréhendé les deux notions séparément (A), les pouvoirs publics apprécient au cours des années 2010 l'« activité physique » comme un élément déterminant de la politique de « prévention en santé » à mener (B).

A. L'appréhension distincte des notions de prévention et d'activité physique

460- Alors qu'elles semblent aujourd'hui unies par un lien infrangible, les notions de « prévention » et d'« activité physique » ont été longtemps appréhendées par les pouvoirs publics de manière totalement distincte l'une de l'autre. Ainsi, jusqu'en 2012, dans l'organisation de la dispensation des soins en santé, la prévention n'était assurément pas conciliée avec l'activité physique, qui était inscrite dans des plans nationaux spécifiques.

461- Afin de présenter cette appréhension distincte des deux notions et expliquer en quoi celle-ci a permis à chacune de s'établir avec force et devenir un des éléments déterminants de la politique de santé nationale, il sera exposé, dans un premier temps, la manière dont la prévention a intégré le Code de la santé publique (a), puis abordé, dans un second temps, les raisons pour lesquelles l'activité physique a été inscrite dans des plans nationaux spécifiques (b).

a) L'intégration de la prévention dans le Code de la santé publique

462- Tel que le souligne Didier TABUTEAU[518], la politique de prévention a longtemps été « reléguée au second plan ». En effet, le vocable « prévention » n'apparaît dans le Code de la santé publique qu'avec une loi du 29 juillet 1998[519], qui crée l'article L. 711-7-1 relatif aux missions et obligations des établissements de santé concourant au service public hospitalier. Cependant, la « politique de prévention » n'est consacrée en tant que telle que par l'article 79 de loi du 4 mars 2002[520], qui insère au sein du même code un chapitre entier dédié à « la prévention ». Il convient alors de se référer à l'article L. 1417-1 pour comprendre ce que recouvre « la politique de prévention ». Celle-ci, définie par sa finalité, a essentiellement pour objet « d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident ».

463- Vingt-neuf mois plus tard, suite à un rapport qui relève que « le système de santé privilégie de manière excessive les soins curatifs au détriment des actions de prévention »[521], le législateur transfère par l'article 2 de la loi du 9 août 2004[522] la notion de « prévention » au sein même de la politique de santé de la Nation, laquelle est précisée à l'article L. 1411-1. À cette occasion, la prévention est élargie, puisque les pouvoirs publics doivent dorénavant s'attacher à garantir « la prévention des maladies, des traumatismes et des incapacités ». À l'aune de l'emploi du vocable « incapacité », il pourrait être pensé que le législateur appelle déjà de ses vœux la consécration de l'Activité Physique Adaptée (APA), dont l'objet est à cette époque l'amélioration des capacités des individus présentant des difficultés particulières à pratiquer une activité physique dans les conditions ordinaires[523]. Or, il s'agit plutôt pour lui d'anticiper les termes de la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées[524], dont le projet a été déposé le 28 janvier 2004 et les dispositions sont à ce moment-là discutées devant les chambres parlementaires.

---

[518] TABUTEAU Didier, « Les nouvelles ambitions de la politique de prévention », *Droit social*, 2001, p. 1085.

[519] Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, JORF n° 175 du 31 juillet 1998, p. 11679.

[520] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, *op. cit.*

[521] DUBERNARD Jean-Michel, *Rapport fait au nom de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi (n° 887) relatif à la politique de santé publique (n° 1092), 1ère partie*, Assemblée nationale, 25 septembre 2002, p. 18.

[522] Loi n° 2004-806 du 9 août 2004, *op. cit.*

[523] Pour une étude préliminaire de la définition de l'Activité Physique Adaptée, *cf.* développement n° 439, p. 156.

[524] Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, JORF n° 36 du 12 février 2005, texte n° 1.

464- Il manque alors à la définition de la prévention des composantes de nature institutionnelle et sectorielle. Cette lacune est comblée par la loi du 21 juillet 2009[525], qui inscrit la prévention au rang des missions des établissements de santé, des centres de santé et des pôles de santé[526]. Appréhendée comme un des éléments constitutifs des soins de premier recours[527], elle est du ressort du médecin généraliste, appelé à contribuer « à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux »[528]. D'un point de vue sectoriel, les actions de prévention sont inscrites au titre VII du livre I[er] de la première partie du Code de la santé publique, intitulé « Prévention des facteurs de risques pour la santé » et composé d'un unique article relatif à la création d'une fondation qui a pour mission de contribuer « à la mobilisation des moyens nécessaires pour soutenir des actions individuelles ou collectives destinées à développer des comportements favorables à la santé »[529]. Cette fondation doit notamment entreprendre des actions contribuant à « la promotion d'une alimentation équilibrée et de l'activité physique et sportive »[530].

465- En 2009 semble donc s'établir un lien entre la prévention et l'activité physique. Toutefois, cette dernière, considérée comme un déterminant majeur de l'état de santé des individus, est plutôt inscrite par les pouvoirs publics dans des plans nationaux spécifiques.

b) L'inscription de l'activité physique dans des plans nationaux spécifiques

466- La loi du 9 août 2004[531] fait obligation aux pouvoirs publics de déterminer au sein d'un rapport annexé au projet de loi relatif à la santé les objectifs quinquennaux de sa politique sanitaire, ainsi que préciser les plans d'action qu'ils entendent mettre en œuvre pendant cette période[532]. Ces plans sont soumis à un régime juridique différent, selon qu'ils sont expressément prévus par la loi ou leur mise en œuvre résulte d'une décision du ministre concerné[533]. En tout état de cause, à cette occasion

[525] Loi n° 2009-879 du 29 juillet 2009, *op. cit.*

[526] Respectivement aux articles L. 6112-1, L. 6323-1 et L. 6323-4 du Code de la santé publique.

[527] Article L. 1411-11 du Code de la santé publique.

[528] Article L. 4130-1 du Code de la santé publique.

[529] Article L. 1171-1 du Code de la santé publique.

[530] L'alimentation fait l'objet d'une attention particulière puisqu'est créé au sein du Code de la santé publique un titre relatif à la « prévention de l'obésité et du surpoids ».

[531] Loi n° 2004-806 du 9 août 2004, *op. cit.*

[532] Article L. 1411-2 du Code de la santé publique.

[533] Direction Générale de la Santé, « Les actions programmées au niveau national (plans stratégiques, plans et programmes) : principes et présentation générale », *Santé Publique*, 2004, n° 4, p. 661-672.

la notion d'« activité physique » apparaît dans la lettre de l'article L. 1411-6 du Code de la santé publique[534], qui fait état notamment de « programmes de santé destinés à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou incapacités ». Il appartient donc à cette date au ministre chargé de la Santé d'édicter les décrets relatifs aux programmes de prévention. Cependant, malgré « une impulsion forte […] l'ensemble des plans successifs mis en place peuvent apparaître insuffisamment coordonnés quant à leur volet de prévention »[535].

467- Ce n'est que suite au rapport de l'INSERM sur les contextes et effets de l'activité physique sur la santé[536], rédigé dans le prolongement du dossier du Haut conseil de la santé publique[537], qu'est instituée par un arrêté du 24 août 2008[538], pour une durée de six mois, une commission « prévention, sport et santé », dont la présidence est confiée au Professeur Jean-François TOUSSAINT. Celle-ci est chargée de « proposer, sur la base d'un diagnostic, une stratégie nationale déclinée en actions concrètes permettant la mise en place d'un programme national de prévention et de santé publique par les activités physiques ». Cinq mois plus tard, la commission rend son rapport en vue de la mise en place d'un « Plan National de prévention par l'Activité Physique ou Sportive »[539]. En son sein est alors opérée une distinction entre l'activité physique et l'activité sportive, qui, selon les membres de la commission, correspond à une pratique avancée de l'activité physique. Ces derniers préconisent alors la création « d'une filière d'opérateurs spécialistes d'activité physique ou sportive en lien avec la santé, dits "actiphysiciens", ou éducateurs médico-sportifs »[540], en vue de « favoriser la prise en charge de l'activité physique adaptée (APA) pour les personnes atteintes d'une maladie chronique ou d'une maladie rare ou en situation de handicap, à des fins thérapeutiques, préventives et d'éducation pour la santé »[541], ainsi qu'« encourager la pratique des activités physiques et sportives des seniors en toute sécurité pour contribuer à améliorer leur endurance cardiorespiratoire et musculaire, leur force et leur souplesse, leur équilibre et leur qualité de vie »[542]. L'activité physique devient à partir de ce moment-là une priorité nationale de santé publique.

---

[534] Dans sa rédaction publiée le 11 août 2004.

[535] TOUSSAINT Jean-François, *Stratégies nouvelles de prévention de la Commission d'orientation de prévention : rapport*, Paris, La Documentation française, décembre 2006.

[536] Institut national de la santé et de la recherche médicale, *Activité physique : contextes et effets sur la santé*, Paris, Paris, Les éditions INSERM, août 2008.

[537] Haut Conseil de la santé publique, « Activités physiques ou sportives et santé », *Actualité et dossier en santé publique*, juin 2009, n° 67.

[538] Arrêté du 24 juillet 2008 portant création de la commission prévention, sport et santé, JORF n° 222 du 23 septembre 2008, p. 14711.

[539] TOUSSAINT Jean-François, *Retrouver sa liberté de mouvement – PNAPS : plan national de prévention par l'activité physique ou sportive*, Paris, La Documentation française, décembre 2008.

[540] *Ibid.* p. 22.

[541] *Ibid*. p. 127.

[542] *Ibid*. p. 98.

468- Le 10 octobre 2012, Marisol TOURAINE et Valérie FOURNEYRON, alors respectivement ministre des Affaires sociales et de la Santé et ministre des Sports, de la Jeunesse, de l'Éducation populaire et de la Vie associative, présentent au Conseil des ministres une communication sur la promotion et le développement de la pratique des Activités Physiques et Sportives (APS) en tant que facteur de santé publique[543]. Elles proposent pas moins de quarante-sept actions dans le but de favoriser la pratique des APS pour le plus grand nombre et développer ces activités pour les personnes prises en charge dans les établissements sociaux et médico-sociaux, notamment pour les personnes affectées par des pathologies chroniques non transmissibles[544]. Ces propositions, mises en œuvre, conduisent à des mesures publiées dans l'instruction interministérielle du 24 décembre 2012[545], par laquelle il est demandé aux préfets de régions et directeurs généraux des Agences régionales de santé (ARS) de mettre en place un plan « sport santé bien-être » au niveau régional. Au niveau national, une attention particulière est portée aux personnes âgées. À ce titre, le « plan national bien vieillir »[546] est organisé et complété rapidement par « le dispositif d'activités physiques et sportives à destination des âgés »[547], notamment aux fins de prévention des chutes[548].

469- À la fin de l'année 2012, les activités physiques sont ainsi considérées comme un outil efficace de prévention en santé. Plus rien ne s'oppose alors à ce que les deux notions soient appréhendées ensemble.

B. L'appréhension conjointe des activités physiques et de la prévention

470- Depuis sa nomination en tant que ministre des Sports, Valérie FOURNEYRON s'attache à promouvoir les Activités Physiques et Sportives en tant qu'activité possédant une finalité en santé. Alors que le futur projet de loi relatif à la santé est en cours d'élaboration, elle organise un colloque ayant pour objectif de « placer la pratique des APS au cœur de la prévention, pour préserver ou

---

[543] TOURAINE Marisol, FOURNEYRON Valérie, *Communication en Conseil des ministres* [en ligne], 10 octobre 2012, [consulté le 6 juin 2018], http://sports.gouv.fr/IMG/pdf/1-texte_communication_en_conseil_des_ ministres.pdf/

[544] Ministère des Sports, *Plan national sport santé bien-être* [en ligne], publié en janvier 2014, [consulté le 7 juin 2018], http://sports.gouv.fr/pratiques-sportives/sante-bien-etre/Plan-national-sport-sante-et-bien-etre/article/Plan-national-sport-sante-et-bien-etre/

[545] Instruction n° DS/DSB2/SG/DGS/DS/DGCS/2012/434 du 24 décembre 2012 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures visant à promouvoir et développer la pratique des activités physiques et sportives comme facteur de santé publique, annoncées en conseil des ministres le 10 octobre 2012 [en ligne], [consulté le 10 juin 2018], http://circulaire.legifrance. gouv.fr/pdf/2013/01/cir_36363.pdf/

[546] Haut Conseil de la santé publique, *Évaluation du Plan national Bien vieillir 2007-2009*, Paris, La Documentation française, 2011.

[547] RIVIÈRE Daniel, *Dispositif d'activités physiques et sportives en direction des âgés*, Paris, La Documentation française, janvier 2014.

[548] Institut national de la santé et de la recherche médicale, *Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées*, Paris, La Documentation française, novembre 2014.

améliorer la santé »[549]. Puis, avec d'autres parlementaires, elle élabore et soumet l'amendement à l'origine de l'article 144 de la loi du 26 janvier 2016, lequel institue dans notre système de santé le dispositif de prescription médicale d'Activité Physique Adaptée. En tout état de cause, c'est dans une certaine mesure en vertu de ses actions que les Activités Physiques Adaptées sont aujourd'hui appréhendées comme une activité intrinsèquement liée à la prévention en santé.

471- La présentation de la manière dont les activités physiques ont été intégrées à la logique de prévention nationale invite à se pencher, dans un premier temps, sur l'inscription des activités physiques dans la politique de santé (a), puis à s'attarder, dans un second temps, sur la consécration des Activités Physiques Adaptées dans notre système de santé (b).

a) La consécration de l'activité physique dans la politique de santé

472- Dans le projet de loi présenté par Marisol TOURAINE le 15 octobre 2014[550], il est notamment prévu une modification substantielle de la lettre de l'article L. 1411-1 du Code de la santé publique, qui précise le cadre général de la politique de santé publique. En effet, il est projeté qu'au sein de celle-ci soit incorporée « la prévention collective et individuelle des maladies, des traumatismes, des pertes d'autonomie, notamment par l'éducation pour la santé ».

473- Cependant, durant la procédure législative, cet alinéa est modifié par différents amendements. Le rapport fait au nom de la Commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale, déposé le 20 mars 2015, fait alors valoir que « la prévention collective et individuelle des maladies et de la douleur, des traumatismes, des pertes d'autonomie, notamment par la définition d'un parcours éducatif de santé de l'enfant, par l'éducation pour la santé tout au long de la vie et par le développement de la pratique régulière d'activités physiques et sportives à tous les âges »[551]. Cependant, si les députés semblent s'accorder sur le point de savoir que les Activités Physiques et Sportives (APS) constituent un élément essentiel de la stratégie de santé, « peu onéreux pour l'assurance maladie, les pouvoirs publics et le budget de l'État »[552], ils suppriment la mention

---

[549] Mutuelle générale de l'Éducation nationale, *Colloque "Activités physiques et sportives : un enjeu pour la santé", Dossier de presse* [en ligne], publié le 1er avril 2014, [consulté le 8 juin 2018], https://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/mgen_dp.pdf/

[550] TOURAINE Marisol, *Projet de loi relatif à la santé*, Assemblée nationale, 15 octobre 2014, no 2302.

[551] VÉRAN Olivier, LACLAIS Bernadette, TOURAINE Jean-Louis, GEOFFROY Hélène et FERRAND Richard, *Rapport fait au nom de la Commission des Affaires sociales sur le projet de loi relatif à la santé (no 2673)*, Assemblée nationale, 20 mars 2015.

[552] Assemblée nationale, *Débats parlementaires, Compte rendu intégral des séances, Session ordinaire, 2e séance du mardi 31 mars 2015*, JO A.N. no 42 [2] du 1er avril 2015, p. 3347.

relative aux APS de la lettre de l'article L. 1411-1[553].

474- L'amendement n° 597, soutenu par Chantal JOUANNO et débattu le lundi 14 septembre 2015[554] devant le Sénat, propose la réintégration du « développement de la pratique des activités physiques et sportives » au rang des objectifs de la politique de santé. Pour Yves DAUDIGNY, le projet de loi défendu « accorde, pour la première fois certainement dans l'histoire, une place très importante à la prévention »[555], « de toute évidence liée à l'activité sportive […] (et il) doit figurer dans le texte le développement de la pratique régulière d'activités physiques et sportives »[556]. L'amendement est ainsi logiquement adopté. Cependant, à l'occasion de la nouvelle lecture l'Assemblée nationale[557], l'amendement AS398 introduit dans le corps du texte du 3° de l'article L. 1411-1 « la lutte contre la sédentarité ». Cette nouvelle rédaction n'est plus modifiée et l'article 1er de la loi du 26 janvier 2016 fait donc mention concomitamment du « développement de la pratique régulière d'activités physiques et sportives à tous les âges » et de « la lutte contre la sédentarité », ce qui est quelque peu redondant[558].

475- Cette rédaction de l'article L. 1411-1 du Code de la santé publique place les professionnels issus des formations universitaires en STAPS dans une situation particulièrement favorable, puisque dès leur intégration dans le système de santé français, il est fait obligation aux pouvoirs publics d'étudier régulièrement leurs conditions d'exercice en matière de soins en santé, ce qui leur confère l'assurance d'un développement régulier de leurs prérogatives professionnelles[559].

476- Alors que l'activité physique devient un élément essentiel de la politique de prévention mise en œuvre par les pouvoirs publics, une attention particulière est portée aux individus qui ne peuvent pratiquer dans les conditions normales et ne peuvent accéder aisément aux actions de prévention considérées. Est alors institué à leur égard un dispositif propre à leur permettre de bénéficier de

---

[553] MILON Alain, DEROCHE Catherine et DOINEAU Élisabeth, *Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales (1) sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, de modernisation de notre système de santé (n° 3215)*, Sénat, 22 juillet 2015, n° 3653

[554] Sénat, *Débats parlementaires, Compte rendu intégral des séances, Session extraordinaire, Séance du lundi 14 septembre 2015,* JO Sénat n° 95 du 15 septembre 2015, p. 8164-8166.

[555] *Ibid.* p. 8166.

[556] *Loc. cit.*

[557] SEBAOUN Gérard, LACLAIS Bernadette, TOURAINE Jean-Louis, GEOFFROY Hélène et FERRAND Richard, *Rapport fait au nom de la Commission des Affaires sociales, en nouvelle lecture, sur le projet de loi, modifié par le Sénat, après engagement de la procédure accélérée, relatif à la santé (n° 3215)*, Assemblée nationale, 10 novembre 2015.

[558] L'adjonction de la lutte contre la sédentarité peut apparaître quelque peu superfétatoire. Cependant, il convient d'admettre que la sédentarité ne s'oppose pas totalement à l'activité physique, même si de premier abord les notions semblent exclusives l'une de l'autre. En effet, il peut très bien être proposé à un individu de lutter contre la sédentarité sans pour autant l'obliger à s'adonner à une activité physique régulière.

[559] À titre de comparaison, la définition de la profession de masseur-kinésithérapeute a été reformulée soixante-dix ans après sa formalisation originelle.

prescriptions médicales d'Activité Physique Adaptée.

b) La consécration des Activités Physiques Adaptées dans le système de santé

477- Au cours de l'année 2011, la Haute Autorité de Santé se penche sur les thérapeutiques qu'elle qualifie d'« alternatives à la prescription médicamenteuses ». Puisque leurs effets sur la santé sont désormais prouvés, elle préconise que « certaines (de ces) thérapeutiques non médicamenteuses »[560] puissent être rapidement prescrites par les médecins. L'activité physique fait l'objet d'une attention toute particulière. Il faut cependant attendre l'année 2015 pour que des parlementaires s'emparent du sujet. En effet, à l'occasion de la discussion sur le projet de loi relatif à la modernisation de notre système de santé porté par Marisol TOURAINE[561] un amendement visant à consacrer les Activités Physiques Adaptées est présenté.

478- Afin de mettre en exergue les circonstances de cette consécration, il est proposé d'étudier, dans un premier temps, les débats parlementaires préalables à l'adoption de l'article 144 de la loi du 26 janvier 2016 (1), avant d'exposer, dans un second temps, les interventions ayant essentiellement pour objet de questionner la place susceptible d'être occupée par les masseurs-kinésithérapeutes au sein du dispositif considéré (2).

1. L'introduction âprement discutée des Activités Physiques Adaptées dans le système de santé

479- Valérie FOURNEYRON, Brigitte BOURGUIGON, Pascal DEGUILHEM et Régis JUANICO présentent le 27 mars 2015 l'amendement n° 917 au projet de la loi relative à la santé. Celui-ci a notamment pour but de « donner un cadre législatif pérenne au développement des bonnes pratiques en matière de sport-santé »[562] et instituer dans le système de santé français un dispositif de prescription médicale d'Activité Physique Adaptée.

480- Lors des débats parlementaires[563], Valérie FOURNEYRON, qui défend l'amendement proposé,

---

[560] Haute Autorité de Santé, *Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées* [en ligne], publié en avril 2011, [consulté le 29 septembre 2018], https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_rapport.pdf

[561] TOURAINE Marisol, *Projet de loi relatif à la santé*, *op. cit.*

[562] FOURNEYRON Valérie, BOURGUIGON Brigitte, DEGUILHEM Pascal et JUANICO Régis, *Amendement n° 917 à la loi relatif à la santé*, Assemblée nationale, 27 mars 2015.

[563] Assemblée nationale, *Débats parlementaires, Compte rendu intégral des séances, Session ordinaire, 1re séance du vendredi 10 avril 2015*, JO A.N. n° 49 [1] du 11 avril 2015, p. 3864-3866.

confond alors, et ce peut-être à des fins pédagogiques, les Activités Physiques et Sportives (APS) et les Activités Physiques Adaptées (APA). En effet, pour la députée, il semble à ce moment-là certainement plus pertinent de parler de sport, notion que tous connaissent, qui apparaît fédératrice et peut occasionner un certain enthousiasme, tant les bienfaits du sport pour la santé ne sont plus à démontrer. Cependant, elle rencontre l'opposition de Jean-Louis TOURAINE, rapporteur au nom de la Commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale, et de Marisol TOURAINE, ministre des Affaires sociales et de la Santé en exercice, qui émettent tous deux un avis défavorable à l'adoption de l'amendement, au motif que le dispositif pourrait avoir à terme un impact conséquent sur les finances de l'Assurance maladie.

481- Les éventuelles conséquences économiques du dispositif s'imposent manifestement comme le seul argument valide en défaveur de la prescription d'Activité Physique Adaptée. Au soutien de son amendement, Valérie FOURNEYRON précise alors que « circonscrite à la prévention tertiaire, dans le cadre des affections de longue durée […] (la mesure proposée) n'impliquera pas de consultation médicale supplémentaire, puisque c'est lors de la consultation médicale normalement remboursée que le médecin prescrira l'activité physique, sur l'ordonnance où figureront, peut-être en nombre moindre, les médicaments »[564]. Elle convainc les députés, qui adoptent l'amendement. Le dispositif de prescription médicale d'Activité Physique Adaptée, inscrit à l'article 35 bis A du projet de loi[565], trouve alors sa place au sein d'une section relative à la réparation des conséquences des risques sanitaires résultant du fonctionnement du système de santé[566].

482- Cependant, les sénateurs s'interrogent fortement sur les apports réels du dispositif, alors que « les médecins généralistes ou d'autres spécialités prescrivent déjà à leurs patients certaines activités physiques »[567]. Les débats tournent également autour des implications économiques de celui-ci, de nombreux sénateurs dénonçant la charge sur les finances de la Sécurité sociale que pourraient engendrer à terme les prescriptions d'Activité Physique Adaptée[568]. À cet égard, il peut être relevé l'argumentation de Corinne FÉRET, qui défend l'amendement n° 530, au bénéfice duquel tous les autres amendements sont retirés. En effet, selon la sénatrice, « l'objectif doit être le décloisonnement entre le monde sportif et le monde de la santé […] (alors que) les passerelles et les

[564] *Ibid.* p. 3866

[565] Assemblée nationale, *Projet de loi de modernisation de notre système de santé adopté par l'Assemblée nationale en première lecture (Procédure accélérée)*, 15 avril 2015, n° 505.

[566] À titre d'information, à l'article L. 1142-30 du Code de la santé publique. Cette place était totalement inappropriée, eu égard à la qualité préventive des APA défendue par les auteurs de l'amendement, qualité qui est manifestement en contrariété avec la notion de réparation, laquelle implique la survenue d'un dommage.

[567] MILON Alain, DEROCHE Catherine et DOINEAU Élisabeth, *op. cit.*

[568] Sénat, *Débats parlementaires, Compte rendu intégral des séances, Session extraordinaire, Séance du mardi 29 septembre 2015*, JO Sénat n° 101 du 30 septembre 2015, p. 8819-8823.

collaborations entre les acteurs professionnels de ces deux secteurs sont encore très peu développées »[569]. Bien plus qu'une simple inscription dans le système de santé, celle-ci souhaite véritablement que soit reconnue aux APA la qualité d'activité médicale et soient supprimés les freins à l'intégration pleine et entière des enseignants en APA au sein de la catégorie des professionnels de santé. L'amendement est mis au vote, mais il n'est pas adopté par le Sénat[570].

483- Lors du nouvel examen du projet devant l'Assemblée nationale surgit alors la question de la place que pourraient occuper les masseurs-kinésithérapeutes au sein du dispositif projeté.

2. La place discutée des masseurs-kinésithérapeutes dans le dispositif de prescription médicale d'Activité Physique Adaptée

484- L'amendement n° AS40[571], présenté le 4 novembre 2015 devant l'Assemblée nationale[572], vise à rétablir l'article 35 bis A dans sa rédaction précédente. La disposition discutée n'apparaît cependant plus au sein de la section relative à la réparation des conséquences des risques sanitaires résultant du fonctionnement du système de santé, mais dans le titre relatif à la prévention des facteurs de risques pour la santé. Ceci apparaît bien plus logique, eu égard à la finalité des Activités Physiques Adaptées, que d'aucuns n'ont jamais contestée.

485- À cette occasion, Jean-Pierre DOOR soulève la question de la place susceptible d'être occupée par les masseurs-kinésithérapeutes dans le dispositif considéré. Cependant, ses propos ne sont pas véritablement en faveur du corps professionnel, puisque le député fait notamment valoir que « le remboursement des activités physiques prescrites n'est pas envisagé pour le moment ; [...] il ne saurait l'être que si les masseurs-kinésithérapeutes étaient intégrés à la démarche, auquel cas le remboursement deviendrait nécessaire »[573]. En tout état de cause, il apparaît bien regrettable que le rôle des masseurs-kinésithérapeutes soit évoqué au décours d'une discussion relative aux conséquences économiques du dispositif projeté.

486- Par ailleurs, aux fins d'attirer l'attention sur l'absence de considération portée à ces derniers,

---

[569] *Ibid*. p. 8823.

[570] Dans les comptes rendus des rapports, il apparaît que l'amendement a fait l'objet d'une mise aux voix sous la forme d'un vote assis-debout, permettant au président de séance d'assurer que la majorité des sénateurs, à une voix près, était opposée à l'amendement.

[571] FOURNEYRON Valérie, BOURGUIGON Brigitte, DEGUILHEM Pascal et JUANICO Régis, *Amendement n° AS40 à la loi relatif à la santé*, Assemblée nationale, 4 novembre 2015.

[572] SEBAOUN Gérard, LACLAIS Bernadette, TOURAINE Jean-Louis, GEOFFROY Hélène et FERRAND Richard, *op. cit.* p. 298-301.

[573] *Ibid*. p. 300.

Gilles LURTON et quelques députés présentent l'amendement nº 495[574], lequel vise à « élargir aux professionnels masseurs-kinésithérapeutes la possibilité de prescrire une activité physique adaptée (APA) pour les patients atteints d'une affection de longue durée ». La question de l'articulation des différentes catégories d'intervenants en APA est posée. Appelé à soutenir l'amendement devant l'Assemblée nationale, le député fait alors immédiatement vœu de faiblesse. Ainsi, « je vais le retirer »[575] constitue le propos inaugural d'un discours tant attendu par le corps des masseurs-kinésithérapeutes. L'influence des membres du corps médical est palpable et Valérie FOURNEYRON, médecin du sport, d'affirmer « bien entendu, cette prescription, comme toutes les prescriptions, relève de la profession médicale »[576]. L'amendement est retiré. *In fine*, l'amendement nº AS40 est adopté et l'article 35 bis A est rétabli dans sa rédaction initiale.

487- Le Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes dénonce alors la mise en place d'« une kinésithérapie à deux vitesses », notamment en ce que la possibilité est offerte à « des non-professionnels de santé, n'ayant ni les qualifications requises pour pouvoir traiter des patients sur un plan sanitaire, ni même d'obligations déontologiques »[577] d'intervenir auprès des patients, dont certains peuvent présenter des pathologies à fort impact fonctionnel. Dans une dynamique opposée, l'Association nationale des étudiants en STAPS (ANESTAPS) et la Fédération nationale des étudiants en kinésithérapie (FNEK) saluent dans un communiqué commun l'adoption par l'Assemblée nationale de l'amendement AS40. Les deux associations estudiantines « s'accordent quant à la plus-value des Activités Physiques et Sportives (APS) dans le parcours de soins des personnes atteintes d'affections de longues durées »[578], mais s'inquiètent cependant d'un manque de clarté quant à la délimitation de leurs champs d'intervention respectifs. Elles appellent ainsi les pouvoirs publics à déterminer avec précision les rôles et le niveau d'intervention de chacun.

488- Bien que notant que « cette disposition ne fait pas l'unanimité des professionnels de santé »[579], le Sénat laisse l'article voté par l'Assemblée nationale en l'état. Plus jamais discuté, le dispositif de prescription d'Activité Physique Adaptée est institué au sein de notre système de santé par

---

[574] LURTON Gilles, POLETTI Bérengère, MOREL-A-L'HUISSIER Pierre, MATHIS Jean-Claude, VITEL Philippe et PERRUT Bernard, *Amendement nº 495 à la loi relatif à la santé*, Assemblée nationale, 13 novembre 2015.

[575] Assemblée nationale, *Débats parlementaires, Compte rendu intégral des séances, Session ordinaire, 2e séance du vendredi 27 novembre 2015*, JO A.N. nº 135 [2] du 28 novembre 2015, p. 10035.

[576] *Loc. cit.*

[577] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Sport sur ordonnance : Non à une kinésithérapie à deux vitesses !* [en ligne], publié le 26 novembre 2015, [consulté le 2 juillet 2018], https://www.ordremk.fr/actualites/kines/sport-sur-ordonnance/

[578] HOARAU Sarah et SOYEZ-LOZAC'H Bréwal, *Sport Santé : Les étudiants prônent la complémentarité* [en ligne], publié le 8 décembre 2015, [consulté le 2 juillet 2018], http://anestaps.org/communique-de-presse-sport-sante/

[579] MILON Alain, DEROCHE Catherine et DOINEAU Élisabeth, *Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales (1) sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, de modernisation de notre système de santé (nº 3215)*, Sénat, 9 décembre 2015, nº 233, p. 98.

l'article 144 de la loi du 26 janvier 2016.

489- Le développement des Activités Physiques Adaptées en marge du système de santé a permis à celles-ci de muter en une activité de santé et au corps professionnel correspondant d'être doté d'attributs particulièrement avantageux. Mises en œuvre au sein d'un dispositif intégré dans le système de santé français, cette activité devient l'objet d'une véritable concurrence entre les enseignants en Activité Physique Adaptée et les masseurs-kinésithérapeutes. C'est ce qui est proposé de démontrer dans le chapitre suivant.

Chapitre 2 : Le dispositif de prescription médicale d'Activité Physique Adaptée, source de concurrence entre le masseur-kinésithérapeute et l'enseignant en Activité Physique Adaptée

490- La consécration du dispositif de prescription médicale d'Activité Physique Adaptée (APA), opérée par l'article 144 de la loi du 26 janvier 2016, constitue à bien des égards un des événements les plus déterminants de l'histoire de l'effacement du caractère distinctif des éléments essentiels de l'identité professionnelle du masseur-kinésithérapeute, notamment en raison de la confusion et de la concurrence que ce dispositif instaure entre ce professionnel et l'enseignant en APA.

491- Cette affirmation doit nécessairement être justifiée. À cette fin, il convient déjà de démontrer qu'en instituant en 2016 dans le système de santé, aux côtés de la masso-kinésithérapie, une activité de santé qui peut être considérée comme excessivement similaire, voire même identique à celle-ci, les pouvoirs publics affermissent une concurrence qui tend déjà depuis 2005 à s'établir[580]. En outre, il doit être mis en exergue que le décret du 30 décembre 2016 permet au masseur-kinésithérapeute et à l'enseignant en APA d'exercer la même activité dans des conditions quasi identiques et conduit donc à la confusion et à la mise en concurrence de ces deux corps professionnels.

492- Bien entendu, d'aucuns s'empresseront de juger l'affirmation inaugurale totalement infondée, relevant que puisque l'enseignant en APA n'est pas un professionnel de santé, il ne peut imposer une véritable concurrence au masseur-kinésithérapeute. À cela, il peut être opposé deux arguments. Le premier argument réside dans la démonstration réalisée précédemment[581] que le statut de professionnel de santé ne constitue pas une condition pour imposer une concurrence professionnelle au masseur-kinésithérapeute. Le second argument se fonde sur l'évolution récente, rapide et constante du corps des enseignants en APA, laquelle permet sans grande difficulté d'envisager l'emprise à venir de ces derniers sur l'activité de santé considérée et la place que ceux-ci sont voués

[580] Pour plus de précisions sur le sujet, *cf.* b) L'intégration institutionnelle des enseignants en Activité Physique Adaptée, p. 158.

[581] Pour l'étude de la concurrence imposée par l'ostéopathe au masseur-kinésithérapeute, *cf*. Chapitre 2 : Une confusion persistante, source d'une concurrence entre les corps professionnels, p. 69.

à occuper dans le système de santé.

493- Afin de démonter que le dispositif de prescription médicale d'Activités Physiques Adaptées trouble l'identité professionnelle du masseur-kinésithérapeute, il sera exploré, dans un premier temps, en quoi les Activités Physiques Adaptées constituent une véritable activité de santé concurrente à la masso-kinésithérapie (section 1), puis étudié, dans un second temps, la confusion et la concurrence que ce dispositif instaure entre ces corps professionnels (section 2).

Section 1 : Les Activités Physiques Adaptées, une activité de santé concurrente à la masso-kinésithérapie

494- L'affirmation selon laquelle la consécration du dispositif de prescription médicale d'Activité Physique Adaptée (APA) concourt fortement à l'effacement du caractère distinctif des éléments essentiels de l'identité professionnelle du masseur-kinésithérapeute oblige à démontrer que les APA constituent une activité qui se confond et concurrence la masso-kinésithérapie. À cette fin, il doit être mis en exergue la substitution de notions opérée par la loi du 26 janvier 2016.

495- En effet, à cette date, dans un double mouvement, le législateur instaure dans notre système de santé, par l'article 144 de cette loi, la « prescription médicale d'activité physique adaptée » et fait disparaître, par son article 123, de la lettre de l'article L. 4321-1 du Code de la santé publique la « gymnastique médicale », qui était jusqu'alors un des deux éléments du domaine de compétences du masseur-kinésithérapeute. Cette opération semble pouvoir être raisonnablement qualifiée de substitution. En effet, sont réalisées dans un même temps l'autonomisation d'un élément essentiel du domaine de compétences du masseur-kinésithérapeute[582], à savoir la « gymnastique médicale », la modification de sa dénomination, puisque celle-ci devient les « Activités Physiques Adaptées », et l'érection de ces dernières en domaine de compétences spécifique des intervenants en APA[583]. Dans ces conditions, il peut également être soutenu que les APA constituent une activité de santé qui se confond et concurrence la masso-kinésithérapie.

496- D'aucuns pourront toujours critiquer l'emploi du vocable « concurrence », au motif que les notions de « gymnastique médicale » et « Activités Physiques Adaptées » n'ont aucunement existé de manière concomitante dans Code de la santé et elles ne sauraient dès lors constituer des activités concurrentes. En ce sens, la concurrence ne saurait être caractérisée par une simple substitution[584]. Ce point de vue apparaît de prime abord tout à fait acceptable. Cependant, l'étude des notions, la révélation de l'équivalence de leurs éléments constitutifs respectifs et la mise en évidence de la situation dans laquelle sont placés les corps professionnels correspondants obligent manifestement à admettre que ces activités sont véritablement en concurrence.

[582] Tel que défini par la loi n° 46.857 du 30 avril 1946, *op. cit.*

[583] Il convient de ne pas confondre les enseignants en APA et les intervenants en APA. Pour plus de détails sur le sujet, *cf.* b) Un partage entre plusieurs corps professionnels, p. 210.

[584] Ce qui peut être déduit de la définition de la concurrence, qui correspond à la situation « de produits ou de services qui tendent à satisfaire des besoins équivalents avec, pour les entreprises, une chance réciproque de gagner ou de perdre les faveurs de la clientèle » (CORNU Gérard, *op. cit.* p. 226).

497- La démonstration de cette substitution de notions et la concurrence implicite qui en découle entre les activités de santé correspondantes doit être réalisée. À cet effet, seront successivement abordées les raisons pour lesquelles il peut être affirmé que la loi du 26 janvier 2016 opère une véritable substitution de notions (paragraphe 1), puis la concurrence générée par celle-ci entre les activités de santé et les corps professionnels correspondants (paragraphe 2).

Paragraphe 1 : Une concurrence consécutive à une substitution de notions

498- Par deux dispositions inscrites dans la loi du 26 janvier 2016, le législateur a supprimé de la définition de la profession de masseur-kinésithérapeute la formule originelle « gymnastique médicale » et consacre, dans le même temps, les « Activités Physiques Adaptées » en tant que domaine de compétences de nouveaux intervenants en santé. Le caractère simultané de ces deux opérations élémentaires ne permet pas à lui seul d'affirmer l'existence d'une substitution de notions. En effet, pour que cette opération juridique puisse être qualifiée telle quelle, il faut que les notions en question soient un tant soit peu équivalentes. Il convient donc de comparer celles-ci et révéler l'équivalence de leurs éléments constitutifs respectifs. À cette occasion, la concurrence entre les deux activités de santé correspondantes est mise en évidence.

499- Ainsi, dans la perspective de démontrer la concurrence générée entre les activités en question, il doit être exposé, dans un premier temps, l'existence d'une substitution de notions, notamment au travers l'étude de l'équivalence de leurs éléments constitutifs respectifs (A), puis expliqué, dans un second temps, en quoi cette substitution constitue la source d'une concurrence entre les activités et les corps professionnels correspondants (B).

A. L'équivalence des notions à révéler

500- Les notions de « gymnastique médicale » et d'« Activités Physiques Adaptées » se distinguent au départ nettement l'une de l'autre par le rattachement de la « gymnastique médicale » à l'activité médicale et l'émanation des « Activités Physiques Adaptées » du champ disciplinaire des Sciences et techniques des Activités Physiques et Sportives. Ce trait distinctif est tellement net que ces deux notions ne semblent pas pouvoir *a priori* être considérées comme équivalentes. Cependant, l'étude comparative de leurs éléments constitutifs respectifs contraint à admettre le contraire.

501- Afin de démontrer l'équivalence de ces notions et défendre la thèse d'une substitution opérée par la loi du 26 janvier 2016, il convient d'exposer, dans un premier temps, l'équivalence des troubles en présence desquels les activités de santé considérées sont appelées à être mises en œuvre (a), puis de détailler, dans un second temps, pourquoi les champs d'intervention des corps professionnels correspondants doivent être regardés comme équivalents (b).

a) L'équivalence des troubles concernés

502- Aux fins de démontrer que les notions de « gymnastique médicale » et d'« Activités Physiques Adaptées » (APA) doivent être considérées comme équivalentes, il est proposé de comparer les troubles en présence desquels sont mises en œuvre les activités de santé correspondantes[585].

503- L'article L. 4321-1 du Code de la santé publique, dans sa rédaction originelle issue de la loi du 30 avril 1946[586], ne fait aucunement référence aux troubles que le masseur-kinésithérapeute est susceptible de prendre en charge, pas plus que l'article R. 4321-5 du même code, qui précise ce que recouvre la notion de « gymnastique médicale ». Il convient pour cela de se pencher sur la lettre de l'article R. 4321-1, selon lequel « la masso-kinésithérapie consiste en des actes réalisés de façon manuelle ou instrumentale, notamment à des fins de rééducation, qui ont pour but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer ». Les APA, quant à elles, visent, selon l'article L. 1172-1 du Code de la santé publique, l'adoption par celui qui en bénéficie d'« un mode de vie physiquement actif sur une base régulière afin de réduire les facteurs de risque et les limitations fonctionnelles liés à l'affection de longue durée »[587] dont il est atteint.

504- Il résulte de ce qui précède que le droit appréhende la « gymnastique médicale », et *a fortiori* la masso-kinésithérapie, comme l'activité au travers de laquelle sont prises en charge les altérations des capacités fonctionnelles[588] de l'individu, alors que les APA sont appréciées en tant qu'activité permettant le traitement des « limitations fonctionnelles » du patient. À bien des égards, les objets de ces deux activités sont manifestement équivalents. En effet, « l'altération des capacités fonctionnelles » s'exprime nécessairement par une limite quantitative ou qualitative objectivable, laquelle peut donc logiquement être qualifiée de « limitation fonctionnelle ». Par ailleurs, c'est à l'aune du bénéfice qui peut être escompté sur la « limite » constatée que le médecin traitant prescrit, dans la grande majorité des cas, à son patient l'une ou l'autre des activités, et non sur le processus d'altération en lui-même.

505- D'aucuns pourraient objecter que l'équivalence des notions ne saurait être retenue, au motif que les objectifs poursuivis par chacune des activités de santé diffèrent nettement, l'une possédant supposément une dimension essentiellement préventive, l'autre ayant une visée principalement

---

[585] Ces troubles constituent manifestement les domaines de compétences correspondant à ces activités de santé.

[586] Loi n° 46.857 du 30 avril 1946*, op. cit.*

[587] Article D. 1172-1 du Code de la santé publique, issu du décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016*, op. cit.*

[588] Analyse qui ressort également de l'étude de l'article L. 4321-1 du Code de la santé, dans sa rédaction issue de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, *op. cit.* Pour une étude du domaine de compétences actuel du masseur-kinésithérapeute, *cf.* Paragraphe 1 : Le domaine de compétences renouvelé du masseur-kinésithérapeute, p. 342.

thérapeutique. Or, ce point de vue n'apparaît aucunement fondé. En effet, il ne peut pas être affirmé la visée exclusivement préventive des APA[589], dont il est attendu la réduction des facteurs de risques et des limitations fonctionnelles elles-mêmes ni éludé la finalité préventive de la gymnastique médicale, d'ailleurs toujours inscrite à l'article R. 4321-4 du Code de la santé publique[590].

506- Certains pourraient alors être tentés de relever que les actes de masso-kinésithérapie revêtent la qualité d'actes de rééducation, ce qui ne semble être nullement le cas de ceux mobilisés dans le cadre des APA. La question apparaît pertinente. Cependant, la réponse qui doit y être apportée n'a nullement sa place ici. En effet, de nombreux actes constitutifs des champs de pratiques paramédicaux ne sont aucunement définis dans le corpus juridique. Il apparaît dès lors totalement inutile et inopportun de procéder à l'analyse des différents éléments constitutifs des actes de rééducation et de réadaptation et rechercher à dégager ce qui les distingue nettement des actes d'APA. D'ailleurs, en tout état de cause, la non-appartenance de ces derniers à la catégorie des actes de rééducation peut être raisonnablement interrogée[591].

507- Que la fonction de l'individu soit limitée, altérée ou déficitaire, celui-ci semble ainsi pouvoir bénéficier d'une prise en charge en masso-kinésithérapie ou en APA. Ne sont pas pour autant démontrées la confusion et la concurrence entre les activités de santé considérées. En effet, pour cela, il convient de vérifier qu'aux activités dont il est ici question correspondent des champs d'intervention équivalents.

b) L'équivalence des champs d'intervention correspondants

508- À ce jour, la gymnastique médicale n'a pas encore totalement disparu du Code de la santé publique. En effet, les décrets d'application de l'article 123 de la loi du 26 janvier 2016 n'ont pas encore été édictés et subsistent ainsi dans la partie réglementaire de ce code des dispositions obsolètes, qui ne sont plus en totale conformité avec la définition renouvelée de la profession de masseur-kinésithérapeute. Cependant, celles-ci restent grandement utiles, puisqu'elles permettent de se forger une idée sur ce à quoi correspond la pratique de la masso-kinésithérapie actuelle. Pour cette raison, il peut être appréhendé l'article R. 4321-4, qui définit la gymnastique médicale comme

[589] Pour une discussion relative à la finalité des Activités Physiques Adaptées, *cf.* a) Une dimension exclusivement préventive contestable, p. 202.

[590] Pour mémoire, l'article R. 4321-4 du Code de la santé publique dispose qu'« on entend par gymnastique médicale la réalisation et la surveillance des actes à visée de rééducation neuromusculaire, corrective ou compensatrice, effectués dans un but thérapeutique ou préventif ». Il n'est pas certain que la disposition ne soit pas abrogée lors de l'édiction du nouveau cadre réglementaire relatif à la pratique de la masso-kinésithérapie.

[591] Alors que ceux-ci sont mentionnés au sein du Catalogue spécifique des actes de rééducation et de réadaptation. *cf.* développement n° 451, p. 160.

« la réalisation et la surveillance des actes à visée de rééducation neuromusculaire, corrective ou compensatrice, effectués dans un but thérapeutique ou préventif afin d'éviter la survenue ou l'aggravation d'une affection », et l'article R. 4321-5, au sein duquel sont énumérés les traitements auxquels le masseur-kinésithérapeute « peut participer ». Or, il ressort de l'analyse de ces articles que la gymnastique médicale a été préconisée depuis près de soixante-dix ans pour la rééducation des troubles de l'équilibre et des affections orthopédiques[592], respiratoires, cardio-vasculaires, neurologiques et périnéo-sphinctériennes.

509- Afin de pouvoir affirmer l'équivalence des champs d'intervention de la masso-kinésithérapie et des APA, il doit être vérifié que les champs masso-kinésithérapiques sus-cités peuvent donner lieu à des interventions en APA. Pour ces dernières, le législateur n'a pas pris soin d'établir une liste précise d'interventions. Celle-ci semble cependant pouvoir être déduite des limites instituées par le pouvoir réglementaire à l'égard de l'enseignant en APA, à qui il est fait interdiction formelle d'intervenir auprès du patient lorsque celui-ci présente des limitations fonctionnelles qui sont qualifiées de sévères[593], alors que le patient peut toujours à ce moment-là bénéficier de soins dispensés par des professionnels de santé, tels que le masseur-kinésithérapeute.

510- C'est ainsi par un raisonnement *a minori* appliqué aux limitations fonctionnelles sévères que semblent pouvoir être dégagés les champs d'intervention de l'enseignant en APA et *a fortiori* des APA en elles-mêmes. L'étude de l'annexe 11-7-2 du décret du 30 décembre 2016 révèle alors qu'au rang des limitations fonctionnelles sévères ont été érigées des altérations de la motricité, du tonus et des amplitudes articulaires, lesquelles renvoient aux systèmes orthopédique ou neurologique ; la fatigue invalidante et la diminution importante du périmètre de marche, qui évoquent, entre autres, des atteintes cardio-vasculaires ou respiratoires ; les déséquilibres sans rééquilibrage et les chutes. En tout état de cause, cette énumération ne laisse que peu de place à l'interprétation. Outre les atteintes périnéo-sphinctériennes, les pouvoirs publics ont déterminé les champs d'intervention des APA sur le modèle de ceux de la masso-kinésithérapie.

511- L'équivalence des troubles pris en charge et des champs d'intervention des deux activités de santé permet ainsi de démontrer la substitution des APA à la « gymnastique médicale ». À bien des égards, les masseurs-kinésithérapeutes peuvent craindre qu'à terme les séances de « gymnastique médicale » qu'autrefois ils dispensaient, soient simplement remplacées par des séances d'APA,

[592] Que celles-ci aient une origine traumatique ou rhumatologique.

[593] Cette limite ressort de l'analyse de l'article D. 1172-3 du Code de la santé publique, créé par le décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016, selon lequel « pour les patients présentant des limitations fonctionnelles sévères telles que qualifiées par le médecin prescripteur en référence à l'annexe 11-7-2, seuls […] (les professionnels de santé) sont habilités à leur dispenser des actes de rééducation ou une activité physique, adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical ».

laissées entre les mains des enseignants en APA. La mise en concurrence des corps professionnels considérés doit ainsi être démontrée.

B. Une substitution à l'origine d'une concurrence entre les corps professionnels

512- La démonstration de la substitution de notions opérée par la loi du 26 janvier 2016 oblige à admettre l'idée d'une autonomisation d'un des éléments essentiels du domaine de compétences du masseur-kinésithérapeute, à savoir la « gymnastique médicale », et de son érection en tant que domaine de compétences des enseignants en Activités Physiques Adaptées (APA). En elle-même, cette substitution ne semble pas *a priori* engendrer une concurrence entre les deux activités de santé concernées et *a fortiori* les corps professionnels correspondants. Pourtant, cette concurrence apparaît aujourd'hui prégnante.

513- La démonstration de cette situation de concurrence professionnelle invite à étudier, dans un premier temps, la concurrence actuelle entre les masseurs-kinésithérapeutes et les intervenants en APA (a), avant d'expliquer, dans un second temps, en quoi cette concurrence peut, dans une certaine mesure, être relativisée (b).

a) Une concurrence entre les masseurs-kinésithérapeutes et les intervenants en Activités Physiques Adaptées

514- Il est proposé, dans ce développement, de démontrer que les « Activités Physiques Adaptées » (APA) et la « gymnastique médicale » constituent des activités de santé concurrentes. Il a été révélé, précédemment, que celles-ci ont pour objet des troubles équivalents, survenant dans des champs d'intervention quasi identiques, et poursuivent les mêmes finalités[594]. La preuve d'une concurrence entre les intervenants en APA et les masseurs-kinésithérapeutes n'est pour autant pas encore établie. En effet, pour cela, il doit être mis en exergue que ces corps de professionnels prennent en charge aujourd'hui les mêmes patients et, par conséquent, les patients bénéficiant aujourd'hui de certains soins masso-kinésithérapiques pourraient être prochainement confiés à des intervenants en APA. Il apparaît ainsi opportun de se pencher sur les caractéristiques des patients susceptibles d'être concernés par les deux activités considérées.

515- Vraisemblablement, les pouvoirs publics ont érigé la prescription médicale d'APA en tant que

[594] Ce dernier point a d'ores et déjà été traité, *cf.* développement nº 505, p. 180.

dispositif essentiel de la politique nationale de prévention en santé, mais se sont méfiés de son application trop élargie, certainement parce que cette dernière pourrait provoquer la dilution des champs professionnels consacrés et, de manière subséquente, nuire à la pertinence du mécanisme institué. C'est donc certainement pour éviter cet écueil que le législateur a circonscrit la population susceptible de bénéficier de soins en APA. L'article L. 1172-1 du Code de la santé publique exprime clairement cet objectif, puisque selon cette disposition la prescription médicale d'Activité Physique Adaptée est délivrée exclusivement « dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée ».

516- Le caractère circonscrit de la population visée par ce dispositif n'emporte pas pour autant une approche minimaliste des soins considérés, puisque ceux-ci sont susceptibles d'être prodigués à près de « 10,4 millions de personnes affiliées au régime général de l'Assurance Maladie »[595], soit 16,9 % des assurés considérés. Ces soins de prévention, à destination des patients les plus fragiles, sont à bien des égards capitaux pour l'avenir de notre système de santé et ce dispositif doit par conséquent être salué. Cependant, ce dernier n'est pas favorable aux masseurs-kinésithérapeutes, puisque ces patients, qui constituent la grande partie de leur patientèle régulière, dans la mesure où leur santé requiert « un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse »[596], bénéficiaient jusqu'à la loi du 26 janvier 2016 de séances de gymnastique médicale, dont la prise en charge financière était assurée par les organismes d'Assurance maladie. *Quid* dorénavant ?

517- Les deux activités de santé, qui intéressent *in fine* les mêmes patients, semblent ainsi devoir être exercées de manière concomitante. Dans ces conditions, il est certain qu'une concurrence entre elles ne manquera pas de s'établir. Cependant, cette dernière peut être relativisée, surtout en raison de considérations d'ordre financier.

b) Une concurrence à relativiser en raison de la différence de modalités de financement des soins correspondants

518- Durant toute la procédure législative, la question des modalités de financement des soins en Activités Physiques Adaptées (APA) est de nombreuses fois soulevée, notamment par les opposants à la consécration du dispositif correspondant. En effet, pour ceux-ci, ce dispositif ne peut, à court ou

[595] Caisse primaire de l'Assurance maladie, *Données relatives à l'ensemble des bénéficiaires du dispositif des ALD* [en ligne], [consulté le 11 mars 2018], https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/ prevalence-des-ald-en-2016.php/

[596] Article D. 322-1 du Code de la sécurité sociale.

moyen terme, que fortement impacter les comptes de l'Assurance maladie[597]. En considération de ces éléments, le législateur opère le choix d'une absence totale de prise en charge des soins en APA par les organismes de Sécurité sociale[598]. Les soins considérés doivent dès lors être supportés par les patients eux-mêmes ou leur mutuelle. Or, il s'agit d'une différence notable avec les séances de gymnastique médicale, dont le coût financier était supporté par l'Assurance maladie. Puisqu'il est ici défendu la thèse d'une substitution de notions et une concurrence subséquente entre la masso-kinésithérapie et les APA, il apparaît pertinent de discuter le point de savoir si cette différence dans les modalités de financement est de nature à annihiler, *de facto*, toute concurrence entre les masseurs-kinésithérapeutes et les intervenants en APA.

519- À cette fin, il convient d'accepter provisoirement l'idée d'un remplacement plein et entier des soins de gymnastique médicale par des séances d'APA. Dans ces conditions, le coût financier des soins, autrefois assurés par l'Assurance maladie, serait mis à la charge des patients eux-mêmes, ou leur mutuelle. L'effet positif sur les comptes de la Sécurité sociale serait indéniable, mais *quid* des patients les plus démunis ? *Quid* de ceux qui n'ont pu maintenir une activité professionnelle optimale faute d'une capacité physique suffisante ? Il apparaît opportun de se pencher sur le cas de ces patients qui après de longues années de maladie ne possèdent plus les ressources nécessaires pour souscrire à une assurance auprès d'une mutuelle privée et sont ainsi contraints d'opérer des choix en matière de soins en santé. En effet, c'est autour d'eux que se cristallise la question de l'effectivité du transfert potentiel des patients d'une activité vers l'autre et, subséquemment, la concurrence entre les corps professionnels.

520- Ces patients ne sauraient être abandonnés par notre système de santé. L'égal accès aux soins est un principe cher aux pouvoirs publics[599]. D'ailleurs, Marisol TOURAINE elle-même faisait valoir que son projet de loi[600], qui a conduit à la loi du 26 janvier 2016, avait vocation à « concrétise(r) la volonté du Gouvernement de conforter l'excellence du système français de santé et de relever les

---

[597] Ce risque doit être mis en perspective avec le coût de la sédentarité, lequel est estimé à 17 milliards d'euros par an. Pour plus de précisions sur le sujet, *cf.* Ministère des Sports, *Activité physique et sportive, santé et qualité des finances publiques, Note d'analyse n° 11* [en ligne], 31 janvier 2018, [consulté le 12 mars 2018], http://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/sporteco_sportsantefinancespubliques2018.pdf/

[598] Ce qui est rappelé dans l'Instruction interministérielle n° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L.1172-1 et D. 1172-1 à D. 1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée [en ligne], [consulté le 12 mars 2018], http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/04/cir_42071.pdf/

[599] Il est rappelé que « l'égal accès aux soins de tous les citoyens […] s'appuie sur deux fondements, le droit à la protection de la santé, érigé à l'alinéa 11 du préambule de la Constitution de 1946, et le respect de la dignité humaine, revêtant un caractère constitutionnel », *cf.* BECQUART Florence, *L'égal accès aux soins : mythe ou réalité ?*, Bordeaux, LEH Édition, 2011, Mémoires numériques de la BNDS.

[600] Gouvernement de la République française, *Compte rendu du Conseil des ministres du 15 octobre 2014* [en ligne], [consulté le 10 juillet 2018], https://www.gouvernement.fr/conseil-des-ministres/2014-10-15/sante/

défis touchant à la prise en charge des maladies chroniques, au vieillissement de la population, aux difficultés financières d'accès aux soins ».

521- En ce qui concerne la concurrence entre ces activités et *a fortiori* entre les corps professionnels correspondants, la différence des modalités de financement des soins n'apparaît donc pas en elle-même comme un obstacle dirimant. Cependant, elle invite manifestement à s'interroger sur les limites du dispositif de prescription médicale d'APA. Peut-il être réellement envisagé que celui-ci soit pérenne en l'absence de prise en charge financière par les organismes de Sécurité sociale ? Peut-il être imaginé que la majorité des patients en ALD aient les ressources suffisantes et acceptent *in fine* de payer sur leurs deniers personnels les soins d'APA, alors que les soins inhérents à leur pathologie sont habituellement pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie ? Ne vont-ils pas préférer des soins d'APA délivrés par un masseur-kinésithérapeute, sous couvert d'une prescription médicale de masso-kinésithérapie, rédigée par un médecin traitant complaisant ?

522- La substitution de notions opérée par la loi du 26 janvier 2016 institue donc une concurrence entre les APA et la masso-kinésithérapie, bien que celle-ci puisse être relativisée. La réalité de cette concurrence ne fait pas de doute, d'autant plus qu'elle est fermement dénoncée par les membres du Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes.

Paragraphe 2 : Une concurrence dénoncée par le Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes

523- À la fin de l'année 2016, l'enseignant en Activité Physique Adaptée (APA) investit les champs professionnels qui lui ont été attribués et s'attache à les mettre en œuvre concrètement. Or, dans la mesure où ceux-ci correspondent à des champs qui étaient autrefois exercés de manière exclusive par le masseur-kinésithérapeute[601], rien ne s'oppose à penser que les pouvoirs publics pourraient à terme remplacer le masseur-kinésithérapeute, pour une partie de ses activités à visée préventive ou thérapeutique, par l'enseignant en APA[602].

524- Peu d'éléments semblent encore empêcher l'intégration de ce dernier dans la catégorie des professionnels de santé. En effet, son activité et ses champs professionnels sont d'ores et déjà inscrits dans le Code de la santé publique et celui-ci entreprend de nombreuses actions, dans l'objectif de faire reconnaître l'efficacité des APA et pousser les pouvoirs publics à ériger celles-ci en tant qu'activité de santé sur laquelle il faudra à l'avenir nécessairement compter. À cet égard, il peut être mentionné la signature le 15 juin 2016 d'une convention entre la Conférence des directeurs et des doyens des STAPS et la Conférence des doyens de Pharmacie, visant précisément à « organiser et promouvoir l'offre de formation auprès des professionnels de l'activité physique adaptée santé […] et des professionnels de santé »[603], ainsi que « favoriser les partenariats entre les laboratoires de recherche et les CHU dans le domaine de l'activité physique et de la santé ». Dans ces conditions, le masseur-kinésithérapeute fait face à une véritable concurrence, qui lui est imposée par l'enseignant en APA. D'ailleurs, celle-ci est dénoncée par le Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes.

525- La démonstration de la réalité de cette concurrence commande d'aborder, dans un premier

---

[601] À cet égard, Claire PERRIN évoque des « conflits de territoire avec les professions paramédicales », *cf*. PERRIN Claire, « Construction du territoire professionnel de l'Enseignant en activité physique adaptée dans le monde médical », *Santé publique*, 2016, HS nº 1, p. 141-151.

[602] En effet, ce n'est pas pour rien que les pouvoirs publics visent « la mise en place de 500 Maisons Sport-Santé à l'horizon 2022 ». Pour plus de précisions, *cf*. Ministère des Sports, Ministère des Solidarités et de la Santé, *Les Maisons Sport-Santé, Dossier de presse* [en ligne], janvier 2020 [consulté le 10 août 2021], https://www.irbms.com/wp-content/uploads/2020/01/maisons-sport-sante-dossier-de-presse-2020.pdf/. À cet égard, au début du mois d'avril 2021, 289 maisons Sport-Santé sont déjà labellisées (*cf*. PIA Hémery, *151 nouvelles maisons sport-santé sont labellisée* [en ligne], publié le 22 mars 2021, [consulté le 26 juillet 2021], https://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20210322-qualite-151-nouvelles-maisons-sport-sante-sont-labellisees/).

[603] Conférence des directeurs et doyens de STAPS, *Convention de partenariat entre la Conférence des directeurs et doyens de STAPS (C3D STAPS) et la Conférence des doyens de Pharmacie, "Organiser et promouvoir l'activité physique pour la santé dans le domaine universitaire, du soin et de la recherche"* [en ligne], [consulté le 15 mai 2018], https://c3d94585005.files.wordpress.com/2017/11/convention_de_partenariat_c3d_cdp.pdf/

temps, comment celle-ci transparaît dans les questions au Gouvernement (A), avant d'exposer, dans un second temps, la réponse que l'instance ordinale tente d'y apporter (B).

A. Une concurrence révélée dans les questions au Gouvernement

526- Au travers de l'étude des questions au Gouvernement, il est proposé de mettre en exergue la réalité d'une concurrence entre les masseurs-kinésithérapeutes et les enseignants en APA. En tout état de cause, cette démonstration ne peut être réalisée que de manière indirecte, puisqu'elle se fonde sur le résultat de la transformation du fait sociétal considéré, à savoir la concurrence entre ces corps professionnels, en sujet politique. Cependant, il doit être admis que si le fait est appréhendé par la sphère politique, c'est que nécessairement il s'exprime de manière plus ou moins évidente dans la société civile.

527- En considération, il est proposé de se pencher, dans un premier temps, sur l'apparition de la notion d'Activité Physique Adaptée dans les questions au Gouvernement (a), avant de s'attarder, dans un second temps, sur la manière dont la concurrence entre les enseignants en APA et les masseurs-kinésithérapeutes est exprimée au sein de celles-ci (b).

a) La notion d'Activité Physique Adaptée dans les questions au Gouvernement

528- Dans la perspective de démontrer la réalité de la concurrence instaurée entre l'enseignant en APA et le masseur-kinésithérapeute, il est proposé de rechercher sur le site internet de chacune des deux chambres parlementaires les questions écrites au Gouvernement dans le texte desquelles figure, que ce soit dans la question ou la réponse, l'occurrence « Activités Physiques Adaptées ». Le choix de la formule plurielle procède de la volonté de restreindre les résultats aux seules activités issues des STAPS et donc d'exclure les mentions relatives à l'activité physique dans son acception la plus élargie, dont les parlementaires rappellent fréquemment les effets favorables sur la santé de la population.

529- Les limites de l'étude réalisée se sont imposées d'elles-mêmes. En effet, aucune occurrence n'a été retrouvée avant le début de la XI^{e} législature, c'est-à-dire le 11 juin 1997. Durant cette législature, les APA ne sont abordées que dans leur seule dimension scolaire, et non dans une dimension de santé, ce pourquoi la période courant du 12 juin 1997 au 18 juin 2002 a finalement été exclue. Le 19 juin 2002 constitue ainsi la date qui ouvre la composante temporelle de cette étude.

Concernant la date de fin de période, il apparaît opportun de retenir le 27 mars 2015, date à laquelle l'amendement n° 917 au projet de la loi relative à la santé porté par Marisol TOURAINE, à l'origine de la consécration des APA dans notre système de santé, est présenté[604].

530- Ainsi, il peut être recensé[605] sur le site de l'Assemblée nationale 217 questions écrites pour la période considérée, soit 31au cours de la XIV^e^ législature[606], 11 au cours de la XIII^e^ législature[607] et 175 au cours de la XII^e^ législature[608]. Sur le site du Sénat sont relevées, pour la même période, 31 questions écrites, soit 4 au cours de la XIV^e^ législature, une au cours de la XIII^e^ législature et 26 au cours de la XII^e^ législature.

531- Il peut être déduit de ces chiffres que les questions au Gouvernement qui traitent des APA sont particulièrement prolixes au cours de la XII^e^ législature, ce qui apparaît logique dans la mesure où c'est durant cette législature que le cadre professionnel de la filière universitaire correspondante[609] est organisé et que cette dernière est rattachée au domaine de la santé[610]. De manière surprenante, le sujet n'est abordé qu'à de rares occasions pendant la XIII^e^ législature, alors que durant cette période le corps professionnel s'épand dans la société civile et pénètre les établissements de SSR. Évidemment, les questions relatives APA sont nombreuses au cours de la première moitié de la XIV^e^ législature, période à laquelle est projetée la consécration des APA dans le système de santé.

532- À toutes fins utiles, il convient de comparer ces chiffres à ceux obtenus pour la période courant après le 26 janvier 2016. Du 27 janvier 2016 au 1^er^ septembre 2018, soit pendant près de deux ans et demi, 123 questions dans lesquelles figure l'occurrence APA sont déposées par des députés et 65 par des sénateurs. La différence avec la période étudiée antérieurement est importante, puisque la réalisation d'un ratio permet de révéler qu'aux 27 questions annuelles formulées durant la période précédant le 27 mars 2015 s'opposent les 75 questions annuelles déposées après le 27 janvier 2016, ce qui correspond approximativement au triple. Cet intérêt soudain porté aux APA ne peut pas surprendre, alors que le dispositif de prescription médicale d'APA vient d'entrer en vigueur et les questions au Gouvernement visent à permettre « l'information des députés sur des sujets ponctuels

[604] Pour plus de précisions sur l'amendement n° 917, *cf.* 1. L'introduction âprement discutée des Activités Physiques Adaptées dans le système de santé, p. 170.

[605] Il a été à chaque fois relevé la date de publication de la question au Gouvernement au Journal officiel. À ce titre, la date de réponse à la question est totalement indifférente au recensement réalisé.

[606] La XIV^e^ législature se déroule du 20 juin 2012 au 20 juin 2017.

[607] La XIII^e^ législature se déroule du 20 juin 2007 au 19 juin 2012.

[608] La XII^e^ législature se déroule du 19 juin 2002 au 19 juin 2007.

[609] Cette consécration est assurée par l'édiction de l'arrêté du 12 octobre 2006, qui introduit la licence APA-S au sein du tableau A de l'arrêté du 16 décembre 2004. Pour une étude détaillée du sujet, *cf.* 2. L'appréhension élargie des Activités Physiques Adaptées, p. 157.

[610] Pour une appréhension élargie du sujet, *cf.* B. Une histoire marquée par le rattachement précoce des Activités Physiques Adaptées au domaine de la santé, p. 155.

et des points d'actualité »[611].

533- Ainsi, à partir du 27 janvier 2016 les APA apparaissent comme un sujet d'actualité brûlant. Afin de saisir les enjeux que leur consécration implique, doivent être étudiées les notions figurant fréquemment côte à côte au sein des questions au Gouvernement considérées.

b) La révélation d'une concurrence imposée aux masseurs-kinésithérapeutes

534- L'étude de la lettre des questions au Gouvernement dans lesquelles il est fait référence aux APA doit être scindée en deux périodes, à l'instar de ce qui a été effectué pour l'étude précédente. Toutefois, il convient d'étendre la première période jusqu'à la date de promulgation de l'article 144 de la loi du 26 janvier 2016. Celle-ci court par conséquent du 19 juin 2002 au 26 janvier 2016, alors que la seconde reste comprise entre le 27 janvier 2016 et le 1er septembre 2018.

535- Durant chacune de période, il est recherché les questions au Gouvernement qui contiennent concomitamment les occurrences « Activités Physiques Adaptées » et « kinésithérapeute ». Celles-ci sont au nombre de 9 pour celles déposées devant l'Assemblée nationale, soit 4 questions au cours de la XIVe législature et 5 durant de la XIIIe législature, et de 3 pour celles déposées devant le Sénat, dont une durant la XIVe législature et 2 pendant la XIIIe législature. Ainsi, avant le 26 janvier 2016, seules 12 questions au Gouvernement permettent d'appréhender les rapports qui s'établissent entre les praticiens des deux activités. À celles-ci, il peut être opposé les questions au Gouvernement déposées devant l'Assemblée nationale durant la seconde période, à savoir 123 au cours de la XIVe législature et 7 durant la XVe législature, ainsi que les questions déposées devant le Sénat, à savoir 65 au cours de la XIVe législature et une durant la XVe législature.

536- Le principal élément qui ressort de cette étude est la présence simultanée des deux occurrences dans toutes les questions déposées au cours de la XIVe législature devant l'Assemblée nationale. En effet, dans les 123 questions considérées, qui correspondent donc à la seconde période, sont évoqués toutes de manière concomitante, et ce sans exception, le masseur-kinésithérapeute et les APA. Sur les 65 questions recensées sur le site du Sénat, une seule question ne fait pas référence au masseur-kinésithérapeute. Ainsi, puisque les rapports entre les deux corps professionnels sont à compter du 27 janvier 2016 questionnés, il peut raisonnablement être supposé qu'ils posent problème ou sont conflictuels. Cependant, afin de pouvoir l'affirmer avec certitude, il convient

[611] Assemblée nationale, *Fiche de synthèse nº 51 : Les questions* [en ligne], [consulté le 14 novembre 2019], https://www2.assemblee-nationale.fr/decouvrir-l-assemblee/role-et-pouvoirs-del-assemblee-nationale/les-fonctions-del-assemblee-nationale/les-fonctions-de-controle-et-l-information-des-deputes/les-questions/

d'étudier les vocables que les parlementaires emploient pour décrire ces rapports.

537- Cette étude porte sur les 241 questions au Gouvernement qui contiennent concomitamment les occurrences « Activités Physiques Adaptées » et « kinésithérapeute ». Celles-ci sont réparties en trois catégories en fonction de l'objectif poursuivi par le parlementaire à l'origine de la question, à savoir la clarification des compétences entre le corps des masseurs-kinésithérapeutes et celui des professionnels en APA (187 questions), la défense du domaine d'intervention acquis des professionnels en APA dans la pratique courante (47 questions) et les contenu et délai d'édiction du décret relatif aux APA (7 questions). Le développement du domaine de compétences des professionnels en APA est un sujet fréquemment soulevé (26 questions), mais les questions au Gouvernement correspondantes sont exclues de cette étude dans la mesure où l'occurrence « kinésithérapeute » en est systématiquement absente.

538- L'étude des champs sémantiques contenus dans les questions relatives à la clarification des domaines de compétences respectifs permet alors de mettre en exergue la concurrence subie par les masseurs-kinésithérapeutes en raison de la consécration des APA dans le système de santé[612]. En effet, sur 187 questions, 57 font état d'un risque de « substitution » des masseurs-kinésithérapeutes par les professionnels en APA, ce vocable étant souvent adjoint de l'adjectif « généralisée », et 3 évoque un risque de « remplacement ». En outre, au sein de celles-ci est régulièrement mentionnée « la bonne implantation » de ces professionnels dans les structures de soins (75 questions), les hôpitaux (8 questions) et les établissements de soins (une question). Si le vocable « concurrence » n'est jamais présent dans le texte même de la question, il apparaît dans l'intitulé de 79 questions. La « complémentarité » n'est, quant à elle, soulignée que dans une seule question au Gouvernement.

539- Par ailleurs, un important courant parlementaire soutient le développement des professionnels en APA et défend le domaine de compétences nouvellement consacré. Au travers de 47 questions, des parlementaires cherchent à « connaître les mesures que le Gouvernement compte prendre afin de garantir que la rédaction de ce décret ne remettra pas en question des dispositifs qui ont fait leurs preuves, non plus que ne sera réduit le champ d'action des enseignants en APA qui travaillent depuis plus de 20 ans à améliorer l'état de santé, l'autonomie, la qualité de vie et la participation sociale de personnes atteintes de maladie chronique ». La réponse du Gouvernement est toujours identique : « un groupe de travail piloté par la Direction générale de la santé (DGS) du ministère en

[612] Cette concurrence inquiète manifestement le Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, qui relaie notamment sur son site internet une réponse gouvernementale en sa faveur. *cf.* Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Pour le Gouvernement, les professeurs de sport ne peuvent en aucun cas remplacer des masseurs-kinésithérapeutes* [en ligne], publié le 11 octobre 2016, [consulté le 21 février 2018], http://www.ordremk.fr/actualites/kines/pour-le-gouvernement-les-professeurs-de-sport-ne-peuvent-en-aucun-cas-remplacer-des-masseurs-kinesitherapeutes/

charge de la santé, doit élaborer un référentiel de compétences nécessaires pour accompagner les patients en fonction de leur histoire personnelle, leurs pathologies, leur état clinique dans l'exercice d'une activité physique adaptée et bénéfique pour la santé, en toute sécurité. Ce référentiel sera fondé sur des éléments scientifiques validés. Dans un second temps, le groupe analysera l'adéquation entre les programmes de formation initiale des professionnels de l'activité physique et sportive et les compétences requises pour prendre en charge les divers types de patients. Le groupe rassemble des masseurs-kinésithérapeutes, des enseignants en activité physique adaptée (APA) dans le cadre de la formation en sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS) et les éducateurs sportifs. L'instance ordinale nationale des masseurs- kinésithérapeutes et les deux syndicats professionnels de masseurs kinésithérapeutes ont désigné des représentants pour participer aux travaux. Les conclusions et recommandations du groupe de travail seront reprises pour rédiger le décret d'application de l'article 144 de la loi de modernisation de notre système de santé. Ce décret sera également concerté avec les représentants syndicaux et ordinaux des masseurs-kinésithérapeutes ».

540- Quelques mois plus tard, les décrets d'application de l'article 144 de la loi du 26 janvier 2016 sont publiés. Le Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes cherche alors à imposer l'idée que le masseur-kinésithérapeute constitue un acteur prépondérant de la prise en charge d'APA. Les actions ordinales mises en œuvre peuvent en ce sens être regardées comme pertinentes. Elles s'avèrent pour autant critiquables.

B. Une concurrence à l'origine d'actions ordinales critiquables

541- Après la publication des décrets d'application du dispositif de prescription médicale d'Activité Physique Adaptée, le Conseil national de l'Ordre défend fermement les intérêts de la profession et s'attache à faire reconnaître les compétences particulières des masseurs-kinésithérapeutes en matière d'Activités Physiques Adaptées. L'instance ordinale nationale exprime alors clairement au travers de différentes actions la place qu'elle souhaiterait voir confiée aux membres du corps professionnel dans les prises en charge correspondantes. Ces actions sont manifestement pertinentes au regard de la finalité poursuivie. Cependant, bon nombre d'entre elles peuvent être critiquées.

542- Afin d'expliciter cette dernière affirmation, il convient d'étudier, dans un premier temps, les actions ordinales entreprises en vue d'expliciter les compétences des masseurs-kinésithérapeutes en matière d'Activités Physiques Adaptées (a), puis d'exposer, dans un second temps, les actions visant à diffuser l'idée qu'un lien de subordination juridique pourrait légitimement être imposé par

le masseur-kinésithérapeute aux autres intervenants en Activités Physiques Adaptées (b).

a) Des actions visant l'explicitation des compétences des masseurs-kinésithérapeutes en Activités Physiques Adaptées

543- Le décret prévu au second alinéa de l'article L. 1172-1 du Code de la santé publique[613] est édicté le 30 décembre 2016[614]. À partir de cette date, le Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes entreprend des actions visant à rendre particulièrement explicites aux yeux de tous les compétences des masseurs-kinésithérapeutes en matière d'APA et ainsi défendre la place que ces derniers devraient, selon lui, occuper au sein des prises en charge considérées.

544- Plusieurs campagnes d'information auprès le public sont organisées. Après avoir rappelé que « l'APA n'est pas un acte de soin, c'est un acte de prévention sans remboursement par l'assurance maladie »[615], le Conseil national de l'Ordre met à la disposition des membres du corps professionnel sur son site internet une notice[616] propre à leur permettre d'appréhender au mieux cette compétence en santé. Sur la première page de celle-ci figure une mention fort explicite : « Pratiquer une activité physique avec une affection de longue durée ? Pas sans un bilan kiné ! » En effet, selon l'instance ordinale, le bilan masso-kinésithérapique constitue le préalable à tout soin en APA.

545- Cette doctrine ordinale peut être critiquée en deux points. Tout d'abord, elle laisse penser que le bilan institué par l'article D. 1172-3 du Code de la santé publique[617] doit nécessairement être réalisé par un masseur-kinésithérapeute et de manière préalable à toute prise en charge en APA. Or, la disposition considérée ne prévoit un tel bilan que lorsque les limitations fonctionnelles du patient ont été qualifiées de sévères, puis se sont améliorées. Par ailleurs, le Conseil n'établit aucune distinction entre le « bilan fonctionnel » du second alinéa de l'article D. 1172-3 du Code de la santé publique et le « bilan masso-kinésithérapique » de l'article R. 4321-2 du même code, alors même

---

[613] Le second alinéa de l'article L. 1172-1 du Code de la santé publique dispose que « les activités physiques adaptées sont dispensées dans des conditions prévues par décret ».

[614] Décret nº 2016-1990 du 30 décembre 2016, *op. cit.*

[615] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Patient en ALD : APA et bilan kiné dans le parcours de soin* [en ligne], publié le 1er mars 2017, [consulté le 23 février 2018], http://www.ordremk.fr/actualites/ kines/patient-en-ald-apa-et-bilan-kine-dans-le-parcours-de-soin/

[616] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Notice de mise en œuvre de l'Activité Physique Adaptée par les masseurs-kinésithérapeutes* [en ligne], publié le 4 octobre 2017, http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/ 2017/10/plaquette-apa-kine.pdf/

[617] Pour mémoire, le second alinéa de l'article D. 1172-3 du Code de la santé publique dispose : « Lorsque les patients ont atteint une autonomie suffisante et présentent une atténuation des altérations mentionnées dans l'annexe 11-7-2 relative aux limitations fonctionnelles sévères, les professionnels mentionnés au 2° de l'article D. 1172-2 interviennent en complémentarité des professionnels de santé mentionnés au premier alinéa, dans le cadre de la prescription médicale s'appuyant sur le bilan fonctionnel établi par ces derniers ».

que le qualificatif « fonctionnel » renvoie aux « limitations fonctionnelles » mentionnées à l'article L. 1172-1 du Code de la santé publique. La finalité poursuivie par le Conseil national de l'Ordre, à savoir présenter le bilan masso-kinésithérapique comme un acte indispensable aux prises en charge en APA et *a fortiori* le masseur-kinésithérapeute comme un régulateur de la dispensation des soins en APA est manifeste.

546- Cependant, cette action ordinale ne produit pas les effets escomptés. Le Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes modifie alors sa stratégie. Recherchant à faire reconnaître la compétence générale en activité physique du masseur-kinésithérapeute, l'instance ordinale nationale rappelle au travers d'une nouvelle campagne d'information « le rôle essentiel du kinésithérapeute comme partenaire de santé privilégié de la performance sportive professionnelle, mais aussi de la pratique sportive amateur »[618]. L'ensemble du corps professionnel est appelé à participer à ce mouvement en téléchargeant des affiches à diffuser largement, par lesquelles il est révélé à tous que « votre kiné, c'est LE spécialiste du BON mouvement »[619]. Puis, le Conseil prend un avis en vertu duquel le masseur-kinésithérapeute peut se prévaloir du titre d'éducateur sportif[620]. Considérant la logique de représentativité, les élus ordinaux incitent tous les masseurs-kinésithérapeutes à solliciter auprès des instances compétentes la délivrance d'une carte professionnelle d'éducateur sportif[621].

547- Il est bien aisé de saisir combien le Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes souhaite que les membres du corps professionnel s'engagent pleinement dans le dispositif organisé par le décret du 30 décembre 2016. Pour autant, l'instance ordinale ne s'interroge pas sur la place censée être occupée par le masseur-kinésithérapeute dans les prises en charge correspondantes. En effet, pour les élus ordinaux, celui-ci prime tous les autres intervenants en APA et il doit établir sur ceux-ci un lien de subordination juridique.

---

[618] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Téléchargez les affiches de la campagne de l'Ordre "Mon kiné, partenaire santé de ma performance et de ma pratique sportive !"* [en ligne], publié le 6 octobre 2017, [consulté le 23 février 2018], http://www.ordremk.fr/actualites/kines/telechargez-les-affiches-de-la-campagne-de-lordre-monkine-partenaire-sante-de-ma-performance-et-de-ma-pratique-sportive/

[619] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Lombalgie : #bienbougeravecmonkine* [en ligne], publié le 8 février 2018, [consulté le 23 février 2018], http://www.ordremk.fr/actualites/kines/lombalgie-bienbougeravecmonkine/

[620] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Avis n° 2017-01 du 22 mars 2017 modifiant l'avis du 25 juin 2015 qui a modifié l'avis du 22 juin 2012 et relatif aux diplômes, titres et spécificités* [en ligne], 22 mars 2017, https://ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/05/AVIS-CNO-n2017-01.pdf/

[621] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Obtenez votre carte professionnelle d'éducateur sportif* [en ligne], publié le 17 octobre 2017, [consulté le 21 février 2018], http://www.ordremk.fr/actualites/kines/obtenez-votre-carte-professionnelle-deducateur-sportif/

b) Des actions visant à diffuser l'idée de la nécessaire subordination juridique des autres intervenants en Activités Physiques Adaptées

548- Pour le Conseil national de l'Ordre, le masseur-kinésithérapeute doit tirer bénéfice de sa parfaite intégration dans le système de santé et parvenir à asseoir rapidement sa prééminence dans les prises en charge en Activités Physiques Adaptées (APA). Ainsi, il propose aux membres du corps professionnel un modèle de contrat de travail par lequel ses membres pourraient salarier un intervenant en APA, « titulaire d'un brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport (BPJEPS), spécialité activités physiques pour tous, ou d'une licence ou d'un master en sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS), spécialité activités physiques adaptées et santé (APAS), ou de tout autre diplôme permettant d'enseigner, d'animer ou d'encadrer une activité physique adaptée »[622]. Le bien-fondé de cette incitation à subordonner juridiquement les autres intervenants en APA pose grandement question.

549- En effet, le masseur-kinésithérapeute est un professionnel de santé reconnu, mais le diplôme d'État dont il est titulaire ne possède encore aucune équivalence universitaire[623] . Les autres intervenants en APA ne possèdent aucun statut en santé particulier, mais ils sont pourvus d'un diplôme de grade universitaire de licence, master ou doctorat. En outre, dans ces modèles de contrat de travail, prévus pour un emploi à temps complet ou partiel, à durée déterminée ou indéterminée, est systématiquement incluse une clause stipulant que « l'intervention du salarié s'exercera dans le cadre du parcours de soins de la personne prise en charge, dans les limites de la qualification reconnue à ce dernier du fait de sa formation. Il ne pourra pas intervenir dans le champ d'activités des masseurs-kinésithérapeutes tel qu'il ressort des articles L. 4321-1, et R. 4321-1 à R. 4321-13 du code de la santé publique. L'employeur veillera à ne pas favoriser l'exercice illégal de la profession de masseur-kinésithérapeute en confiant au salarié des actes relevant de la compétence des masseurs-kinésithérapeutes ». Or, puisque ces contrats ont pour objet premier de permettre l'exercice dans un seul et même lieu de masseurs-kinésithérapeutes et d'enseignants en APA, ils risquent nécessairement de conduire à une certaine confusion des champs professionnels respectifs. Par ailleurs, dans le contexte professionnel actuel fortement marqué par l'insuffisance de masseurs-kinésithérapeutes diplômés en exercice, rien ne s'oppose plus à ce que certains membres du corps professionnel, découragés par les nombreuses recherches infructueuses d'assistants-collaborateurs,

[622] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Modèle de contrat de travail d'un intervenant en activité physique adaptée* [en ligne], publié le 16 janvier 2017, [consulté le 9 août 2018], http://www.contrats.ordremk.fr/2017/12/modele-de-contrat-de-travail-dun-intervenant-en-activite-physique-adaptee-cdi-a-temps-complet/

[623] Pour l'étude de la reconnaissance d'un grade universitaire au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, *cf.* A. Une limite majeure résidant dans le non-octroi durable du grade de master au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, p. 324.

usent de tels contrats pour employer un enseignant en APA en lieu et place d'un masseur-kinésithérapeute. En définitive, la question se pose : qu'est-ce qui distingue nettement, au sein de certains cabinets de masso-kinésithérapie, les séances d'APA de celles de masso-kinésithérapie ?

550- La pertinence de la conclusion de tels contrats de travail doit ainsi être interrogée. Si l'emploi des enseignants en APA par les masseurs-kinésithérapeutes au sein des cabinets libéraux permettrait d'engager une dynamique propre à asseoir à terme la prééminence du corps professionnel dans la dispensation d'APA, la réunion de ceux-ci dans un même lieu d'exercice risque de majorer la confusion de leurs champs professionnels, le rétrécissement progressif du domaine de compétences du masseur-kinésithérapeute et la perte du caractère distinctif des éléments essentiels de l'identité professionnelle de ce dernier.

551- Il est démontré que les Activités Physiques Adaptées constituent désormais une activité de santé concurrente à la masso-kinésithérapie. Il convient maintenant d'explorer en quoi celles-ci font elles-mêmes l'objet d'une concurrence entre, d'une part, les masseurs-kinésithérapeutes et, d'autre part, les enseignants en Activité Physique Adaptée.

Section 2 : Les Activités Physiques Adaptées appréhendées comme objet de concurrence

552- L'affirmation selon laquelle la consécration du dispositif de prescription médicale d'Activité Physique Adaptée (APA) concourt à l'effacement du caractère distinctif des éléments essentiels de l'identité professionnelle du masseur-kinésithérapeute oblige à démontrer que ce dernier est placé, pour la dispensation des soins en APA, en situation de concurrence avec de nombreux autres corps professionnels, dont les enseignants en APA[624].

553- Cette concurrence est manifestement le produit du décret du 30 décembre 2016, qui définit de manière élargie ce que recouvrent les APA et habilite une multitude de corps professionnels à les délivrer. En effet, il résulte de cette réglementation que l'appréhension des APA n'emporte que de vagues certitudes : celles-ci ne se distinguent guère d'une simple activité physique et tous les soins en APA tendent à être appréciés comme équivalents. Dans ces conditions, les corps professionnels concernés cherchent vraisemblablement à « satisfaire des besoins équivalents […] (afin d'avoir) une chance […] de gagner ou de perdre les faveurs de la clientèle »[625]. Dès lors, si l'emploi du vocable « concurrence » a pu être dans le cadre de l'étude de la substitution de notions[626] *a priori* contesté, il ne semble pas pouvoir être ici discuté.

554- Aux fins de démontrer que le décret du 30 décembre 2016 place le masseur-kinésithérapeute, pour la dispensation des Activités Physiques Adaptées, en concurrence avec les autres intervenants en APA, seront successivement exposées les incertitudes relatives à la consistance des Activités Physiques Adaptées, lesquelles nuisent à la distinction efficace de celles-ci avec les autres activités physiques (paragraphe 1), puis la manière dont ce décret partage l'exercice de cette activité de santé entre les différents intervenants (paragraphe 2).

---

[624] Pour un regard croisé sur la mise en œuvre des Activités Physiques Adaptées par le masseur-kinésithérapeute et l'enseignant en APA, *cf*. NY AVANA Lova, *État des lieux de la pratique de l'activité physique adaptée à travers le regard du Masseur-kinésithérapeute Diplômé d'État et de l'Enseignant en Activité Physique Adaptée : questionnaire pour analyse*, TANGUY Kevin (dir.), mémoire de fin d'études, masso-kinésithérapie, Centre Européen d'Enseignement en Rééducation et Réadaptation, 2021.

[625] CORNU Gérard, *op.cit.* p. 226.

[626] Pour une étude de cette substitution, *cf.* Paragraphe 1 : Une concurrence consécutive à une substitution de notions, p. 179.

Paragraphe 1 : De la consistance confuse des Activités Physiques Adaptées

555- Le décret du 30 décembre 2016 crée au sein de la partie réglementaire du Code de la santé publique un chapitre constitué de cinq articles. Par le premier d'entre eux, l'article D. 1172-1, il est précisé ce qu'il convient d'entendre par « Activités Physiques Adaptées » (APA). Cependant, à sa lecture, il apparaît malaisé de saisir avec certitude ce que recouvre véritablement la notion. En effet, la définition qui en est donnée apparaît bien trop générale et les finalités poursuivies restent trop insuffisamment déterminées. Il en résulte que les APA ne peuvent être efficacement distinguées des autres activités physiques et que les soins en APA, quels qu'ils soient, doivent être appréciés comme équivalents.

556- Afin de démontrer les incertitudes relatives à la consistance des Activités Physiques Adaptées, il est proposé de révéler, dans un premier temps, le caractère spécieux de la définition qui en est donnée par le Code de la santé publique (A), avant de mettre en exergue, dans un second temps, les difficultés inhérentes à la caractérisation de la notion considérée (B).

A. D'une définition juridique spécieuse des Activités Physiques Adaptées

557- À ce jour, les APA constituent une activité de santé consacrée en tant que telle. Puisque celles-ci sont définies à l'article D. 1172-1 du Code de la santé publique, il semble pouvoir être attendu de la lecture de cet article qu'elle permette de saisir avec aisance ce que recouvre la notion, circonscrire avec facilité le domaine de compétences correspondant et de distinguer cette nouvelle activité de santé des activités circonvoisines. La possibilité d'appréhender avec certitude ce que sont les APA est particulièrement importante, puisqu'à défaut d'une telle appréhension, chaque corps professionnel habilité peut voir en celles-ci ce qu'il désire et reste, dans une certaine mesure, libre des moyens à mettre en œuvre au titre de la dispensation d'APA.

558- Or, manifestement, la teneur de l'article D. 1172-1 n'est aucunement à la hauteur de l'objectif visé. En effet, si la définition formulée contient les éléments attendus, compte tenu de son objet, elle ne précise pas les spécificités des APA. En outre, les finalités prêtées à ces dernières apparaissent insuffisamment déterminées. En conséquence, il semble difficile de distinguer celles-ci de toute autre activité physique.

559- La justification de cette dernière affirmation nécessite de relever, dans un premier temps, le caractère futile des formules employées dans la définition des Activités Physiques Adaptées inscrite à l'article D. 1172-1 du Code de la santé publique (a), avant de mettre en exergue, dans un second temps, le caractère totalement indifférent des finalités qui sont au travers de celles-ci poursuivies (b).

a) Une définition composée de formules futiles

560- L'article 144 de la loi du 26 janvier 2016 institue dans le système de santé français le dispositif de prescription médicale d'Activité Physique Adaptée (APA), lequel permet aux médecins traitants de prescrire à leurs patients atteints d'affection de longue durée « une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient »[627]. Ainsi formulée, la notion d'APA rend perplexe. Constitue-t-elle une notion juridique nouvelle, autonome et distincte de la notion d'« activité physique » ou est-elle la simple application de cette dernière au domaine de la santé ?

561- Afin de répondre à cette question, il convient de se pencher sur la notion d'« Activité Physique Adaptée ». Celle-ci est manifestement une création de la doctrine, l'intitulé du chapitre du Code de la santé publique dans lequel figure l'article L. 1172-1 ne faisant aucunement référence au caractère « adapté » de l'activité physique[628]. Deux questions se posent alors. L'activité physique, n'est-elle pas, dans son application quotidienne, toujours adaptée aux caractéristiques de l'individu, à ses capacités physiques et au risque médical présenté, faute de quoi elle peut s'avérer dangereuse pour la santé du pratiquant ? Par ailleurs, ce dernier, n'est-il pas déjà obligé, aux fins d'obtention d'une licence sportive, conformément à l'article L. 231-2 du Code du sport, de présenter « un certificat médical datant de moins d'un an [...] permettant d'établir l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou, le cas échéant, de la discipline concernée », de manière à s'assurer que le risque médical a été évalué ? Par leur intitulé, les APA ne se distinguent donc aucunement d'une simple activité physique, ce qui contraint à se pencher sur les éléments essentiels de la notion.

562- À cet égard, puisque le législateur n'a pas défini la notion d'APA, le pouvoir exécutif a pris le soin de le faire. Ainsi, le décret du 30 décembre 2016 insère dans la partie réglementaire du Code de la santé publique l'article D. 1172-1, lequel précise qu'« on entend par activité physique adaptée au sens de l'article L. 1172-1, la pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport

[627] Article L. 1172-1 du Code de la santé publique, issu de l'article 144 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, *op. cit.*

[628] Pour mémoire, le chapitre considéré s'intitule « Prescription d'activité physique ».

ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires ».

563- Spontanément, il pourrait être pensé que sont érigés ici les éléments distinctifs de la notion. Or, manifestement, il n'en est rien. Ces éléments, purement factuels, restent bien indifférents à la démonstration envisagée. En effet, la définition inscrite à l'article D. 1172-1 renvoie à la formule utilisée par l'Organisation mondiale de la Santé, qui considère depuis 2004 que doit être assimilé à une activité physique « tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui demande une dépense d'énergie »[629]. Ainsi, la définition de l'APA au travers de son expression physique, à savoir un mouvement produit par des muscles squelettiques au sein d'une articulation, ne permet nullement de distinguer celle-ci de toute autre activité physique. En outre, les modalités contextuelles de mise en œuvre des APA, à savoir les « activités de quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés », sont déterminées de manière tellement élargie que celles-ci couvrent l'intégralité des possibilités ouvertes. Elles apparaissent par conséquent indifférentes à la distinction recherchée. Enfin, il apparaît inutile de préciser que ces activités sont basées sur les aptitudes et la motivation pour l'activité concernée, puisqu'il ne saurait être proposé une activité inappropriée, sans intérêt ou refusée par le patient.

564- L'étude conduite ne permet ainsi pas de dégager d'élément propre à distinguer la notion d'APA de celle d'« activité physique ». La recherche d'un tel élément doit alors être réalisée au travers des finalités des APA.

b) Les finalités indifférentes des Activités Physiques Adaptées

565- Dans l'esprit du législateur[630], la prescription médicale d'Activité Physique Adaptée (APA) doit permettre de faire adhérer un public déterminé à mode de vie favorable à la santé. Ce public est constitué par les patients présentant une affection de longue durée (ALD), affection qui est définie comme une altération de l'état de santé caractérisée par « une affection grave caractérisée […] (ou) plusieurs affections entrainant un état pathologique invalidant […] (qui) nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse »[631].

---

[629] Organisation mondiale de la Santé, « Résolution WHA57.17. Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé », *in* : Organisation mondiale de la Santé, *Résultats de la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 22 mai 2004

[630] Pour l'étude des débats parlementaires entourant l'adoption de l'article 144 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, *cf.* b) La consécration des Activités Physiques Adaptées dans le système de santé, p. 170.

[631] Article L. 322-3 du Code de la sécurité sociale.

566- Au travers des APA, il est donc souhaité inciter ces individus, particulièrement exposés aux risques inhérents à la sédentarité, à « adopter un mode de vie physiquement actif sur une base régulière afin de réduire les facteurs de risque et les limitations fonctionnelles liés à l'affection de longue durée »[632] dont ils sont atteints. En cela, cette activité de santé pourrait être *a priori* regardée comme singulière. Cependant, la futilité des formules employées doit ici être révélée, puisqu'elle invite à dénier aux APA le caractère singulier supposé. En effet, la pratique régulière d'une activité physique, quelle qu'elle soit, n'équivaut-elle pas toujours en elle-même à « adopter un mode de vie physiquement actif »[633] ? En outre, n'est-il pas prouvé que la sédentarité constitue un facteur de risque important pour la santé, ne serait-ce que d'un point de vue cardio-vasculaire, et l'activité physique permet logiquement de réduire ce risque ? Enfin, n'est-il pas évident à tous que l'activité physique régulière améliore les capacités fonctionnelles ? Au regard de ces éléments, les APA ne se distinguent donc pas d'une activité physique par les finalités qui lui sont expressément prêtées.

567- Dans ces conditions, est-ce que la seule restriction opérée sur le public visé suffit à distinguer les APA ? Autrement dit, peut-il être considéré que celles-ci sont singulières en raison du public auquel elles sont destinées, à savoir les individus aux capacités physiques déficientes ou altérées en raison à un état pathologique invalidant ? À cette question, il semble devoir être répondu par la négative. En effet, durant les débats parlementaires ayant conduit à l'adoption de la loi du 26 janvier 2016, il a été à plusieurs reprises souligné que les médecins incitaient déjà depuis de nombreuses années leurs patients à pratiquer régulièrement une activité physique, sportive ou non.

568- En tout état de cause, la consistance des Activités Physiques Adaptées ne peut aucunement être révélée par l'analyse de la définition juridique qui en est donnée par l'article D. 1172-1 du Code de la santé publique. Il peut alors être entrepris d'en dégager les caractéristiques les plus essentielles.

B. De la difficulté à caractériser les Activités Physiques Adaptées

569- Puisqu'il n'apparaît pas possible de circonscrire avec certitude ce que recouvrent les Activités Physiques Adaptées (APA), il convient, afin de distinguer celles-ci des autres activités physiques, de tenter d'en dégager les caractéristiques les plus essentielles. À cet égard, de l'étude de la lettre de l'article D. 1172-1 du Code de la santé publique il semble *a priori* pouvoir être déduit que les APA possèdent une dimension exclusivement préventive, laquelle est d'ailleurs soulignée par le Conseil

[632] Second alinéa de l'article D. 1172-1 du Code de la santé publique.

[633] Apparaît ici la distinction entre l'activité physique et le sport, dont l'objectif est centré sur la performance physique.

national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes[634], et que l'activité de santé doit être rattachée à l'activité médicale, notamment en raison du public visé et de la qualité médicale de la prescription dont les APA font désormais l'objet.

570- Dans la perspective de discuter de ces caractères supposés essentiels et distinctifs des Activités Physiques Adaptées, il est proposé d'étudier, dans un premier temps, la dimension exclusivement préventive qui leur est prêtée (a), puis d'analyser, dans un second temps, la réalité du rattachement de cette activité de santé à l'activité médicale (b).

a) Une dimension exclusivement préventive contestable

571- Telles qu'inscrites dans le Code de la santé publique, les Activités Physiques Adaptées (APA) constituent *a priori* une activité de santé à dimension exclusivement préventive. Ceci peut être notamment déduit de l'intitulé du titre VIII du livre I[er] de la première partie de la partie législative du code considéré, qui correspond à la « prévention des facteurs de risques pour la santé ». En l'absence de toute précision, le dispositif semble viser la prévention générale en santé. Cependant, l'article D. 1172-1 a été manifestement adopté aux fins d'une prévention tertiaire[635], dans la mesure où il est expressément prévu que la prescription d'APA soit délivrée uniquement à des patients présentant une affection de longue durée (ALD), dans le cadre de leur parcours de soins.

572- Or, il est ici défendu l'idée que les APA constituent une véritable activité de santé à dimension duale, c'est-à-dire tant préventive que thérapeutique. Au soutien de cette thèse, il doit être relevé que les APA sont considérées depuis de nombreuses années par la Haute Autorité de Santé comme une thérapeutique non médicamenteuse[636], tel que rappelle Valérie FOURNEYRON au cours des débats parlementaires[637]. En outre, distinguer la prévention de la thérapie reste en de nombreux points malaisé. En effet, prévenir n'est-ce pas « empêcher la réalisation d'un risque, la production d'un dommage […] en s'efforçant d'en supprimer les causes »[638] ? Or, en santé, la suppression d'une cause ne constitue-t-elle pas en elle-même une action thérapeutique ? Enfin, si l'analogie avec la

---

[634] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Notice de mise en œuvre de l'Activité physique adaptée par les masseurs-kinésithérapeutes*, *op. cit.*

[635] Selon la Haute Autorité de Santé, « sont classiquement distinguées la prévention primaire qui agit en amont de la maladie [...], la prévention secondaire qui agit à un stade précoce de son évolution [...], et la prévention tertiaire qui agit sur les complications et les risques de récidive », *cf.* Haute Autorité de Santé, *Prévention* [en ligne], [consulté le 4 juillet 2018], https://www.has-sante.fr/jcms/c_410178/fr/prevention/

[636] Haute Autorité de Santé, *Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées*, *op. cit.*

[637] Assemblée nationale, Débats parlementaires, *Compte rendu intégral des séances, Session ordinaire, 1re séance du vendredi 10 avril 2015*, *op. cit.*

[638] CORNU Gérard, *op. cit.* p. 802.

gymnastique médicale est permise, cette idée trouve un argument de taille dans la lettre de l'article R. 4321-4 du Code de la santé publique[639], selon lequel les actes de gymnastique sont « effectués dans un but thérapeutique ou préventif afin d'éviter la survenue ou l'aggravation d'une affection ». D'ailleurs, cette formule rappelle incontestablement la réduction « des facteurs de risques et des limitations fonctionnelles liés à l'affection de longue durée » du nouvel article D. 1172-1[640]. Finalement, ne peut-il pas être considéré de manière générale que toute activité de santé à dimension préventive comprend inéluctablement une dimension thérapeutique ?

573- D'aucuns pourraient le dénier. Dans ce cas, il convient de prendre pour hypothèse que les APA ne possèdent aucune dimension thérapeutique. Dans ce cas, ne devrait-il pas être alors permis au masseur-kinésithérapeute de délivrer les soins en APA sans prescription médicale préalable ? En effet, il résulte de l'interprétation *a contrario* de l'article L. 4321-1 du Code de la santé publique, selon lequel « le masseur-kinésithérapeute (qui agit dans un but thérapeutique) pratique son art sur prescription médicale », que celui-ci peut exercer des activités à but préventif sans prescription médicale. En ne soustrayant aucunement le masseur-kinésithérapeute à l'obligation de prescription médicale, les pouvoirs publics confirment de manière tout à fait explicite que les APA possèdent une réelle dimension thérapeutique !

574- Une dimension duale semble devoir ainsi être reconnue aux APA. Cependant, dans la mesure où jusqu'alors le Code de la santé publique rattachait tout acte à finalité thérapeutique à l'activité médicale, il convient de se pencher sur la nature des soins en APA.

b) Un rattachement à l'activité médicale récusable

575- D'aucuns pourraient être tentés de soulever que les APA se caractérisent par leur rattachement à l'activité médicale[641], ce qui les distingue des autres activités physiques, qui appartiennent aux champs des Sciences et techniques des Activités Physiques et Sportives. Or, cette analyse doit être nécessairement infirmée. À cette fin, il est proposé d'étudier les modalités de mise en œuvre du dispositif d'APA dans le système de santé.

576- Les arguments en faveur de ce rattachement à l'activité médicale sont nombreux. Il existe déjà

---

[639] Décret n° 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, JORF n° 236 du 9 octobre 1996, p. 14802.

[640] Une analyse littérale des dispositions appréhendées conduit à considérer, de façon erronée, qu'à l'heure actuelle le masseur-kinésithérapeute possède une compétence en prévention générale, alors que l'enseignant en Activité Physique Adaptée reste limité aux actions de prévention tertiaire.

[641] Pareille question a été soulevée pour l'ostéopathie. Pour plus de précisions, *cf.* Paragraphe 2 : Une confusion préservée par le rattachement dénié de l'ostéopathie à l'activité médicale, p. 59.

un élément légal particulièrement net : le dispositif considéré est inscrit au sein du Code de la santé publique. L'élément formel est constitué par l'acte à l'origine de la prise en charge en APA, à savoir la prescription établie par un membre du corps médical. Manifestement, cet élément place les APA dans une situation identique à celle de toutes les activités paramédicales. Également, l'élément contextuel de la mise en œuvre des APA rattache manifestement le dispositif en question à l'activité médicale, puisque les soins sont prescrits à des patients atteints d'ALD, « dans le cadre du parcours de soins ». Enfin, la prise en charge peut être mise en œuvre par un professionnel de santé, qu'il soit masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute ou psychomotricien[642]. Or, aucune exonération n'est à l'égard de ceux-ci prévue, alors même que le masseur-kinésithérapeute pratique habituellement son art sur prescription médicale lorsqu'il agit dans un but thérapeutique. Dans ces conditions, les soins en APA semblent pouvoir être considérés comme possédant une finalité thérapeutique, donc être rattachés à l'activité médicale.

577- Les arguments propres à dénier aux APA tout rattachement à une activité de nature médicale ou paramédicale sont tout autant nombreux. Déjà, l'article D. 1172-1 du Code de la santé publique dispose que « les techniques mobilisées relèvent d'activités physiques et sportives et se distinguent des actes de rééducation qui sont réservés aux professionnels de santé »[643]. Ainsi, la qualité d'acte, habituellement utilisée en la matière, est totalement absente de cette disposition, mais surtout les techniques mobilisées dans le cadre de la dispensation d'APA sont explicitement rattachées aux champs des Sciences et techniques des Activités Physiques et Sportives. En outre, si le médecin traitant initie la prise en charge, il ne possède sur le bon déroulement de celle-ci qu'un pouvoir de contrôle très restreint. Par ailleurs, la prescription d'APA n'ouvre nullement le droit, contrairement à la quasi-totalité des soins paramédicaux, à une prise en charge financière par les organismes de Sécurité sociale. Enfin, si dans le cadre de leurs prises en charge paramédicales les professionnels de santé doivent « communique(r) au médecin toute information en sa possession susceptible de lui être utile pour l'établissement du diagnostic médical ou l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution »[644], tel qu'il est notamment prévu pour le masseur-kinésithérapeute, aucune obligation de cet ordre ne pèse sur les intervenants en APA, qui « avec l'accord des patients [...] transmet(tent) périodiquement un compte rendu sur le déroulement de l'activité physique adaptée au médecin prescripteur et peu(vent) formuler des propositions quant à la poursuite de l'activité et aux risques inhérents à celle-ci ».

---

[642] Mentionnés respectivement aux articles L. 4321-1, L. 4331-1 et L. 4332-1 du Code de la santé publique.

[643] Les pouvoirs publics ont fait preuve d'une certaine ambivalence en la matière, puisqu'ils ont consacré dans le Code de la santé publique une véritable activité de santé, mais dont le champ de pratiques est réglementé au sein du Code du sport !

[644] Article R. 4321-2 du Code de la santé publique.

578- Les Activités Physiques Adaptées, dont la consistance reste marquée par de très nombreuses incertitudes, ne peuvent pas être rattachées à l'activité médicale. Il en résulte que chacun reste libre, dans le cadre des soins dispensés, des techniques mobilisées. En conséquence, tous tendent à se confondre et se concurrencer. Cette situation aurait pu ne pas être, si l'activité en santé n'avait pas été partagée entre autant d'intervenants en santé.

Paragraphe 2 : Une concurrence induite par l'exercice partagé d'une activité de santé nouvellement consacrée

579- Le législateur a consacré les Activités Physiques Adaptées (APA) en tant qu'activité de santé sans en réserver immédiatement l'exercice exclusif à un corps professionnel déterminé[645], laissant le soin au pouvoir réglementaire d'édicter les mesures relatives aux conditions de leur dispensation. Or, par le décret du 30 décembre 2016, celui-ci a partagé l'exercice des APA entre plusieurs corps professionnels. En conséquence, cette activité de santé ne saurait constituer un élément essentiel et distinctif de l'identité d'un des corps professionnels habilités. Surtout, elle constitue désormais un véritable objet de concurrence, pour le contrôle duquel ces derniers vont nécessairement s'opposer.

580- La mise en exergue de l'existence de cette concurrence et de ses conséquences sur les rapports qu'entretiennent les corps professionnels concernés[646] appelle à aborder, dans un premier temps, la manière dont l'exercice des Activités Physiques Adaptées est partagé (A), puis à se pencher, dans un second temps, sur le caractère inégalitaire de ce partage, lequel exacerbe considérablement la concurrence entre les corps professionnels considérés (B).

A. L'exercice partagé d'une activité de santé nouvellement consacrée

581- La démonstration d'une concurrence dans la dispensation des APA oblige nécessairement à se pencher sur l'objet autour duquel se cristallisent les ambitions professionnelles. Logiquement, cet objet est constitué par les APA. Cependant, dans le paragraphe précédent il a été souligné que celles-ci possèdent une consistance particulièrement confuse[647], laquelle empêche de distinguer de manière efficace celles-ci des autres activités physiques et incite à apprécier les soins en APA comme équivalents, quel que soit le professionnel qui les délivre. Or, dans la mesure où d'aucuns pourraient douter que les APA constituent un objet de concurrence, il doit être mis en exergue le substrat essentiel de cette concurrence.

582- À cette fin, il sera étudié, dans un premier temps, le champ de pratiques spécifique

[645] Ce qui est d'ailleurs totalement contraire à ce qui avait été jusque-là effectué.

[646] Pour une proposition d'amélioration du cadre réglementaire du dispositif de prescription médicale d'Activité Physique Adaptée, *cf.* HUMBLOT David et BRIN Éric, « Le dispositif français d'activité physique adaptée – applicabilité par le masseur-kinésithérapeute », *Kinésithérapie, la Revue*, juin 2021, nº 234, p. 38-43.

[647] Pour une étude du sujet, *cf.* Paragraphe 1 : De la consistance confuse des Activités Physiques Adaptées, p. 198.

correspondant aux Activités Physiques Adaptées (a), puis exposé, dans un second temps, le partage dont l'exercice de ce champ professionnel fait l'objet (b).

a) L'exercice d'un champ de pratiques spécifique

583- Affirmer l'existence d'une concurrence professionnelle contraint à révéler le substrat de cette concurrence, en d'autres termes à mettre en évidence les éléments professionnels qui font l'objet d'une appréhension concomitante et concurrente par les différents corps professionnels concernés. À cette fin, il convient d'analyser les Activités Physiques Adaptées (APA) au travers de la typologie des champs professionnels qui a été proposée dans l'introduction de la présente thèse, en vertu de laquelle doivent être distingués le domaine de compétences, les champs d'intervention et le champ de pratiques. Or, tel qu'exposé précédemment, le domaine de compétences relatif à la dispensation d'APA apparaît particulièrement confus[648] et les champs d'intervention n'ont pas été formellement déterminés[649]. Dès lors, il doit être démontré que le champ de pratiques mis en œuvre lors de la dispensation des APA est parfaitement spécifique.

584- Dans cette perspective, il convient de préciser, dans un premier temps, le champ de pratiques correspondant à la dispensation des Activités Physiques Adaptés, et notamment les techniques qui sont à cette occasion mobilisées (1), puis d'exposer, dans un second temps, la distinction à opérer entre ces techniques et les actes de rééducation (2).

1. Un champ de pratiques spécifique au contenu imprécis

585- En précisant à l'article D. 1172-1 du Code de la santé publique que « les techniques mobilisées (dans le cadre de la dispensation des Activités Physiques Adaptées) relèvent d'activités physiques et sportives »[650], le pouvoir réglementaire exclut les APA du champ médical et protège l'intégrité des champs de pratiques paramédicaux circonvoisins. Il semble également de cette manière circonscrire un champ de pratiques spécifique pour la dispensation des APA. Celui-ci correspond explicitement aux techniques des Activités Physiques et Sportives (APS). Avec le décret du 30 décembre 2016, dispenser des APA revient donc à adapter les techniques des APS et les mettre en œuvre auprès d'un public déterminé, caractérisé par les limites des capacités physiques de ses membres. De toute

[648] Pour une explication de cette affirmation, *cf.* A. D'une définition juridique spécieuse des Activités Physiques Adaptées, p. 198.

[649] Pour plus de précisions sur ce point, *cf.* développement n° 509, p. 182.

[650] Article D. 1172-1 du Code de la santé publique, issu du décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016, *op. cit.*

évidence, les techniques des APS et des APA se confondent, au point que l'affirmation d'un champ de pratiques spécifique aux APA semble *a priori* être compromise.

586- Cependant, le caractère spécifique ou non d'une activité, définie comme la qualité de ce « qui présente une caractéristique originale et exclusive »[651], varie de manière considérable selon le cadre dans lequel est réalisée l'analyse, laquelle ne semble pas être pertinente en dehors de celui-ci. Il en résulte que la confusion des techniques mises en œuvre tant dans le cadre des APS que des APA ne suffit pas à elle seule à dénier au champ circonscrit la qualité de champ de pratiques des APA, ainsi que toute spécificité. Manifestement, ce champ doit être appréhendé dans le domaine de la santé et c'est donc dans sa mise en perspective avec les autres activités de santé qu'il convient de rechercher son caractère spécifique ou non. À cet égard, l'activité de santé correspondant aux APA est la seule à consister en l'adaptation et l'application de techniques issues des APS. Également, il s'agit de l'unique champ de pratiques en santé à être composé de manière exclusive de « techniques ». D'ailleurs, l'utilisation de ce vocable peut surprendre, alors qu'est habituellement utilisé dans le Code de la santé publique le vocable « acte » pour qualifier ce qu'exécutent les praticiens en santé.

587- Il semble devoir être admis que le champ de pratiques en santé correspondant à la dispensation des APA est bel et bien déterminé. Cependant, son contenu peut être interrogé. En effet, si les actes qui relèvent des champs de pratiques du masseur-kinésithérapeute et de l'ostéopathe sont énumérés et n'appellent aucune remarque particulière, les techniques relevant des APS appliquées au domaine de la santé ne sont aucunement précisées. Une recherche menée dans le référentiel d'activité et de compétences[652] établi par la Société française des professionnels en Activité Physique Adaptée aurait pu offrir une piste de réflexion. Il n'en est rien. Ainsi, si le champ de pratiques correspondant aux APA apparaît un tant soit peu spécifique, il reste à ce jour totalement imprécis.

588- La consistance des techniques mises en œuvre dans le cadre de la dispensation d'APA peut ainsi être interrogée. Les pouvoirs publics ont cependant grandement pris soin de préciser que celles-ci se distinguent nettement des actes de rééducation, lesquels prennent part à la constitution des champs de pratiques paramédicaux circonvoisins.

2. Un champ de pratiques distinct des champs paramédicaux circonvoisins

589- Si le pouvoir réglementaire n'a précisé que de manière très globale ce à quoi correspond

[651] Centre national de ressources textuelles et lexicales, *Spécificité* [en ligne], [consulté le 18 novembre 2019], http://www.cnrtl.fr/definition/spécificité/

[652] BARBIN Jean-Marc, CAMY Jean, COMMUNAL David *et al*., *op. cit.*

concrètement la dispensation d'APA, il a bien pris le soin de définir de manière négative la consistance du champ de pratiques correspondant, c'est-à-dire par sa mise en perspective avec ceux des activités de santé circonvoisines. En effet, il est affirmé dans l'article D. 1172-1 du Code de la santé publique que « les techniques mobilisées [...] se distinguent des actes de rééducation qui sont réservés aux professionnels de santé, dans le respect de leurs compétences »[653].

590- Par cette mention, le pouvoir public protège surtout l'intégrité des champs de pratiques paramédicaux, en d'autres termes l'exclusivité de l'exercice de ceux-ci et l'intangibilité de leurs limites. À cet égard, l'emploi du vocable « technique » prend tout son sens. En effet, il établit à lui seul une distinction entre l'« acte pratiqué », qui consiste en « un fait de l'homme »[654] et caractérise d'un point de vue légal l'exercice des professionnels de santé[655], et la « technique mobilisée », qui comprend « l'ensemble des moyens spécifiques qui président à l'agencement et à la réalisation des APA »[656] et apparaît comme une compétence essentielle aux mains des intervenants en APA[657].

591- Pour de nombreux masseurs-kinésithérapeutes, la distinction à opérer entre leur pratique et celle des autres intervenants en APA réside dans l'existence, ou non, d'un contact physique avec le patient. Dans la mesure où ils appartiennent à la catégorie des professionnels de santé, seuls habilités à agir sur le corps d'autrui, les masseurs-kinésithérapeutes considèrent que leur pratique se caractérise par un contact physique avec l'individu sur lequel ils exécutent des actes, alors que les intervenants en APA qui ne sont pas professionnels de santé ne peuvent que superviser la réalisation d'exercices et diriger le patient par l'intermédiaire de directives verbales, lesquelles permettent au patient d'effectuer par lui-même l'activité et ne nécessitent aucun contact physique avec celui-ci.

592- Cependant, l'absence de virgule entre les vocables « rééducation » et « qui » sème le trouble, puisqu'elle confère à la proposition relative un caractère déterminant, propre à restreindre le sens de l'antécédent concerné, à savoir les « actes de rééducation ». Ainsi, une lecture littérale de l'alinéa en question conduirait à considérer que les techniques d'APA se distinguent uniquement des actes de rééducation qui sont réservés aux professionnels de santé en vertu des décrets d'actes en vigueur, et non de l'intégralité des actes de rééducation. Doit-il en être conclu que certaines techniques d'APA

---

653 Second alinéa de l'article D. 1172-1 du Code de la santé publique.

654 Selon la définition générale de l'« acte », proposée par Gérard CORNU, *op. cit.* p. 19.

655 La règle souffre de quelques exceptions. Il peut être à cet égard relevé que l'ostéopathe qui n'est pas un professionnel de santé effectue en vertu de l'article 1er du décret no 2007-435 du 25 mars 2007 « des actes de manipulations et mobilisations non instrumentales, directes et indirectes, non forcées, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques établies par la Haute Autorité de santé ».

656 Cette définition est tirée de l'adaptation aux Activités Physiques Adaptées de la définition du vocable « technique » proposée par Gérard CORNU, *op. cit.* p. 591.

657 Selon la lettre de l'article D. 1172-1 du Code de la santé publique, selon lequel « les techniques mobilisées relèvent d'activités physiques et sportives et se distinguent des actes de rééducation qui sont réservés aux professionnels de santé, dans le respect de leurs compétences ».

relèvent de la catégorie des actes de rééducation ? Est-il annoncé l'extension prochaine des compétences de l'enseignant en APA en matière de santé, voire l'évolution de son statut vers celui de professionnel de santé ? Pour le masseur-kinésithérapeute, la question se pose donc : qu'est-ce qui permet de distinguer nettement les techniques correspondant aux APA et les actes de gymnastique médicale inscrits à l'article R. 4321-4 du Code de la santé publique ? En tout état de cause, la notion de contact physique apparaît ici bien indifférente, puisque les actes de gymnastique médicale ne nécessitent, à l'instar des techniques des APA, aucun contact avec le patient.

593- Les APA constituent donc une activité de santé, à laquelle correspond un champ de pratiques déterminé, mais dont le contenu reste imprécis. Si les techniques qui le composent sont censées se distinguer nettement des actes paramédicaux de rééducation, ce champ de pratiques apparaît surtout singulier en raison du partage entre plusieurs corps professionnels dont il fait l'objet.

b) Un partage entre plusieurs corps professionnels

594- Contrairement aux autres activités de santé, la dispensation des Activités Physiques Adaptées (APA) est partagée entre plusieurs corps professionnels. Cette caractéristique essentielle peut de prime abord être regardée comme favorable, puisqu'elle est supposée impliquer la pénétration étendue de l'activité en question dans le système de santé et, par conséquent, sa pérennité. Cependant, cette caractéristique peut également être considérée comme délétère, que ce soit d'un point de vue des relations professionnelles qui doivent s'établir entre les différents corps habilités à dispenser des APA ou la clarté du dispositif institué.

595- Afin d'expliciter ce propos, il sera procédé à la présentation, dans un premier temps, des modalités de partage de la dispensation des Activités Physiques Adaptées entre les différents corps professionnels (1), puis, dans un second temps, de l'effet nécessairement dilutif de ce partage (2).

1. Une habilitation plurielle délétère pour les relations professionnelles

596- L'activité de santé correspondant aux APA se caractérise notamment par son exercice partagé, puisque pour la toute première fois les pouvoirs publics ont consacré une activité de santé en tant que telle, sans la réserver immédiatement à l'exercice exclusif d'un corps professionnel déterminé. Il a fallu attendre l'édiction du décret du 30 décembre 2016 et la création de l'article D. 1172-2 du Code de la santé publique pour connaître les corps professionnels habilités à dispenser des APA.

Ceux-ci sont répartis au sein de quatre catégories.

597- Immédiatement, l'intention des pouvoirs publics doit être interrogée. En effet, ont-ils souhaité, par ce partage, diffuser largement les APA au sein du système de santé, inciter à leur application polymporphe et en faire la pierre angulaire de la politique nationale de prévention, ou ont-ils confié la dispensation des APA à plusieurs corps professionnels afin de mettre ceux-ci en concurrence et *in fine* privilégier ceux qui auront le mieux investi cette nouvelle compétence ? *A priori*, ces objectifs ne sont pas contradictoires. Ainsi, rien ne s'oppose à ce que la concurrence induite par ce partage soit mise en évidence au travers de l'étude des corps professionnels habilités à dispenser les APA, leurs spécificités et les enjeux que représente pour chacun d'entre eux la dispensation de cette activité de santé.

598- La première catégorie est constituée de trois corps de professionnels de santé, à savoir les masseurs-kinésithérapeutes, les ergothérapeutes et les psychomotriciens. L'habilitation à dispenser des APA délivrée à ceux-ci semble essentiellement fondée sur la proximité d'exercice des APA et des activités paramédicales correspondantes. Il n'y a pas lieu de se pencher ici le cas particulier du corps des masseurs-kinésithérapeutes, puisque l'équivalence des notions relatives aux « APA » et à la « gymnastique médicale » a d'ores et déjà été établie. Le corps des ergothérapeutes organise, dans le cadre de sa profession, des « activités d'artisanat, de jeu, d'expression, de la vie quotidienne, de loisirs ou de travail »[658], qui font écho à « la pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés de mouvements corporels » inscrite à l'article D. 1172-1 du Code de la santé publique. Le corps des psychomotriciens, quant à lui, réalise des actes de « rééducation des troubles du développement psychomoteur ou des désordres psychomoteurs suivants au moyen de techniques de relaxation dynamique, d'éducation gestuelle, d'expression corporelle ou plastique et par des activités rythmiques, de jeu, d'équilibration et de coordination »[659], qui se confondent avec les conditions contextuelles de mise en œuvre des APA[660]. L'enjeu principal pour ces trois professions de santé réside dans la préservation de l'intégrité de leurs champs de pratiques respectifs. En effet, s'ils laissent les autres intervenants habilités acquérir à leurs côtés un rôle prépondérant dans la dispensation des APA, ils risquent qu'à terme ceux-ci investissent, s'approprient et revendiquent des pans de leurs champs professionnels, notamment ceux les plus circonvoisins aux APA.

---

[658] Article R. 4331-1 du Code de la santé publique, issu du décret n° 86-1195 du 21 novembre 1986 fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie, JORF n° 272 du 23 novembre 1986, p. 14133.

[659] Article R. 4332-1 du Code de la santé publique, issu du décret n° 88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice, JORF n° 108 du 8 mai 1988, p. 6716.

[660] Pour le rappel des conditions contextuelles de mise en œuvre des APA, *cf.* développement n° 563, p. 200.

599- La deuxième catégorie comprend « les professionnels titulaires d'un diplôme dans le domaine de l'activité physique adaptée délivré selon les règles [...] du code de l'éducation », à savoir les professionnels issus de la filière universitaire STAPS APA-S, ce qui apparaît tout à fait logique, eu égard à l'intitulé choisi par les pouvoirs publics pour la nouvelle activité de santé. Cependant, peut être questionnée la raison pour laquelle les pouvoirs publics n'ont pas réservé à ce corps l'exercice exclusif des champs professionnels considérés, dans la mesure où celui-ci possède sur ces derniers une légitimité certaine. Peut-être qu'à terme, à celui-ci sera confiée l'entièreté de la dispensation des APA. À cette fin, les enseignants en APA doivent s'imposer dans le dispositif institué.

600- Les troisième et quatrième catégories, quant à elles, témoignent certainement des contraintes politiques qui ont dû être exercées sur les pouvoirs publics au moment de la rédaction du décret du 30 décembre 2016. En effet, ensemble, elles agrègent de nombreux professionnels et intervenants autour de la dispensation d'APA, puisque sont mentionnés tant « les professionnels et personnes qualifiées […] titulaires d'un diplôme figurant sur la liste mentionnée à l'article R. 212-2 du code du sport ou enregistrés au répertoire national des certifications professionnelles », les « titulaires d'un titre à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualifications » soumis aux mêmes conditions, « les fonctionnaires et les militaires mentionnés à l'article L. 212-3 du code du sport », que les « personnes qualifiées titulaires d'une certification, délivrée par une fédération sportive agréée, répondant aux compétences précisées dans l'annexe 11-7-1 et garantissant la capacité de l'intervenant à assurer la sécurité des patients dans la pratique de l'activité » ! À cet égard, les compétences formulées dans l'annexe en question ne sont pas de nature à restreindre drastiquement le nombre d'intervenants[661] ! Pour ceux dont le diplôme est désormais mentionné au sein d'un arrêté du 8 novembre 2018[662], le dispositif de prescription médicale d'APA constitue un débouché professionnel intéressant et une possibilité de reconversion professionnelle. Regardés comme moins légitimes que les enseignants en APA, ils devront parvenir à affirmer leurs compétences vis-à-vis de la multitude des professionnels habilités.

601- Les intervenants habilités à dispenser des APA possèdent donc des origines professionnelles fort différentes. Si l'activité de santé est donc susceptible d'être exercée de manière polymorphe, elle subit également une certaine dilution. Cette situation apparaît regrettable, dans la mesure où elle nuit fortement à la clarté du dispositif institué.

---

[661] Selon cette annexe, afin d'être habilité à dispenser les APA, le professionnel qualifié doit, entre autres, être capable « d'encourager l'adoption de comportements favorables à la santé », « concevoir une séance d'activité physique en suscitant la participation et l'adhésion de la part du patient », « réagir face à un accident au cours de la pratique » et « connaître les caractéristiques très générales des principales pathologies chroniques ».

[662] Arrêté du 8 novembre 2018 relatif à la liste des certifications fédérales autorisant la dispensation d'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée, JORF n° 276 du 29 novembre 2018, texte n° 43.

2. Un partage dilutif néfaste à la clarté du dispositif

602- Les pouvoirs publics ont élaboré le dispositif de prescription médicale d'APA de manière à ce que celui-ci puisse intégrer efficacement notre système de santé. À cette fin, ils ont défini de manière large l'activité de santé correspondante et confié son exercice à de nombreux intervenants. Cependant, dans ces conditions, le concept d'APA tend à se diluer, ce qui nuit considérablement à la clarté du dispositif institué.

603- Il convient donc d'expliquer en quoi le partage de l'exercice des APA entre des professionnels aux formations initiales et aux compétences fort différentes conduit à la dilution des APA. À cette fin, il doit être recherché si les APA sont pourvues de fondements pratiques solides et inaltérables, en vertu desquels l'activité de santé conserverait en toutes circonstances une certaine constance, quel que soit le professionnel qui l'exerce. En tout état de cause, les techniques mobilisées dans le cadre des APA ne peuvent pas jouer ce rôle. En effet, si elles sont déterminées comme appartenant aux APS, chaque groupe d'intervenants habilités appréhende celles-ci au travers de ses propres compétences et les actes et les techniques qu'il mobilise habituellement. À titre d'illustration, une certification délivrée par la Fédération française de danse ne confère manifestement pas les mêmes compétences que celle délivrée par la Fédération française d'haltérophilie, musculation, force athlétique et culturisme ! En effet, si la première discipline sportive n'a aucune raison apparente d'être mise en œuvre pour un patient paraplégique, la pratique de la seconde discipline apparaît comme une condition indispensable à une réadaptation aboutie[663]. En outre, les différents corps professionnels habilités n'appréhendent pas tous, d'un point de vue conceptuel, l'état clinique du patient de la même manière. Si le masseur-kinésithérapeute centre principalement son action sur les conséquences physiopathologiques de l'affection, l'enseignant en APA recherche plutôt à mobiliser les capacités physiologiques de l'individu.

604- La mise en œuvre du dispositif institué est donc caractérisée que par son manque d'uniformité. N'aurait-il pas été préférable que les pouvoirs publics réservent à tel groupe professionnel la prise en charge des patients présentant telle pathologie, ou déterminent avec précision les compétences nécessaires pour telle ou telle pathologie ? En effet, les formules approximatives utilisées dans l'annexe 11-7-1 du décret du 30 décembre 2016, lequel précise les « compétences requises pour la validation des certifications fédérales à des fins d'encadrement des patients reconnus en affection de longue durée » n'aide aucunement à rendre limpide l'analyse du dispositif de prescription médicale d'APA. La question doit donc être posée : est-ce qu'un médecin traitant acceptera de prescrire des

[663] En effet, le patient paraplégique doit développer considérablement la musculature de ses membres supérieurs, afin de pouvoir aisément effectuer tant ses déplacements, les transferts entre son fauteuil et un lit, que les autres activités de la vie quotidienne.

APA à son patient, au risque de le voir pris en charge par un professionnel dont il ignore les compétences et la pratique habituelle ? Probablement celui-ci préférera orienter son patient vers un professionnel qu'il connaît, surtout si les compétences de ce dernier dans le domaine de la santé sont reconnues. La dilution des APA devrait ainsi conduire à une concurrence entre ces derniers.

605- Par ailleurs, si la consécration de la prescription médicale d'APA au sein du système de santé constitue une opportunité intéressante pour de nombreux professionnels, en ce que le dispositif accroît de manière considérable le nombre de patients susceptibles de les consulter, l'absence d'une prise en charge financière des soins par les organismes de Sécurité sociale réduit considérablement les perspectives du nombre de séances d'APA effectivement dispensées. Ainsi, une concurrence économique devrait logiquement gouverner les rapports entre les corps professionnels concurrents, qui chercheront tous immanquablement à s'imposer comme des intervenants prééminents en APA, et ce tant auprès du corps médical que des patients. Un lien privilégié avec les médecins traitants permettrait à chacun de bénéficier d'une mise en contact facilitée avec les patients, sous réserve de dispenser les soins correspondants pour un montant d'honoraires acceptable pour les patients, supposés supporter intégralement le coût de leur prise en charge en APA.

606- Le partage de l'exercice des APA entre différents corps professionnels implique donc en lui-même une dilution de l'activité de santé et une concurrence entre ces derniers. Cette situation, qui ne laisse place à aucun doute, est d'ailleurs fortement exacerbée par le caractère inégalitaire du partage considéré.

B. Une concurrence exacerbée par un partage inégalitaire

607- L'analyse de l'article D. 1172-3 du Code de la santé publique permet d'affirmer que l'exercice des APA fait l'objet d'un partage inégalitaire entre les différents corps professionnels, en ce que seuls les professionnels de santé concernés sont habilités à « dispenser des actes de rééducation ou une activité physique, adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical » lorsque le patient présente des limitations fonctionnelles sévères. Or, cette inégalité exacerbe de manière importante la concurrence entre ces corps professionnels.

608- Afin de démontrer ce point, il doit être exposé, dans un premier temps, comment l'exercice de cette activité de santé est partagé entre les différents corps professionnels (a), puis expliqué, dans un second temps, en quoi le caractère inégalitaire de ce partage exacerbe considérablement la concurrence entre ceux-ci (b).

a) Un partage réalisé en considération de la sévérité des limitations fonctionnelles

609- Le premier alinéa de l'article D. 1172-3 du Code de la santé publique est sans équivoque : les patients présentant des limitations fonctionnelles sévères peuvent être pris en charge uniquement par les professionnels de santé habilités, qui peuvent alors dispenser « des actes de rééducation ou une activité physique ». En tout état de cause, ce partage de l'exercice des APA en considération de l'état clinique du patient ne peut que fortement nuire aux relations professionnelles, dans la mesure où celui-ci instaure une inégalité d'exercice des APA, que beaucoup peuvent considérer comme injustifiée, et place les actes de rééducation en tant qu'alternative aux APA.

610- Afin d'expliciter comment l'exercice des Activités Physiques Adaptées est partagé en considération de la sévérité des limitations fonctionnelles présentées par le patient, il est proposé d'interroger, dans un premier temps, la notion de sévérité appliquée aux limitations fonctionnelles (1), puis de se pencher, dans un second temps, sur le partage inégalitaire de l'exercice des Activités Physiques Adaptées qui en résulte (2).

1. La difficile appréhension de la notion de sévérité

611- En vertu de l'article D. 1172-3 du Code de la santé publique, « pour les patients présentant des limitations fonctionnelles sévères telles que qualifiées par le médecin prescripteur en référence à l'annexe 11-7-2, seuls les professionnels de santé mentionnés au 1° de l'article D. 1172-2 sont habilités à leur dispenser des actes de rééducation ou une activité physique, adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical ».

612- La notion de sévérité apparaît manifestement au centre du partage de l'exercice des APA entre les différents intervenants habilités à les dispenser. La sévérité des limitations fonctionnelles est notamment qualifiée par le médecin traitant en considération de l'importance de signes cliniques précis, lesquels sont mentionnés à l'annexe 11-7-2 du décret du 30 décembre 2016. Ces signes sont regroupés au sein de trois grandes fonctions, à savoir les fonctions locomotrices, les fonctions cérébrales et les fonctions sensorielles et la douleur. Or, pour chacune de ces fonctions, la sévérité fait l'objet d'une appréciation qui apparaît en la matière inadaptée. En effet, elle est qualifiée soit à l'aide de critères qualitatifs, lesquels soumettent sa détermination à une grande subjectivité[664], soit à l'aide de critères quantitatifs, qui ne permettent qu'une appréciation imprécise de l'état clinique du

[664] À titre d'exemple, les limitations de la fonction ostéo-articulaire sont qualifiées de sévères lorsque le patient présente une « altération d'amplitude sur plusieurs articulations, affectant la gestuelle et l'activité au quotidien ».

patient[665]. Pourtant, l'appréhension des critères considérés nécessite d'être certaine, puisqu'outre de moduler les possibilités d'intervention des différents corps professionnels habilités à dispenser des APA, elle permet surtout d'apprécier les capacités cliniques de ces patients atteints de pathologies particulièrement invalidantes.

613- Ces possibilités d'intervention semblent en partie justifiées par des considérations d'ordre assurantiel. La question se pose alors : dans le cas de la survenance, au cours d'une séance d'APA, de dommages corporels consécutifs à un épisode de décompensation, quel professionnel verrait sa responsabilité engagée ? De prime abord, la faute serait partagée entre le médecin prescripteur et l'intervenant en APA, auquel il pourrait être reproché un manque prégnant de diligence. Cependant, ce dernier est-il toujours compétent pour apprécier l'état clinique du patient, alors que seuls les professionnels de santé sont censés être formés à cela ? Par ailleurs, dans la mesure où la qualification de la sévérité des limitations fonctionnelles reste en toutes circonstances du ressort du médecin traitant et celui-ci possède sur l'appréciation de ces limitations un pouvoir discrétionnaire et souverain, pourquoi ne serait-il pas seul à engager sa responsabilité en cas de dommage ? Dans ces conditions, pour quelles raisons doit-il nécessairement se référer à l'annexe 11-7-2 ? N'est-il pas pleinement compétent pour conduire seul un examen clinique efficace et procéder aux choix les plus pertinents ? Dès lors, si le pouvoir réglementaire prend le soin d'édicter une liste de signes permettant de qualifier les limitations fonctionnelles comme sévères, pourquoi les déterminer avec si peu de précision ?

614- La notion de sévérité n'en reste pas moins indispensable. En effet, elle limite les possibilités de prise en charge des patients dont l'état clinique est dégradé par des intervenants qui ne sont pas des professionnels de santé, ce qui peut être considéré comme justifié. Cependant, la sévérité semble également constituer une limite à la dispensation des APA elles-mêmes. En effet, si les limitations fonctionnelles sévères constituent des contre-indications absolues à la dispensation d'APA, le patient devant être nécessairement pris en charge par un professionnel de santé dans le cadre du traitement de son affection de longue durée, pourquoi dès lors offrir à ce dernier une option entre la pratique « des actes de rééducation ou une activité physique »[666] ? Manifestement, l'alternative n'est pas possible : soit le médecin établit une prescription d'actes de rééducation sur une ordonnance bizone, soit il prescrit des APA sur un formulaire spécifique[667].

615- Ainsi, le bien-fondé et les modalités d'application de la sévérité des limitations fonctionnelles

[665] Si les limitations fonctionnelles sont sévères lorsque le patient possède un périmètre de marche inférieur à 150 mètres, *quid* lorsqu'il ne peut parcourir que 200 mètres ?

[666] Selon la lettre de l'article D. 1172-3 du Code de la santé publique.

[667] En vertu du dernier alinéa de l'article D. 1172-2 du Code de la santé publique.

peuvent être interrogés. Le partage d'exercice des APA institué par son intermédiaire apparaît par ailleurs particulièrement inégalitaire.

2. Le partage inégalitaire de l'exercice des Activités Physiques Adaptées

616- Le partage de l'exercice des APA en considération de la sévérité des limitations fonctionnelles présentées par le patient oblige à affirmer qu'il existe trois groupes distincts d'intervenants en APA. Ceux-ci se distinguent non pas par le contenu ou la qualité de leurs prises en charge, puisqu'ils sont tous considérés comme également compétents pour mobiliser les techniques des APS, mais plutôt par le nombre de patients susceptibles de leur être confiés. En effet, si certains praticiens peuvent prendre en charge tous les patients qui se présentent à eux, d'autres ne peuvent dispenser des APA qu'à un nombre limité d'entre eux. Afin d'apporter un éclairage sur ce point, le parcours de soins en APA qui peut être entrepris par un patient atteint d'ALD doit être précisé.

617- Dans un premier temps, le patient est atteint d'une affection de longue durée et présente une ou plusieurs limitations fonctionnelles, mais sans que celles-ci ne soient qualifiées de sévères. Dans ce cas, tous les intervenants mentionnés au sein de l'article D. 1172-2 du Code de la santé publique sont habilités à lui dispenser des APA. Il n'existe alors aucune distinction entre ces praticiens et toutes les techniques d'APS peuvent être mobilisées, sous réserve bien entendu d'être « adaptée(s) à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical ».

618- Cependant, lorsque ce patient présente des limitations fonctionnelles sévères, telles que qualifiées par son médecin traitant, seuls les professionnels de santé peuvent dispenser des APA. Sont dès lors exclus tous les intervenants en APA appartenant aux autres catégories. Il apparaît dans une certaine mesure justifié que le pouvoir réglementaire ait réservé la prise en charge de patients dont les répercussions fonctionnelles de leur pathologie sont exacerbées à des professionnels paramédicaux, capables d'apprécier avec pertinence l'ampleur et l'évolution spontanée des signes cliniques. Ces derniers sont alors habilités à dispenser « des actes de rééducation ou une activité physique ».

619- Ainsi, dès que sont qualifiées de sévères les limitations fonctionnelles présentées par le patient, semblent exclus de manière définitive de la prise en charge de celui-ci les intervenants mentionnés aux 3° et 4° de l'article D. 1172-2 du Code de la santé publique. En effet, l'article D. 1172-3 de ce code prévoit que dès que « les patients ont atteint une autonomie suffisante et présentent une atténuation des altérations mentionnées dans l'annexe 11-7-2 relative aux limitations fonctionnelles

sévères », les enseignants en APA titulaires d'un diplôme délivré par une université dans le cadre des études en STAPS peuvent intervenir « en complémentarité des professionnels de santé ».

620- L'exercice des APA est donc partagé entre trois groupes distincts d'intervenants en fonction de la sévérité des limitations fonctionnelles présentées par le patient. Cette répartition de compétences semble *a priori* justifiée. Pourtant, le partage qu'elle induit revêt un caractère inégalitaire. En effet, il peut être aisément compris que les professionnels de santé habilités sont compétents en toutes circonstances pour connaître des prises en charge des patients atteints d'une affection de longue durée. Cependant, qu'est-ce qui explique que les intervenants inscrits aux troisième et quatrième catégories soient définitivement exclus des prises en charge en APA lorsque le patient présente des limitations fonctionnelles sévères, alors même que sa situation clinique est revenue à son état antérieur ? Par ailleurs, dans ce cas précis, en quoi consiste l'intervention des enseignants en APA « en complémentarité » des professionnels de santé ?

621- La sévérité des limitations fonctionnelles rythme donc les possibilités d'intervention des corps professionnels dispensant des APA en fonction de son absence, sa présence, puis sa disparition. En tout état de cause, cette sévérité pose question, d'autant plus qu'elle exacerbe de manière évidente la concurrence entre les différents corps professionnels concernés.

b) Une concurrence exacerbée entre les corps professionnels

622- La concurrence entre les différents corps professionnels dispensant des Activités Physiques Adaptées (APA) doit être à nouveau étudiée. En effet, outre l'obligation pour les membres des corps professionnels concernés de parvenir à se distinguer nettement les uns des autres et parvenir à développer des relations privilégiées avec les médecins traitants, afin que leur soient adressés les patients en ALD, cette concurrence devrait se cristalliser autour des limites d'intervention induites lors de la qualification des limitations fonctionnelles du patient comme sévères par le médecin traitant.

623- Cette dernière affirmation invite à se pencher, dans un premier temps, sur la manière dont cette concurrence est d'ores et déjà exprimée (1), avant de s'attarder, dans un second temps, sur la concurrence implicite inscrite dans le cadre réglementaire relatif à la dispensation des Activités Physiques Adaptées (2).

1. Une concurrence explicitée

624- L'intégration du masseur-kinésithérapeute au rang des professionnels habilités à dispenser des APA est saluée par les membres du Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, qui lors de l'examen du Haut conseil des professions paramédicales pour avis du projet de décret relatif à l'APA se félicitent de la présence au sein du projet de « l'indication des limitations fonctionnelles sévères au-delà desquelles seuls les professionnels de santé sont habilités à dispenser des actes de rééducation ou une activité physique, adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical » et la nécessité de réaliser pour ces patients un bilan fonctionnel[668].

625- Cependant, moins de six mois après la publication du décret du 30 décembre 2016, un collectif d'enseignants en APA introduit un recours en référé auprès le Conseil d'État, par lequel celui-ci demande la suspension de l'exécution du décret considéré, au motif que la notion de sévérité, qui limite les professionnels habilités à intervenir auprès des patients aux fins de dispensation d'APA, « restreint non seulement le champ d'activité des enseignants en APA mais également la possibilité pour les patients de faire appel aux professionnels de leur choix »[669]. En outre, il est reproché au décret de méconnaître tant « la liberté du travail et la liberté d'entreprendre pour les enseignants en APA » que « le principe constitutionnel d'égalité devant la loi en ce que la différence de traitement qu'il crée quant à l'intervention exclusive des professionnels de santé auprès des patients souffrant de limitations sévères n'est justifiée ni par une différence de situation entre les enseignants en APA et les professionnels de santé, ni par des considérations d'intérêt général »[670].

626- Les requérants dénoncent ainsi les conséquences de l'application de la notion de sévérité aux limitations fonctionnelles présentées par les patients atteints d'affection de longue durée, laquelle restreint les possibilités d'intervention de l'enseignant en APA, puisque dès lors que le médecin qualifie les limitations comme sévères, celui-ci est exclu temporairement de la prise en charge du patient. Pour autant, peut-il être raisonnablement soutenu que cette distinction ne repose sur aucune différence de situation, alors que le corps professionnel des enseignants en APA est lui-même divisé en deux sous-groupes en fonction du diplôme dont chacun est titulaire ? En effet, si la fiche RNCP relative au master STAPS-APS[671] fait mention d'une capacité à « analyse(r) les besoins spécifiques

---

[668] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Prescription d'activités physiques adaptées aux patients en ALD, L'Ordre salue un décret d'application qui garantit la sécurité des patients* [en ligne], publié le 20 décembre 2016, [consulté le 22 novembre 2019], https://www.ordremk.fr/actualites/ordre/prescription-dactivites-physiques-adaptees-a-des-patients-en-ald/

[669] CE, réf., 12 mai 2017, n° 409518, inédit au recueil Lebon.

[670] *Loc. cit.*

[671] Commission nationale de la certification professionnelle, *Master Mention « STAPS : activité physique adaptée et santé »*, *op. cit.*

d'un groupe d'usagers dans un contexte particulier et identifie(r) des problèmes de santé par une connaissance approfondie des populations visées », le titulaire d'une licence ne peut, quant à lui, qu'« évaluer les capacités des pratiquants avec les méthodologies adéquates »[672]. Si une différence de situation existe intrinsèquement au sein de la catégorie des enseignants en APA, n'en existe-t-il pas *a fortiori* une avec les professionnels de santé ? En outre, les enseignants en APA entreprennent le développement des capacités physiologiques des patients, alors que les professionnels de santé s'attachent principalement, dans leurs prises en charge thérapeutiques habituelles, à améliorer les capacités altérées. Leur appréhension d'une même situation clinique est à ce titre fort différente.

627- Par ailleurs, peut-il être utilement soutenu que la différence de traitement entre les enseignants en APA et les professionnels de santé n'est justifiée par aucune considération d'ordre général, alors même que la sévérité des limitations fonctionnelles dans le cadre d'une affection de longue durée oblige à une surveillance de l'évolution de l'état clinique du patient, que seuls les professionnels de santé sont en mesure de réaliser au regard de leurs formations initiales, et l'adaptation des actes et techniques mis en œuvre non plus aux capacités fonctionnelles du patient, mais à ses incapacités, puisque l'autonomie de ce dernier est altérée et le risque médical est exacerbé[673].

628- Dans une décision particulièrement attendue, le Conseil d'État fait primer la nécessité d'un encadrement médical des APA sur l'intérêt économique des requérants[674], affirme que la condition d'urgence n'est pas remplie et rejette la requête. L'affaire est en attente d'être tranchée au fond devant le Conseil d'État en formation de jugement. Peut-être qu'à cette occasion seront clarifiées les relations entre les enseignants en APA et les masseurs-kinésithérapeutes, que l'article D. 1172-3 du Code de la santé publique place implicitement en situation de concurrence.

2. Une concurrence implicite

629- La survenue d'une sévérité des limitations fonctionnelles implique une dispensation exclusive des APA par les professionnels de santé que sont le masseur-kinésithérapeute, l'ergothérapeute et le psychomotricien. Cependant, « lorsque les patients ont atteint une autonomie suffisante et présentent une atténuation des altérations mentionnées dans l'annexe 11-7-2 relative aux limitations fonctionnelles sévères, les professionnels mentionnés au 2° de l'article D. 1172-2 interviennent en

[672] Commission nationale de la certification professionnelle, *Licence Mention Sciences et techniques des activités physiques et sportives parcours type « Activité physique adaptée et Santé » (fiche nationale)*, *op. cit.*

[673] Ce qui peut être conclu des conditions ouvrant à nouveau le champ d'intervention aux enseignants en Activité Physique Adaptée, mentionnées à l'alinéa 2 de l'article D. 1172-3 du Code de la santé publique.

[674] MACRON Alain, « Prescription des activités physiques adaptées : le Conseil d'État privilégie la primauté d'un encadrement médical sur l'intérêt économique », *Revue Droit & Santé*, 2017, n° 79, p. 713-716.

complémentarité des professionnels de santé mentionnés au premier alinéa, dans le cadre de la prescription médicale s'appuyant sur le bilan fonctionnel établi par ces derniers ». La question de l'articulation entre les enseignants en APA et les professionnels de santé se pose tout naturellement. La lettre de l'alinéa en question semble instituer une hiérarchie entre eux et les placer implicitement en situation de concurrence. Afin de démontrer ce point de vue, deux points du dispositif d'APA doivent être exposés.

630- Le premier point réside dans la prescription médicale d'APA prévue à l'alinéa 2 de l'article en question. De quelle prescription s'agit-il ? Est-il fait ici mention de la prescription initiale d'APA ou une prescription différente ? La question se pose, puisque dans le cas d'une nouvelle prescription, celle-ci semble devoir s'appuyer sur le bilan fonctionnel établi par le professionnel de santé, ce qui laisse entendre que celui-ci posséderait une place prééminente dans le dispositif d'APA. La présence d'une virgule entre « la prescription médicale » et « s'appuyant »[675] obligerait alors l'enseignant en APA à procéder au choix de ses techniques en se fondant directement sur le bilan fonctionnel établi par le professionnel de santé, ce qui caractériserait un net lien de hiérarchie entre les deux catégories professionnelles. Or, l'absence de virgule doit être relevée. En conséquence, seule la prescription médicale semble devoir s'appuyer sur le bilan fonctionnel, ce qui oblige à considérer qu'une fois l'atténuation de la sévérité des limitations fonctionnelles constatée, le patient doit être à nouveau examiné par son médecin, afin que celui-ci établisse une nouvelle prescription d'APA fondée justement sur le bilan fonctionnel. Il n'en demeure pas moins que si l'enseignant APA ne fonde pas directement sa prise en charge les éléments du bilan établi par le professionnel de santé, il ne peut omettre de les prendre en considération.

631- Le second point concerne l'articulation qui doit gouverner les rapports entre les professionnels de santé et les enseignants en APA. En effet, l'article D. 1172-3 du Code de la santé publique esquisse une forme de hiérarchie professionnelle, puisqu'il autorise l'intervention de l'enseignant en APA « lorsque les patients ont atteint une autonomie suffisante et présentent une atténuation des altérations […] en complémentarité des professionnels de santé ». La formule « en complémentarité de l'exercice du professionnel de santé » invite à l'appréhension cumulative des prises en charge des deux professionnels considérés plutôt qu'alternative. Or, par la seule antériorité de son intervention, le masseur-kinésithérapeute prime nécessairement l'enseignant en APA, qui semble ainsi voué à jouer un rôle secondaire. Le vocable « complémentarité » issu du terme latin

[675] Pour mémoire, l'alinéa 2 de l'article D. 1172-3 du Code de la santé publique dispose : « Lorsque les patients ont atteint une autonomie suffisante et présentent une atténuation des altérations mentionnées dans l'annexe 11-7-2 relative aux limitations fonctionnelles sévères, les professionnels mentionnés au 2° de l'article D. 1172-2 interviennent en complémentarité des professionnels de santé mentionnés au premier alinéa, dans le cadre de la prescription médicale s'appuyant sur le bilan fonctionnel établi par ces derniers. »

complementum, ne signifie-t-il pas « ce qui complète » ? Néanmoins, la conjugaison du verbe « intervenir » au présent pose la question du caractère injonctif ou supplétif de l'intervention de l'enseignant en APA au côté du professionnel de santé. Manifestement, la question se pose : pourquoi cette complémentarité ? Le pouvoir réglementaire a-t-il souhaité de la sorte limiter la place vouée à être occupée au sein de ce dispositif par les corps des professionnels de santé, ne serait-ce que transitoirement ?

632- Pour ces raisons, il peut être affirmé que le décret du 30 décembre 2016 place implicitement les deux catégories professionnelles en situation de concurrence. D'ailleurs, un an après l'entrée en vigueur de ce décret, l'Inspection générale des Affaires sociales et l'Inspection générale de la Jeunesse et des Sports publient un rapport conjoint[676], par lequel elles dénoncent le caractère lacunaire de la réglementation en vigueur[677] et appellent à « établir un cahier des charges précis et partagé entre professionnels de santé et du sport [...] pour définir un bilan médico-sportif et motivationnel commun »[678].

633- Dans la première partie de cette thèse, il a été démontré que l'effacement du caractère distinct des éléments essentiels de l'identité professionnelle du masseur-kinésithérapeute procède surtout du développement et la consécration dans le système de santé de deux praticiens de santé, à savoir l'ostéopathe et l'enseignant en Activités Physiques Adaptées. Dans la seconde partie de cette thèse, il convient de rechercher la manière dont la masso-kinésithérapie doit évoluer pour que cesse cette problématique identitaire et le corps des masseurs-kinésithérapeutes recouvre enfin l'entièreté de sa singularité.

---

[676] DUPAYS Stéphanie, BOURDAIS Fabienne, KIOUR Abdelkrim et DE VINCENZI Jean-Pierre, *Évaluation des actions menées en matière d'activité physique et sportive à des fins de santé*, Paris, La Documentation française, mars 2018, n° 2017-126R.

[677] *Ibid*. p. 4.

[678] *Ibid*. p. 75.

Seconde partie :
De la nécessaire évolution de la masso-kinésithérapie

634- Au début des années 2010, la situation de concurrence qui résulte de l'instauration au sein du paysage sanitaire français de l'ostéopathe et de l'enseignant en Activité Physique Adaptée pousse les masseurs-kinésithérapeutes à réfléchir aux moyens de se singulariser. Rapidement, les membres du corps professionnel regardent l'évolution du cadre juridique de leur profession et l'attribution du grade universitaire de master à leur diplôme d'État comme les buts à atteindre. En effet, à cette date, pour eux, ces deux éléments constituent les préalables nécessaires à leur distinction des praticiens des activités de santé circonvoisines et la reconnaissance de la place singulière qu'ils sont voués à occuper dans l'organisation du système de santé.

635- Les organisations représentatives des masseurs-kinésithérapeutes intensifient donc leurs revendications auprès des pouvoirs publics. Ceux-ci accèdent en partie à leurs requêtes au cours des années 2015-2016. Or, si la réforme réalisée modifie profondément la profession de masseur-kinésithérapeute, elle ne résout aucunement les difficultés identitaires rencontrées par le corps professionnel, qui ne peut toujours pas, au début de l'année 2016, se prévaloir d'une véritable singularité vis-à-vis des praticiens des activités de santé circonvoisines.

636- À l'aune de ce constat, une nouvelle évolution se fait pressentir. Celle-ci devrait tirer toutes les conséquences de la nouvelle manière d'appréhender la masso-kinésithérapie, qui possède désormais une dimension professionnelle et une dimension disciplinaire. Ainsi, elle pourrait être menée dans le cadre des Sciences de la rééducation et de la réadaptation, inscrites le 30 octobre 2019 par décret à la 91e section du Conseil national des universités[679] et prendre la forme de la consécration d'un champ disciplinaire spécifique à la masso-kinésithérapie. En effet, en l'état, seule cette consécration apparaît de nature à restaurer la singularité qui fait aujourd'hui tant défaut au corps des masseurs-kinésithérapeutes.

637- Afin de défendre cette thèse, seront successivement abordées la réforme de la profession de masseur-kinésithérapeute menée au cours des années 2015-2016 (titre 1), puis l'évolution que devrait être amenée à connaître la masso-kinésithérapie (titre 2).

[679] Décret no 2019-1107 du 30 octobre 2019, *op. cit.*

Titre 1 : Une évolution amorcée par la réforme de la profession de masseur-kinésithérapeute

638- Au cours des années 2015-2016, les pouvoirs publics accèdent aux requêtes des organisations représentatives des masseurs-kinésithérapeutes, qui réclament une évolution substantielle du cadre de leur profession. Celui-ci est totalement refondé au travers du renouvellement de la définition légale de l'exercice professionnel du masseur-kinésithérapeute, formulée à l'article L. 4321-1 du Code de la santé publique, et de la réorganisation des études préparatoires au diplôme d'État. Or, s'il résulte de ces deux éléments une modification importante des missions confiées aux membres du corps professionnel et du rôle singulier que ces derniers sont voués à jouer dans le système de santé, cette réforme d'envergure mérite d'être relativisée. En effet, elle n'apporte pas de réponse effective aux difficultés identitaires rencontrées par les masseurs-kinésithérapeutes.

639- Afin de justifier cette affirmation, il convient préalablement de se pencher sur la logique qui prévaut dans l'esprit des pouvoirs publics au moment où ils élaborent cette réforme, qui s'inscrit manifestement dans la dynamique réformatrice d'ensemble des professions de santé initiée par la proposition doctrinale formulée en février 2011 par la commission interministérielle présidée par Laurent HÉNART[680], laquelle expose une méthode propre à faire émerger des métiers en santé de niveau intermédiaire dans notre système de santé. L'étude de cette proposition permettra de porter un regard critique sur la réforme menée en 2015-2016, mais également d'alimenter la réflexion sur la prochaine évolution dont doit bénéficier le corps des masseurs-kinésithérapeutes.

640- Il importe dès lors d'étudier, dans un premier temps, la proposition doctrinale formulée par la mission présidée par Laurent HÉNART (chapitre 1), puis d'exposer, dans un second temps, les impacts de la réforme de la profession de masseur-kinésithérapeute conduite au cours des années 2015-2016 (chapitre 2).

---

[680] HÉNART Laurent, BERLAND Yvon, CADET Danielle *et al., Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire, Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avance*r, Paris, La Documentation française, février 2011.

Chapitre 1 : Une évolution déterminée par une proposition doctrinale préconisant la création de métiers en santé de niveau intermédiaire

641- Alors que depuis le milieu des années 1970 les pouvoirs publics recherchent des solutions pérennes aux difficultés récurrentes rencontrées par notre système de santé, émerge au début des années 2000 l'idée selon laquelle la création de métiers en santé de niveau intermédiaire, en d'autres termes l'instauration d'un échelon intermédiaire entre les médecins et les professionnels paramédicaux, permettrait de rationaliser la dispensation des soins en santé et contenir ou améliorer le déséquilibre perdurant des finances de l'Assurance maladie.

642- La réflexion sur la réforme des professions de santé est engagée en France par la création d'une mission présidée par Laurent HÉNART, député de la première circonscription de Meurthe-et-Moselle, à laquelle il est demandé de rédiger un rapport sur la nécessité et l'opportunité de créer des métiers en santé de niveau intermédiaire. Celui-ci, publié en février 2011, fait valoir le caractère désormais impératif d'une telle création et la nécessité de faire évoluer, à cette fin, les « métiers socles » paramédicaux. La proposition doctrinale formulée dans ce rapport est ainsi à l'origine de nombreuses réformes de professions paramédicales, parmi lesquelles figure celle de la profession de masseur-kinésithérapeute, conduite au cours des années 2015-2016.

643- L'étude de cette proposition doctrinale vise à en exposer la teneur et démontrer qu'elle a déterminé la réforme de la profession de masseur-kinésithérapeute, mais également qu'elle régit encore aujourd'hui la dynamique réformatrice d'ensemble des professions paramédicales, au point que l'idée selon laquelle la création de métiers en santé de niveau intermédiaire doit être réalisée à partir de professions paramédicales reste aujourd'hui totalement pertinente.

644- Immanquablement, la question du caractère réalisable ou non, en l'état de système de santé, de la création de métiers de niveau intermédiaire doit être posée. Celle-ci est de nature à bouleverser l'entièreté de l'organisation de notre système de santé et remettre en question la manière dont les soins en santé sont actuellement dispensés et les différentes catégories de professions de santé sont établies. Pour cette raison, dans cette thèse, il est procédé à une distinction entre l'organisation des

professions de santé, par laquelle les professions dispensant des soins en santé sont réparties en différentes catégories, et l'organisation de la dispensation des soins en santé, au travers de laquelle les modalités d'exercice de certaines prérogatives ou compétences professionnelles sont précisées. La question d'une nécessaire concordance entre elles deux, c'est-à-dire l'attribution de modalités particulières au bénéfice de catégories professionnelles déterminées, peut être soulevée. Elle semble dans une certaine mesure logique, autrement, pourquoi vouloir instituer une catégorie de métiers en santé de niveau intermédiaire ?

645- Ainsi, une première section sera ainsi l'occasion de mettre en exergue le caractère fondamental de la proposition doctrinale formulée par la mission présidée par Laurent HÉNART, notamment à l'égard de l'évolution des professions paramédicales (section 1), puis une seconde section permettra d'exposer les conditions sous lesquelles pourraient émerger de manière effective des métiers en santé de niveau intermédiaire (section 2).

Section 1 : Une proposition doctrinale fondamentale

646- L'étude de l'évolution de la profession de masseur-kinésithérapeute oblige à se pencher sur la proposition doctrinale formulée par la mission présidée par Laurent HÉNART, qui apparaît à bien des égards incontournable.

647- C'est en effet à la suite de la formulation de celle-ci que les pouvoirs publics entreprennent de mettre en place une dynamique réformatrice d'ensemble des professions paramédicales. Certaines d'entre elles sont en effet regardées comme des métiers socles à partir desquels il semble possible de faire émerger des métiers de niveau intermédiaire. Considérant cette émergence impérative, la procédure proposée est rapidement appliquée. Elle est ainsi à l'origine de nombreuses mesures mises en œuvre dans notre système de santé.

648- Cependant, pendant toutes ces années, la création effective de métiers en santé de niveau intermédiaire est totalement passée sous silence. Il faut alors attendre la proposition de loi de la députée Stéphanie RIST, déposée le 22 octobre 2020 auprès la Présidence de l'Assemblée nationale, pour que ressurgisse la question de la création effective de métiers de niveau intermédiaire, sous la forme de « professions médicales intermédiaires »[681,682]. Néanmoins, l'opposition ferme formée par le Conseil national de l'Ordre des médecins[683] conduit *in fine* la députée à juger cette disposition comme prématurée[684] et à la retirer[685].

649- Nonobstant ces deux derniers points, la proposition doctrinale formulée en février 2011 reste encore aujourd'hui totalement pertinente et son influence parfaitement perceptible. Ceci semble surtout pouvoir s'expliquer par la pérennité des motifs sur lesquels se fondent les auteurs de la proposition pour justifier de la nécessité d'une telle création. Dans la mesure où ceux-ci consistent

---

[681] RIST Stéphanie, *Proposition de loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification*, Assemblée nationale, 22 octobre 2020, n° 3470.

[682] Le premier alinéa de la disposition proposée prévoyait que « les auxiliaires médicaux relevant des titres I[er] à VII du […] livre (III de la quatrième partie du Code de la santé publique) peuvent exercer en tant que profession médicale intermédiaire, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État suite aux conclusions du rapport des conseils nationaux des ordres des infirmiers et des médecins ».

[683] Conseil national de l'Ordre des médecins, *Nouvelle profession médicale intermédiaire* [en ligne], publié le 13 novembre 2020, [consulté le 26 juillet 2021], https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiques-presse/nouvelle-profession-medicale-intermediaire/

[684] RIST Stéphanie, *Rapport fait au nom de la Commission des Affaires sociales sur la proposition de loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification (n° 3598)*, Assemblée nationale, 25 novembre 2020.

[685] ROBILLARD Jérôme, *La proposition de création d'une profession médicale intermédiaire est abandonnée* [en ligne], publié le 25 novembre 2020, [consulté le 26 juillet 2021], https://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20201125-ressources-humaines-la-proposition-de-creation-d-une/

en la simple mise en perspective du rapport déséquilibré entre la demande de soins en santé et l'offre en professionnels de santé et ce rapport n'a que très peu évolué depuis 2011, la création de métiers de niveau intermédiaire peut toujours regardée comme un moyen de rendre la dispensation des soins en santé plus efficiente à moindre coût.

650- Aux fins de justifier du caractère fondamental de cette proposition doctrinale formulée dans le rapport de la commission présidée par Laurent HÉNART, il sera démontré que celle-ci a fondé et fonde encore actuellement l'évolution des professions paramédicales (paragraphe 1), puis que cette proposition reste encore aujourd'hui, malgré le temps passé, totalement pertinente (paragraphe 2).

Paragraphe 1 : Une proposition fondatrice de l'évolution des professions paramédicales

651- S'il est initialement demandé aux membres de la commission interministérielle présidée par Laurent HÉNART de déterminer « les situations dans lesquelles des professionnels "intermédiaires" pourraient améliorer l'accès, la coordination ou la qualité des soins, […] l'ampleur des besoins en compétences ou en qualifications […] (et) les spécialisations à créer ou à développer »[686], le rapport publié en février 2011 expose une méthode pragmatique constituée de neuf propositions, propres à faire émerger, à partir de métiers socles, des métiers de niveau intermédiaire. Mis en œuvre progressivement par les pouvoirs publics, ces propositions sont véritablement à l'origine d'une refonte complète du cadre d'exercice de différentes professions paramédicales.

652- Dans l'objectif de démontrer le caractère fondamental de cette proposition doctrinale formulée en 2011, il est donc proposé, dans un premier temps, d'en explorer la teneur (A), avant de présenter, dans un second temps, les évolutions desquelles elle est à l'origine (B).

A. Une proposition méthodologique pragmatique

653- Les membres de la commission présidée par Laurent HÉNART ont parfaitement conscience du caractère délicat, complexe et épineux de ce qui leur a été demandé, à savoir la détermination des besoins en qualifications, en compétences ou en spécialisations que la création de métiers en santé de niveau intermédiaire est susceptible de combler. Ainsi font-ils le choix osé d'éluder la question. En lieu et place, ils exposent une méthode propre, selon eux, à permettre l'émergence durable et réussie de ces nouveaux métiers en santé. Particulièrement pragmatiques, les auteurs s'attachent à détailler les réformes qu'il conviendrait de conduire, mais également les écueils que les pouvoirs publics doivent nécessairement éviter, sous peine d'échec.

654- Il convient donc de présenter, dans un premier temps, les neuf propositions qui constituent l'essence de la proposition doctrinale (a), avant de s'arrêter, dans un second temps, sur les risques inhérents à la méthode énoncée (b).

---

[686] Ministère de la Santé et des Sports, Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, *Lettre de mission* [en ligne], 18 mai 2010, [consulté le 29 août 2018], http://www.smarnu.org/images/para/missionsurlesnouveauxmetiers ensante.pdf/

a) Une méthode constituée de neuf propositions et trois étapes

655- Selon les termes mêmes du rapport considéré, les membres de la commission se sont attachés à « dessiner un cadre conceptuel et une méthode à même d'assurer à ces nouveaux intervenants une émergence durable et une valeur ajoutée certaine, une intégration efficace et harmonieuse au système de soins, et un accueil éclairé dans la population »[687]. Au regard de la finalité poursuivie, les neuf propositions qui y sont détaillées (1) forment une méthode complète et pragmatique, de laquelle transparaissent trois étapes pour la création de métiers en santé de niveau intermédiaire (2).

1. Neuf propositions cohérentes

656- Les membres de la mission présidée par Laurent HÉNART établissent, au sein de leur rapport, neuf propositions, qui forment ensemble une méthode complète, supposée conduire à l'émergence durable et réussie des métiers en santé de niveau intermédiaire.

657- Selon les auteurs, il convient tout d'abord de dresser un bilan du cadre organisationnel général du système de santé, afin d'obtenir une vision globale des différentes interventions professionnelles qui y sont réalisées. S'il peut être attendu de ce bilan qu'il permette de dégager les besoins en santé qu'il conviendrait de combler, l'objectif poursuivi par les membres de la mission est assurément d'imposer leur manière d'appréhender les professionnels de santé, qu'ils regardent comme constitutifs des « ressources humaines nationales en santé ». Afin de mettre en place une véritable politique modernisée de ces ressources humaines, qui puissent être en parfaite adéquation avec les besoins en ressources constatés, l'adoption d'une démarche métier (proposition n° 1) s'avère être un préalable nécessaire. Les membres de la mission invitent donc les pouvoirs publics, dès le début du rapport, à « penser le métier à partir du référentiel d'activités et du besoin en compétences, lui-même assis sur les besoins de la population »[688].

658- Cette première proposition, qui peut apparaître *a priori* futile, puisqu'elle consiste en la simple reformulation de la demande originelle adressée par les commanditaires du rapport[689], présente l'intérêt d'affirmer la nécessité de « conforter et développer les métiers socles » (proposition n° 2)[690]. En effet, repenser l'organisation des professions de santé impose la « remise en ordre dynamique des métiers existants [...] (afin d'en) tirer tout le potentiel »[691], notamment dans des

[687] HÉNART Laurent, BERLAND Yvon, CADET Danielle *et al.*, *op. cit.* p. 18.

[688] *Ibid*. p. 45.

[689] Ministère de la Santé et des Sports, Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, *op. cit.*

[690] HÉNART Laurent, BERLAND Yvon, CADET Danielle *et al., op. cit.* p. 46.

[691] *Loc. cit.*

domaines primordiaux que sont le premier recours, le vieillissement, les maladies chroniques, mais également « les fonctions de prévention, d'évaluation, de coordination et d'accompagnement dans le domaine du soin à domicile, des personnes âgées ou de la prise en charge de la maladie chronique »[692]. Pour les membres de la mission, il semble inopportun de proposer de créer *ex nihilo* des nouveaux métiers en santé. Il leur apparaît bien plus logique de faire évoluer les professions de santé actuellement en exercice, dont, pour bon nombre, les pratiques quotidiennes ne sont plus totalement en conformité avec les compétences qui leur sont dévolues.

659- De cette manière, la réflexion conduite sur l'organisation des professions de santé reste, du moins en apparence, fondée sur les besoins en santé. D'ailleurs, les membres de la mission présidée par Laurent HÉNART assurent que ce n'est qu'après avoir cerné les champs des nouveaux métiers en santé (proposition n° 3), caractérisés par « leur caractère à la fois inédit et de haute technicité et par un niveau élevé de compétences et de qualification (master) »[693], qu'il pourra être entrepris de valoriser les parcours des professionnels de santé (proposition n° 4). Cette proposition vise notamment les professionnels paramédicaux, dont les évolutions de carrière se limitent alors « à la gestion ou à l'encadrement »[694]. La réforme des formations initiales et continues de ceux-ci, qui doit conduire à leurs intégrations au sein de filières universitaires et à leurs mises en conformité avec les standards du système LMD (proposition n° 8), est présentée comme la clef de voûte de l'émergence des métiers en santé de niveau intermédiaire. C'est pour cette raison, selon les auteurs, que la compétence sur l'ensemble des questions relatives à la formation des professions paramédicales de niveau licence doit être redonnée à l'État (proposition n° 9), alors que le financement de celles-ci est jusqu'alors du ressort des seules instances régionales.

660- Les membres de la mission considèrent que l'article 51 de la loi du 21 juillet 2009[695], qui permet de mettre en place, au niveau local et à titre expérimental, une délégation d'actes des médecins vers les professionnels paramédicaux, laquelle peut être *in fine*, sous certaines conditions, généralisée et intégrée à la formation initiale des professions déléguées, institue un dispositif particulièrement efficace, propre à créer des « leviers permettant une mise en place exploratoire de ces nouveaux modes d'organisation »[696]. Ainsi, il est souhaité que des plans nationaux soient rapidement lancés (proposition n° 5), afin d'« explorer le champ possible des métiers en santé de niveau intermédiaire, les conditions de leur implantation, d'évaluation et de capitalisation des

[692] *Loc. cit.*

[693] *Ibid.* p. 48.

[694] *Loc. cit.*

[695] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, *op. cit.*

[696] HÉNART Laurent, BERLAND Yvon, CADET Danielle *et al., op. cit.* p. 51.

nouveaux modes d'exercice »[697]. Il va de soi que le processus d'émergence de métiers de niveau intermédiaire doit être encadré (proposition n° 6) et qu'une démarche pragmatique et une méthode participative s'avèrent indispensables (proposition n° 7).

661- Ces neuf propositions forment manifestement un ensemble cohérent. Leur réorganisation dans un cadre temporel logique laisse transparaître trois étapes successives, à l'issue desquelles devraient théoriquement émerger les métiers en santé de niveau intermédiaire.

2. Trois étapes successives

662- L'étude des propositions élémentaires contenues dans le rapport de la mission présidée par Laurent HÉNART conduit à proposer leur réorganisation dans un ordre logique, c'est-à-dire temporel. Cette réorganisation doit notamment permettre d'y situer la réforme de la profession de masseur-kinésithérapeute menée au cours des années 2015-2016 et démontrer qu'une analyse prospective de celle-ci ne peut raisonnablement pas éluder la question de son éventuelle évolution vers un métier en santé de niveau intermédiaire.

663- Les différentes propositions contenues dans le rapport peuvent être réparties au sein de trois entités temporelles. Le premier temps est centré sur la rédaction de rapports publics dont il est attendu qu'ils mettent en exergue les insuffisances de notre système de santé, lesquelles semblent devoir être principalement imputées au caractère « rigide et cloisonnée »[698] de l'organisation des professions de santé. Ces rapports doivent ainsi permettre de déterminer les besoins en santé à combler et les champs professionnels des nouveaux métiers susceptibles d'y répondre. En d'autres termes, au sein de ces rapports, devrait être dressé l'inventaire des compétences qui, à ce jour, ne sont pas ou sont insuffisamment mises en œuvre par les professionnels de santé en exercice.

664- Le deuxième temps s'articule autour des professions de santé actuelles, qu'il est proposé de faire évoluer, notamment en leur confiant des compétences susceptibles de répondre aux besoins en santé constatés. À cette fin, trois procédés sont évoqués. Les pouvoirs publics peuvent tout d'abord procéder à l'extension substantielle des compétences des corps professionnels, en réformant la définition des champs professionnels correspondants. Les membres de la mission présidée par Laurent HÉNART prennent cependant le soin de préciser que l'évolution d'un métier existant ne garantit aucunement la création à partir de celui-ci d'un nouveau métier de niveau intermédiaire. Il peut également être opéré une réforme de la formation initiale des « métiers socles » et l'intégration

[697] *Ibid*. p. 52.

[698] *Ibid*. p. 19.

de cette dernière dans une filière universitaire. Enfin, les membres des corps paramédicaux sont appelés à s'invertir pleinement dans le dispositif de coopération des professionnels de santé, institué par l'article 51 de la loi du 21 juillet 2009.

665- Le troisième temps est celui de l'émergence effective des métiers en santé de niveau intermédiaire. Pour que celle-ci soit réussie, les missions confiées à ces nouveaux professionnels doivent être substantiellement différentes de celles des métiers socles desquels ceux-ci sont issus. Pour cette raison, au sujet de la production de soins, qui doit être distinguée de la production de services de santé, les membres de la mission assurent que « le champ d'intervention possible des nouveaux métiers dans le domaine du soin est lui-même étendu [...] et comprend [...] l'intervention en première ligne et celle qui se fait en relais du médecin »[699]. De manière plus ou moins explicite, les auteurs du rapport font ici état de ce qu'ils semblent considérer comme un des défauts majeurs de notre système de santé, et par là même un des principaux besoins en santé à pourvoir, à savoir l'insuffisance de diversité des modalités d'entrée du patient dans le parcours de soins. L'octroi à certains corps professionnels de la première intention[700] peut en effet être regardé comme une des réponses à envisager face à la diminution de la démographie médicale. La possibilité offerte au patient de consulter en accès direct un professionnel de santé qui n'est pas Docteur en médecine est néanmoins fortement décriée[701] par les membres du corps médical, qui ne semblent pas très enclins à accepter de partager avec d'autres cette prérogative essentielle et monopolistique de leur activité. Ceux-ci redoutent également que l'octroi de la première intention puisse asseoir, voire même rende totalement légitime, la demande d'intégration de certains corps professionnels paramédicaux dans la catégorie des professions médicales à compétence définie[702].

666- Cette proposition doctrinale apparaît ainsi particulièrement cohérente. Les propositions qui la constituent s'inscrivent dans une procédure dont l'applicabilité ne semble pas soulever de problèmes majeurs. En outre, les membres de la mission prennent le soin d'exposer les risques que les pouvoirs publics doivent éviter, sous peine d'échec.

---

[699] *Ibid*. p. 48.

[700] L'octroi de la première intention à un professionnel de santé permet aux patients de consulter celui-ci en accès direct, sans avoir été préalablement examinés par un membre du corps médical et obtenu la délivrance d'une ordonnance de soins paramédicaux.

[701] Tel qu'il l'a été fait lors de l'institution du cadre réglementaire de l'exercice de l'ostéopathie. Pour une analyse de la première intention appliquée aux troubles fonctionnels, *cf.* développement n° 197, p. 71.

[702] HÉNART Laurent, BERLAND Yvon, CADET Danielle *et al.*, *op. cit.* p. 50.

b) Une proposition attirant l'attention sur les risques liés à la détermination des champs professionnels

667- Les membres de la mission présidée par Laurent HÉNART peuvent se prévaloir d'être les auteurs d'une proposition doctrinale pragmatique. Outre l'énoncé des différentes mesures qu'ils jugent nécessaires à l'émergence des métiers en santé de niveau intermédiaire, ils présentent, de manière plus ou moins explicite, les risques que les pouvoirs publics doivent éviter. Ceux-ci font en effet valoir, au sein de leur rapport, que l'émergence durable et l'intégration réussie de ces nouveaux métiers en santé sont subordonnées à la détermination précise et efficace des champs professionnels devant être confiés à ces derniers, lesquels ne doivent par conséquent être ni trop élargis (1) ni trop restreints (2).

1. Le risque d'une détermination trop élargie des champs professionnels

668- La principale difficulté à laquelle les pouvoirs publics semblent devoir être irrémédiablement confrontés réside dans la détermination des champs professionnels qui devront être confiés aux nouveaux métiers en santé, lesquels, est-il affirmé, ne doivent être « envisag(és) qu'au regard de la réponse (à fournir) aux besoins de santé de la population »[703].

669- En effet, si tous s'accordent ouvertement sur la pertinence de cette réserve, la quasi-totalité des corps professionnels paramédicaux a l'intime conviction d'incarner un métier socle et nourrit l'espoir de bénéficier, rapidement, d'un élargissement conséquent de ses compétences en santé[704]. La plupart ne s'en cachent d'ailleurs pas. Ainsi, ceux-ci font rapidement connaître, par la voix de leurs organisations représentatives, les rôles légitimes qu'ils estiment devoir leur être confiés au sein d'un système de santé réorganisé. Pour un exemple patent, par un communiqué publié dans le sillage du rapport considéré, le Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes confirme être « parfaitement en accord avec les propositions (du rapport) concernant les métiers socles »[705], rapport qui conforte par ailleurs totalement son analyse de l'organisation des métiers en santé. Pour les représentants ordinaux, il ne fait ainsi déjà à cette date aucun doute que la masso-kinésithérapie constitue d'ores et déjà « une profession intermédiaire avec des missions imparties ».

---

[703] *Ibid*. p. 9.

[704] Ce qui, manifestement, correspond à la proposition n° 2 du rapport en question, intitulée « conforter et développer les métiers socles ».

[705] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Rapport Hénart : Communiqué du Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes* [en ligne], publié le 15 février 2011, [consulté le 9 février 2019], http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2011/02/Communiqu%C3%A9-CNOMK-Rapport-H%C3%A9nart-15-02-2011.pdf/

670- De toute évidence, le rapport de la mission présidée par Laurent HÉNART tend à cristalliser les tensions entre les professionnels paramédicaux qui existaient déjà antérieurement, mais n'étaient que très rarement exprimées dans l'espace public. À cet égard, le Professeur Yvon BERLAND faisait déjà état dans son rapport de novembre 2002[706] de revendications émanant de corps paramédicaux relatives à l'exercice de compétences développées en marge de leurs champs professionnels originels aux dépens de ceux des corps circonvoisins. En tout état de cause, les membres de la mission présidée par Laurent HÉNART considèrent cette situation très préoccupante et de nature à nuire fortement à la création effective de métiers en santé de niveau intermédiaire.

671- Il doit leur être donné raison. En effet, la détermination élargie de champs professionnels fondée uniquement sur les besoins en compétences à combler sans prise en considération de l'équilibre, subtil et précaire, existant entre les champs des différents corps professionnels ne peut conduire qu'à une certaine confusion et une concurrence entre ces derniers[707]. Manifestement, les difficultés identitaires rencontrées par le masseur-kinésithérapeute suite à la consécration, dans le système de santé, des champs professionnels de l'ostéopathe et ceux de l'enseignant en Activité Physique Adaptée, constituent un exemple patent. Cette problématique identitaire pourrait aisément se généraliser à l'occasion de l'évolution des métiers socles et contrarier les exigences d'efficacité et de cohérence qui doivent gouverner l'organisation de notre système de santé. Les membres de la mission présidée par Laurent HÉNART ont ainsi une pleine conscience des enjeux corporatistes que ne manqueront pas de cristalliser leur proposition. Ainsi préconisent-ils, de manière explicite, que soit instituée « une dynamique de complémentarité et non de concurrence entre les métiers »[708] et, au travers de cela, que soit évitée la détermination trop élargie des champs professionnels des nouveaux métiers en santé de niveau intermédiaire.

672- Si les pouvoirs publics doivent s'abstenir de déterminer de manière trop élargie les champs professionnels des nouveaux métiers en santé, cela ne doit pas pour autant les conduire à concevoir ces champs de façon trop restrictive.

---

[706] *BERLAND Yvon, GAUSSERON* Thierry *et al., Rapport de la mission Démographie des Professions de santé*, Paris, La Documentation française, novembre 2002, p. 94.

[707] C'est ce qui est expliqué au B. Les inconvénients des réformes successives fondées sur le paradigme professionnel, p. 388.

[708] HÉNART Laurent, BERLAND Yvon, CADET Danielle *et al., op. cit.* p. 43.

2. Le risque d'une détermination trop restrictive des champs professionnels

673- De toute évidence, les pouvoirs publics doivent également bien se garder de déterminer de manière trop restrictive les champs professionnels des nouveaux métiers en santé. Concernant ce risque, deux hypothèses semblent pouvoir être évoquées.

674- La première hypothèse concerne l'éventuelle création *ex nihilo* d'un métier de santé de niveau intermédiaire à partir d'un champ professionnel aisé à circonscrire, mais qui n'est pas encore exercé de manière intégrale ou satisfaisante par un corps professionnel particulier. Dans le cas où celui-ci serait appréhendé de manière réduite, deux risques sont alors présents. Le premier risque est celui de l'hyper-formation, qui est déjà dénoncée comme un des « travers unanimement constatés avec le métier de médecin »[709]. Elle conduit à une dislocation entre le niveau de connaissances générales requises pour l'obtention du diplôme et les activités professionnelles concrètement exercées et altère manifestement l'efficience du système de santé. Le second risque est celui de l'intervention en santé hyper-spécialisée[710]. Si cette modalité de détermination présente l'avantage d'exclure toute concurrence entre le nouveau métier en santé et les professions de santé existantes. Elle provoque cependant une inéluctable parcellisation des prises en charge en santé et tend à « multiplier outre mesure les intervenants auprès du patient [...] à un moment où la fluidité de la prise en charge est plus que jamais nécessaire »[711].

675- La seconde hypothèse intéresse la création de métiers en santé de niveau intermédiaire dans l'interstice des compétences comprises entre celles du corps des Docteurs en médecine, pourvus d'un haut niveau de connaissances, et celles des professionnels paramédicaux, considérés comme de simples techniciens en santé. Considérant la typologie à la base de l'organisation générale des professions, synthétisée sous la forme quadriptyque de « brevet professionnel, technicien, ingénieur, docteur »[712], les professionnels exerçant un métier en santé de niveau intermédiaire devraient en toute logique correspondre à des ingénieurs en santé et être caractérisés, en vertu du sens que donne le Centre national de ressources textuelles et lexicales du vocable « ingénieur » d'« un très haut niveau de technique, un travail de création, d'organisation, (et) de direction »[713]. Une détermination trop restrictive des champs professionnels confiés à ces professionnels serait ainsi de nature à vider de toute sa substance la proposition doctrinale formulée.

---

[709] *Loc. cit.*

[710] *Ibid.* p. 49.

[711] *Ibid.* p. 43.

[712] *Ibid*. p. 29.

[713] Centre national de ressources textuelles et lexicales, *Ingénieur* [en ligne], [consulté le 11 février 2019], http://www.cnrtl.fr/definition/ingenieur/

676- Les neuf propositions du rapport de la mission présidée par Laurent HÉNART constituent donc un ensemble cohérent et une méthode pragmatique. Il n'est ainsi pas surprenant que leur mise en œuvre progressive ait permis, au cours des années suivantes, l'évolution des métiers considérés comme socles, autrement dit certaines professions paramédicales.

B. Une proposition déterminant l'évolution des professions paramédicales

677- La proposition doctrinale formulée par la mission présidée par Laurent HÉNART a déterminé les évolutions des professions paramédicales qui ont été menées à partir de l'année 2011. Aux fins de démonstration, il doit être détaillé les différentes mesures mises en œuvre à partir de cette date qui ont eu un impact significatif sur le cadre d'exercice des professions paramédicales et peuvent être rattachées, sans nul doute, à la proposition doctrinale considérée. S'il n'apparaît pas opportun de réaliser ici une étude approfondie des mesures législatives considérées, il doit être souligné le caractère particulièrement récent de certaines d'entre elles, lequel met en exergue l'influence durable de cette proposition formulée au cours de l'année 2011.

678- Ainsi, dans l'objectif de démontrer que cette proposition doctrinale a déterminé et détermine encore l'évolution des professions paramédicales, il convient de se pencher, dans un premier temps, sur les évolutions récentes qu'ont connues les professions paramédicales depuis l'année 2011 (a), avant de s'attarder, dans un second temps, sur les dispositifs institués susceptibles de fonder les évolutions futures de celles-ci (b).

a) Les évolutions récentes des professions paramédicales

679- Le rapport des membres de la mission présidée par Laurent HÉNART est à l'origine de mesures législatives par lesquelles a été conduite, entre autres, la réforme de professions paramédicales. En effet, dans la perspective de rendre possible la création effective de métiers en santé de niveau intermédiaire, les pouvoirs publics s'attachent au cours des années qui suivent la publication du rapport à « conforter et développer les métiers socles »[714], que sont les professions paramédicales (1), ainsi qu'à « valoriser les parcours professionnels »[715] (2).

[714] HÉNART Laurent, BERLAND Yvon, CADET Danielle *et al., op. cit.* p. 46.

[715] *Ibid*. p. 50.

1. Les réformes relatives aux professions paramédicales

680- De nombreuses propositions du rapport invitent les pouvoirs publics à réformer les professions de santé paramédicales, notamment afin que celles-ci puissent servir de socle à la création d'un métier en santé de niveau intermédiaire. Les auteurs préconisent ainsi de « conforter et développer les métiers socles » (proposition n° 2) et « mettre en place des filières universitaires » à destination de ces derniers (proposition n° 8). Ces deux propositions sont l'origine d'une multitude de mesures instituées depuis l'année 2011.

681- L'évolution du cadre d'exercice de la profession d'infirmier doit être traitée à part, dans la mesure où elle apparaît dominée par la possibilité offerte aux membres du corps professionnel, sous conditions, d'accéder à un exercice en pratique avancée[716]. Peut être ainsi mentionnée l'évolution, après février 2011, de la définition de la pratique professionnelle de la masso-kinésithérapie[717], de la pédicure-podologie[718], de l'orthophonie[719] et de l'orthoptie[720]. Cependant, si certains aspects de ces réformes permettent d'entrevoir ce à quoi pourraient correspondre les futurs métiers en santé de niveau intermédiaire, ces redéfinitions œuvrent surtout à conférer aux corps correspondants une légitimité sur les pratiques que ceux-ci ont développées en marge de leurs champs professionnels respectifs. À cette occasion, les pouvoirs publics leur ont confié des missions élargies en santé, parmi lesquelles figurent des missions de santé publique, et une indépendance relative, puisqu'il semble attendu de ceux-ci qu'ils « exerce(nt) [...] (leur) activité en toute indépendance et en pleine responsabilité »[721]. En outre, l'inscription des formations initiales paramédicales au sein du système universitaire est amorcée. Elle concerne à ce jour les infirmiers[722], les masseurs-kinésithérapeutes[723], les pédicures podologues[724], les manipulateurs d'électroradiologie médicale[725], les techniciens de laboratoire médical[726] et les ergothérapeutes[727] et prend la forme de conventions signées entre les

[716] Pour une étude du dispositif de l'exercice en pratique avancée, *cf.* 2. Le dispositif d'exercice en pratique avancée, p. 244.

[717] Article 144 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, *op. cit.*

[718] Article 124 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, *op. cit.*

[719] Article 126 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, *op. cit.*

[720] Article 131 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, *op. cit.*

[721] Telle est la formule utilisée dans les articles L. 4321-1, L. 4341-1 et L. 4342-1 du Code de la santé publique.

[722] Arrêté du 13 décembre 2018 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier, JORF n° 290 du 15 décembre 2018, texte n° 15.

[723] Décret n° 2015-1110 du 2 septembre 2015, *op. cit.*

[724] Arrêté du 5 juillet 2012 relatif au diplôme d'État de pédicure-podologue, JORF n° 161 du 12 juillet 2012, texte n° 3.

[725] Arrêté du 14 juin 2012 relatif au diplôme d'État de manipulateur d'électroradiologie médicale, JORF n° 159 du 10 juillet 2012, texte n° 11, BO n° 6 du 15 juillet 2012, p. 88.

[726] Arrêté du 17 avril 2018 modifiant l'arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, JORF n° 92 du 20 avril 2018, texte n° 20.

[727] *Ibid.*

équipes pédagogiques des instituts de formation et les instances universitaires, ayant pour objectif d'organiser la sélection des étudiants admis à poursuivre des études dans les instituts paramédicaux et la participation des enseignants universitaires aux enseignements qui y sont dispensés.

682- Ces évolutions apparaissent considérables pour les professions paramédicales, puisqu'elles laissent penser qu'elles constituent des métiers socles à partir desquels pourraient être créés des métiers en santé de niveau intermédiaire. Toutefois, pour atteindre rapidement cet objectif, les pouvoirs publics semblent plutôt privilégier l'option de la valorisation des parcours professionnels.

2. Les évolutions par la valorisation des parcours professionnels

683- La « valorisation des parcours professionnels » constitue l'essence de la proposition n° 4 du rapport des membres de la mission présidée par Laurent HÉNART. La formule doit être appréhendée « en termes de parcours professionnels et d'évolution de carrières »[728], puisqu'elle renvoie à « la pleine application de la démarche de développement professionnel continu et l'affirmation de la validation des acquis de l'expérience pour l'accès au nouveau métier à partir du métier socle »[729]. Pour cette raison, les pouvoirs publics entreprennent rapidement de mettre en œuvre ces deux axes d'évolution pour les professions paramédicales.

684- Le dispositif de « développement professionnel continu » a été institué par l'article 59 la loi du 21 juillet 2009, c'est-à-dire avant la publication du rapport considéré. Ses objectifs principaux sont « l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé »[730]. Si ce développement professionnel continu constitue, au départ, une obligation supposée être à la seule charge des médecins[731], son application est rapidement généralisée. Le 30 décembre 2011, cinq décrets sont édictés en vue de rendre le dispositif applicable à l'égard des médecins[732], des sages-femmes[733], des chirurgiens-dentistes[734], des

---

[728] HÉNART Laurent, BERLAND Yvon, CADET Danielle *et al.*, *op. cit.* p. 50.

[729] *Loc. cit.*

[730] Article L. 4133-1 du Code de la santé publique, dans sa rédaction issue de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, *op. cit.*

[731] En vertu de la lettre de la loi.

[732] Décret n° 2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des médecins, JORF n° 1 du 1er janvier 2012, texte n° 18.

[733] Décret n° 2011-2117 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des sages-femmes, JORF n° 1 du 1er janvier 2012, texte n° 19.

[734] Décret n° 2011-2115 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des chirurgiens-dentistes, JORF n° 1 du 1er janvier 2012, texte n° 17.

pharmaciens[735] et des professionnels paramédicaux[736]. Toutefois, le dispositif n'entre en vigueur, à l'égard de tous, que le 1er janvier 2013. Afin de le rendre effectif, en d'autres termes permettre que tout manquement à celui-ci soit sanctionné, l'obligation de développement professionnel continu est inscrite dans la plupart des codes de déontologie[737]. Il revient donc aux instances ordinales de veiller à la bonne exécution par les membres de leur corps professionnel de cette obligation désormais déontologique.

685- La loi du 26 janvier 2016 opère une refonte complète du dispositif, transféré dans le livre préliminaire de la quatrième partie du Code de la santé publique. À cette occasion, l'obligation de développement professionnel continu est rendue applicable à l'intégralité des professionnels de santé, sans exception et sans distinction entre eux. Les objectifs sont recentrés sur « l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques »[738], ce qui oblige les corps professionnels à s'engager dans une dynamique d'évolution. Cette dernière reste entre leurs mains, puisqu'il est attendu des conseils nationaux professionnels qu'ils soient force de propositions d'« orientations prioritaires de développement professionnel continu prévues à l'article L. 4021-2 [...] (ainsi que de) parcours pluriannuel de développement professionnel continu défini à l'article L. 4021-3 »[739].

686- La validation des acquis de l'expérience (VAE) au titre de la valorisation des parcours professionnels n'est, quant à elle, pas encore prévue au sein de notre système de santé. En effet, si des semblants de VAE ont été institués sous la forme de facilités d'accès offertes aux professionnels paramédicaux désireux d'entreprendre des études universitaires en première ou seconde année de master, ceux-ci ne permettent encore aujourd'hui aucunement l'évolution vers une autre pratique professionnelle.

---

[735] Décret nº 2011-2118 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des pharmaciens, JORF nº 1 du 1er janvier 2012, texte nº 20.

[736] Décret nº 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux, JORF nº 1 du 1er janvier 2012, texte nº 16.

[737] Soit à l'article R. 4127-11 du Code de la santé publique, dans sa rédaction issue du décret nº 2012-694 du 7 mai 2012 portant modification du code de déontologie médicale, JORF nº 108 du 8 mai 2012, texte nº 97., pour le médecin ; à l'article R. 4127-304, dans sa rédaction issue du décret nº 2012-881 du 17 juillet 2012 portant modification du code de déontologie des sages-femmes, JORF nº 166 du 19 juillet 2012, texte nº 12 ; à l'article R. 4312-46, dans sa rédaction issue du décret nº 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers, JORF nº 276 du 27 novembre 2016, texte nº 44 pour l'infirmier ; à l'article R. 4322-38 dans sa rédaction issue du décret nº 2016-1591 du 24 novembre 2016 portant modification du code de déontologie des pédicures-podologues, JORF nº 275 du 26 novembre 2016, texte nº 32. La formule « obligations de formation continue », figurant à l'article R. 4321-62 du Code de la santé publique, au sein la section relative à la « déontologie des masseurs-kinésithérapeutes », n'a aucunement été modifiée depuis son inscription par le décret nº 2008-1135 du 3 novembre 2008, *op. cit.*

[738] Article L. 4021-1 du Code de la santé publique dans sa rédaction issue de la loi nº 2016-41 du 26 janvier 2016, *op. cit.*

[739] Article D. 4021-2 du Code de la santé publique dans sa rédaction issue de la loi nº 2016-41 du 26 janvier 2016, *op. cit.*

687- Ainsi, pour évoluer, les corps paramédicaux doivent dorénavant plutôt s'appuyer sur les deux dispositifs particuliers, dont les membres de la mission présidée par Laurent HÉNART avaient, en février 2011, préconisé la création ou l'extension.

b) Les propositions relatives aux dispositifs propres à déterminer les évolutions futures des professions paramédicales

688- La proposition doctrinale formulée en 2011 par la mission présidée par Laurent HÉNART est à l'origine de la mise en place ou l'extension de deux dispositifs innovants, propres à permettre des évolutions du cadre d'exercice des professions paramédicales, desquelles est supposée résulter l'émergence de métiers en santé de niveau intermédiaire. Ces dispositifs sont constitués, d'une part, de la coopération entre professionnels de santé, instituée par la loi du 21 juillet 2009[740] (1) et, d'autre part, de l'exercice en pratique avancée, créé par la loi du 26 janvier 2016[741] (2).

1. Le dispositif de coopération entre professionnels de santé

689- Les membres de la mission regardent le dispositif de coopération entre professionnels de santé, qui a été institué par l'article 51 de la loi du 21 juillet 2009, comme propre à permettre de créer des « leviers permettant une mise en place exploratoire […] (des) nouveaux modes d'organisation et d'exercice »[742], préalable à l'émergence des nouveaux métiers en santé de niveau intermédiaire. Ainsi, afin d'« explorer le champ possible des métiers »[743] et « promouvoir une dynamique forte autour »[744] de ceux-ci, les auteurs s'accordent à dire qu'il conviendrait de « lancer des programmes nationaux »[745] « ciblés sur quelques grands domaines de santé (tels que la prise en charge des maladies chroniques et du soin aux personnes âgées) et permettant de vérifier sur le terrain (en libéral, en ambulatoire, en établissement) la pertinence ou non de nouveaux métiers en santé et de nouveaux modes d'exercice »[746].

690- Cette dimension nationale est conférée au dispositif en question par l'article 66 de la loi du

[740] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, *op. cit.*

[741] Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, *op. cit.*

[742] HÉNART Laurent, BERLAND Yvon, CADET Danielle *et al.*, *op. cit.* p. 51.

[743] *Ibid.*

[744] *Loc. cit.*

[745] Telle est la formule de la proposition n° 5 du rapport en question.

[746] HÉNART Laurent, BERLAND Yvon, CADET Danielle *et al.*, *op. cit.* p. 52.

24 juillet 2019[747], qui fait des protocoles nationaux de coopération entre professionnels de santé les protocoles de droit commun et relègue les protocoles loco-régionaux à une place secondaire. Ces derniers sont ainsi, désormais, appréhendés de manière résiduelle[748]. En outre, « un comité national des coopérations interprofessionnelles est chargé de la stratégie, de la promotion et du déploiement des coopérations interprofessionnelles. Il propose la liste des protocoles nationaux à élaborer et à déployer sur l'ensemble du territoire, appuie les professionnels de santé dans l'élaboration de ces protocoles et de leur modèle économique et émet un avis sur leur financement par l'assurance maladie »[749]. Il n'est manifestement pas question, ici, de laisser les corps professionnels s'engager dans des expérimentations qui ne s'intègrent pas parfaitement à la dynamique souhaitée par les pouvoirs publics. Les différentes actions se doivent d'être concertées et poursuivre un but commun. C'est notamment pour cette raison que l'organisation, la mise en œuvre et la gestion des opérations élémentaires de la politique nationale de coopération entre professionnels de santé sont confiées à une institution nationale centrale.

691- Cette dernière peut d'ailleurs évaluer la pertinence des protocoles mis en œuvre et « proposer l'intégration des actes dérogatoires dans les compétences réglementaires des professionnels »[750]. Les protocoles nationaux de coopération apparaissent ainsi, aujourd'hui, comme un levier prépondérant pour faire évoluer les professions paramédicales considérées vers de hauts niveaux de compétences. Si cette faculté était offerte sous le régime de la loi du 21 juillet 2009, elle n'a malheureusement pas eu l'essor escompté, ce qui peut notamment être expliqué par le succès qu'ont connu les référentiels d'activités, de compétences et de formation rédigés par les corps paramédicaux. Il n'en demeure pas moins que la mise en place facilitée de protocoles nationaux constitue aujourd'hui une réelle opportunité pour ceux-ci, qui peuvent, au travers des protocoles mis en œuvre, évoluer, obtenir de nouvelles compétences professionnelles et peut-être, *in fine*, quand celle-ci sera créée, intégrer la catégorie des métiers en santé de niveau intermédiaire.

692- Le dispositif de coopération entre professionnels de santé, dans sa forme actuelle, peut ainsi permettre des évolutions notables des exercices professionnels paramédicaux. Cependant, il pourrait très bien lui être préféré un autre dispositif, à savoir le dispositif d'exercice en pratique avancée.

---

[747] *L*oi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, JORF n° 172 du 26 juillet 2019, texte n° 3.

[748] L'article L. 4011-4 du Code de la santé publique dans sa rédaction issue de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 dispose en effet, que « des professionnels de santé travaillant en équipe peuvent, à leur initiative, élaborer un protocole autre qu'un protocole national et qui propose une organisation innovante ».

[749] Article L. 4011-3 du Code de la santé publique dans sa rédaction issue de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019, *op. cit.*

[750] *Ibid.*

2. Le dispositif d'exercice en pratique avancée

693- Affirmant être « soucieuse d'un démarrage rapide et réussi du processus, la mission préconise la création d'une nouvelle profession de niveau intermédiaire, entre médecin et paramédicaux [...] qui répondrait aux caractéristiques suivantes : création, dans quelques domaines prioritaires du soin [...] de compétences jusqu'alors exercées par un médecin, ne justifiant pas le même niveau de formation pour réaliser des activités de diagnostic, de consultation, de prescription »[751]. Pour ce faire, il peut être pris l'exemple, d'après les membres de la mission présidée par Laurent HÉNART, des systèmes de santé étrangers[752], au sein desquels certains professionnels non-médecins exercent des prérogatives qui sont du ressort, dans le système français, du corps médical. Pour les auteurs, rien ne s'oppose en effet à ce qu'une modalité d'exercice étendue, intitulée « exercice en pratique avancée », soit mise en œuvre en France.

694- Cette proposition bénéficie d'un accueil particulièrement favorable de la part des pouvoirs publics, qui consacrent l'exercice en pratique avancée au sein de notre système de santé près de cinq ans plus tard[753]. Ce dispositif trouve sa place au sein de l'article L. 4301-1, article unique du titre préliminaire du livre III de la quatrième partie du Code de la santé publique. Si cette situation remarquable semble conférer à cette nouvelle modalité d'exercice une vocation à s'appliquer à l'intégralité des professions paramédicales, il doit être relevé qu'à ce jour, soit près de cinq ans après son entrée en vigueur, celle-ci n'a été réglementée et mise en œuvre que pour la profession d'infirmier.

695- En outre, il ne doit pas être conclu précipitamment que la création effective des métiers en santé de niveau intermédiaire est survenue avec l'entrée en vigueur du décret du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée[754]. En effet, si ce professionnel paramédical exerce dans ce cas particulier des prérogatives étendues en matière diagnostique et thérapeutique, tel que le dispose désormais l'alinéa 1er du nouvel article D. 4301-1 du Code de la santé publique, « la conduite diagnostique et les choix thérapeutiques sont définis par […] (le) médecin ». Ainsi, « dans le respect du parcours de soins du patient coordonné par le médecin traitant […], l'infirmier exerçant en pratique avancée apporte son expertise et participe […] à l'organisation des parcours entre les soins de premier recours ». Manifestement, les choix et le traitement mis en œuvre dans le

---

[751] HÉNART Laurent, BERLAND Yvon, CADET Danielle *et al., op. cit.* p. 49.

[752] Ces exemples figurent notamment dans un rapport de l'OCDE, *cf.* DELAMAIRE Marie-Laure et LAFORTUNE Gaétan, « Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, 31 août 2010, n° 54.

[753] Article 119 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, *op. cit.*

[754] Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018, *op. cit.*

cadre de l'exercice en pratique avancée restent de la compétence exclusive du corps médical. La qualité « intermédiaire » peut donc être interrogée[755], d'autant plus que « les actes techniques et […] les actes de suivi et de prévention (requis dans les prises en charge doivent nécessairement être) inscrits sur les listes établies par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine »[756].

696- Il faut cependant reconnaître l'intérêt du dispositif, susceptible de permettre d'apporter une réponse rapide aux difficultés rencontrées par l'organisation de la dispensation des soins en santé. En effet, à bref délai, les professionnels paramédicaux en pratique avancée pourraient constituer une partie de la solution à l'inégal accès aux soins, en assurant les soins en santé les plus courants. Le quotidien des médecins généralistes s'en trouverait nettement amélioré et ceux-ci auraient dès lors plus de temps à consacrer aux patients dont les prises en charge sont complexes. L'intégration de la « médecine 5P » dans notre système de santé, c'est-à-dire celle qui se veut prédictive, préventive, personnalisée, participative et fondée sur les preuves établies d'un service rendu au patient, et qui nécessite tant du temps que de l'expertise médicale, serait, à ce titre, grandement facilitée[757].

697- En l'état, cette évolution ne semble donc vraisemblablement pas être en mesure de constituer une réponse pertinente aux difficultés structurelles de notre système de santé, soit, principalement, à l'insuffisance du temps médical. En effet, si l'organisation de la dispensation des soins en santé reste médico-centrée[758], la charge supportée par les médecins ne peut que se trouver exacerbée par la mise en œuvre des exercices en pratique avancée. À cet égard, dans le cas de l'exercice infirmier, le contrôle *a priori* opéré par l'intermédiaire de la prescription médicale se trouve simplement remplacé par un protocole d'organisation des soins, qui comprend « 1° Le ou les domaines d'intervention concernés ; 2° Les modalités de prise en charge [...] des patients qui lui sont confiés ; 3° Les modalités et la régularité des échanges d'information entre le médecin et l'infirmier […] ; 4° Les modalités et la régularité des réunions de concertation pluriprofessionnelle destinées à échanger sur la prise en charge des patients concernés ; 5° Les conditions de retour du patient vers le médecin, notamment dans les situations prévues aux articles R. 4301-5 et R. 4301-6 »[759]. Il revient également au médecin d'échanger régulièrement avec l'infirmier, qui ne manquera d'ailleurs

[755] À ce stade, la question demeure. Quelles sont les spécificités attendues d'un métier en santé de niveau intermédiaire ?

[756] Article D. 4301-3 du Code de la santé publique.

[757] Pour une réflexion sur l'émergence de la médecine dite « 5P », *cf.* 2. Une évolution exigée par la médecine dite « 5P », p. 288.

[758] Pour une mise en évidence du caractère médico-centré de l'organisation de la dispensation des soins en santé en France, *cf.* a) Une organisation de la dispensation des soins en santé encore sous contrôle médical, p. 290.

[759] Article D. 4301-4 du Code de la santé publique.

pas de le solliciter lorsqu'il « constate(ra) une situation dont la prise en charge dépasse son champ de compétences »[760], c'est-à-dire lorsque l'état de santé se dégrade. En outre, le médecin devra participer aux nombreuses réunions interprofessionnelles. Dès lors, si les interventions du médecin auprès du malade sont moins fréquentes, le rôle de coordination assuré par celui-ci s'avère bien plus chronophage qu'auparavant. Dans ces conditions, on peut douter que l'institution d'exercices en pratique avancée permette de faire gagner l'organisation de la dispensation des soins en santé en efficience.

698- Manifestement, la proposition doctrinale formulée en 2011 par les membres de la mission présidée par Laurent HÉNART a posé les fondements des évolutions qu'ont connues, mais également celles que devraient être amenées à connaître, les professions paramédicales. Sa pérennité ne fait aucun doute. Celle-ci s'explique notamment par les motifs qui la sous-tendent, qui eux-mêmes, malgré le temps, restent parfaitement pérennes.

[760] Article D. 4301-5 du Code de la santé publique.

Paragraphe 2 : Une proposition hautement pertinente au regard de la pérennité de certaines difficultés rencontrées par notre système de santé

699- La pertinence actuelle de la proposition doctrinale formulée par les membres de la mission présidée par Laurent HÉNART en février 2011 procède vraisemblablement de la pérennité des motifs qui la sous-tendent. Afin de justifier cette affirmation et en tirer toutes les conséquences qui s'imposent, il doit être étudié, dans un premier temps, les besoins en compétences professionnelles qui résultent de l'écart, en termes de durée de formation, entre les médecins et les professionnels paramédicaux et justifient pleinement la création de métiers de niveau intermédiaire (A), puis exposé, dans un second temps, le déséquilibre entre l'offre en professionnels de santé et la demande de soins en santé que les pouvoirs publics ne parviennent pas à résoudre (B).

A. Une pertinence détachée de l'exposé précis des besoins en compétences professionnelles

700- Au début des années 2000, de nombreux rapports publics soulignent les difficultés engendrées par l'organisation duale et rigide des professions de santé. L'opposition constante qu'elle réalise entre les professions médicales et les professions paramédicales et la différence de prérogatives rattachées à chacune des deux catégories sont considérées comme la source de dissensions majeures entre les corps professionnels. Surtout, elle est appréhendée comme un obstacle dirimant à la formalisation d'une réponse efficace aux besoins en compétences professionnelles, auxquels les pouvoirs publics ne cessent d'imputer la perte d'efficience du système de santé.

701- Rapidement, la création de métiers en santé de niveau intermédiaire est regardée comme une éventuelle solution aux difficultés rencontrées. La question des besoins en compétences qu'une telle création comblerait devient alors essentielle, puisque la détermination de ces derniers apparaît comme un préalable nécessaire à toute action publique en ce sens. C'est notamment dans cet objectif que la mission présidée par Laurent HÉNART est créée. Cependant, contrairement à ce qu'il leur est demandé, les membres de la mission exposent une proposition méthodologique qui fait l'impasse sur la question de la détermination des besoins en compétences professionnelles présentés par notre système de santé.

702- Il est ainsi proposé de présenter, dans un premier temps, la manière dont les pouvoirs publics appréhendent, au cours des années 2000, les besoins en compétences professionnelles (a), puis d'expliquer, dans un second temps, les raisons pour lesquelles les membres de la mission présidée par Laurent HÉNART éludent totalement la question de la détermination des besoins considérés (b).

a) L'émergence d'une réflexion sur les besoins en compétences professionnelles

703- La création de métiers en santé de niveau intermédiaire constitue une proposition de nature à bouleverser totalement l'organisation de notre système de santé, dans la mesure où l'institution d'un échelon intermédiaire entre les professions médicales et les professions paramédicales remettrait en cause le caractère originel et dual de l'organisation des professions de santé. Cette proposition doctrinale devrait donc être consécutive à une longue réflexion publique concertée par laquelle ont été préalablement dégagés les besoins en compétences professionnelles auxquels il doit être répondu. Malheureusement, il n'en est rien.

704- Afin de le démontrer, doit tout d'abord être mise en exergue la manière dont les pouvoirs publics appréhendent, avant l'année 2011, les besoins en compétences professionnelles présentés par notre système de santé. À cet effet sera étudié, dans un premier temps, comment émerge dans le débat public la question des besoins en compétences professionnelles (1), puis seront exposée, dans un second temps, la manière dont évolue la réflexion relative à cette problématique publique suite à l'institution du dispositif de coopération entre professionnels de santé (2).

1. Une réflexion amorcée en 2002

705- La réflexion sur la création de nouveaux métiers en santé devient une priorité gouvernementale en France à la fin de l'année 2002, lorsque le ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, Jean-François MATTÉI, confie au Professeur Yvon BERLAND la direction d'une mission d'études et de propositions relatives à la démographie des professions de santé. L'évolution récente de cette dernière est en effet source d'inquiétudes, notamment en raison de ses conséquences sur l'accès aux soins de la population française. Le ministre en exercice invite alors les membres de la mission à formuler des propositions sur six thèmes que sont l'harmonisation et l'analyse des données démographiques quantitatives existantes, l'organisation et le contenu de l'activité des professionnels, les modalités d'exercice et d'installation des médecins, les conditions de coopération entre médecins du secteur public et du secteur privé, les conséquences de la libre

circulation des professionnels de santé dans l'espace européen et les conditions de formation des futurs médecins.

706- En matière d'organisation et de contenu de l'activité des professionnels de santé, le rapport présenté en novembre 2002 dénonce « les chevauchements observés entre activités parmi plusieurs professions de santé (lesquels) constituent des redondances inutiles et des pertes d'efficacité auxquelles il convient de remédier »[761]. De nombreux corps paramédicaux ont en effet développé, depuis le début des années 1990, des pratiques aux limites du cadre réglementaire de leurs exercices professionnels, souvent au détriment des autres corps paramédicaux. L'état de concurrence qui en résulte est regardé comme hautement préjudiciable au système de santé. En effet, celui-ci trouble la place que chacun est voué à occuper dans l'organisation de la dispensation des soins en santé et nuit à la relation pacifiée des corps professionnels participant à l'action publique en santé. Ainsi, afin de satisfaire les corps concernés et, par ailleurs, tenter de répondre à l'insuffisance de temps médical, les membres de la mission s'interrogent sur l'opportunité d'instituer un dispositif par lequel pourrait être opéré le transfert de compétences entre les professionnels de santé. Cependant, rapidement, l'organisation cloisonnée du système de santé, qui rend impossible l'exercice de prérogatives médicales par des professionnels paramédicaux, est dénoncée. La redéfinition des missions confiées aux différents professionnels de santé apparaît ainsi comme une nécessité à laquelle il convient de remédier.

707- À cette date, les besoins en compétences professionnelles sont assez clairement identifiés. Mis en exergue par une analyse synchronique de l'organisation des professions de santé, qui révèle l'inadéquation des pratiques étendues des professionnels paramédicaux avec le cadre réglementaire de leur exercice professionnel, ces besoins correspondent aux compétences mises en œuvre par les corps professionnels paramédicaux, pour l'exercice desquels ceux-ci n'ont pas encore été habilités. C'est d'ailleurs à l'aune de ces compétences que l'auteur justifie de la nécessité d'instituer un dispositif de transfert de compétences entre professionnels de santé. Le Professeur Yvon BERLAND ne s'interroge donc pas sur les carences en compétences professionnelles présentées par le système de santé, pas plus que sur l'opportunité de créer une catégorie intermédiaire de professionnels de santé. Pour lui, c'est la prééminence du corps médical sur tous les autres professionnels de santé qui est préjudiciable. Toutefois, s'il affirme que les Docteurs en médecine « doivent intervenir là où leur compétence est indispensable […] (et) déléguer certaines activités à d'autres professions médicales ou paramédicales »[762], il prend le soin, avec immédiateté, de bien préciser que ces

[761] BERLAND Yvon, GAUSSERON Thierry *et al., op. cit.* p. 94.

[762] *Ibid*. p. 95.

professionnels paramédicaux constituent à l'égard des membres du corps médical « leurs auxiliaires naturels »[763].

708- Dès lors, le rapport de novembre 2002 amorce la réflexion sur les besoins en compétences professionnelles, appréhendés à cette date comme les compétences qui doivent être confiées aux corps paramédicaux aux fins de faire correspondre le cadre réglementaire de leurs exercices professionnels aux compétences effectivement exercées au quotidien par ceux-ci. Cependant, cette réflexion prend une tournure bien plus prospective à mesure que les pouvoirs publics réfléchissent à l'institution d'un dispositif de coopération et de transfert de compétences entre les professionnels de santé.

2. Une réflexion alimentée par le dispositif de coopération entre professionnels de santé

709- À la fin de l'année 2002, l'idée d'un dispositif juridique par lequel des compétences peuvent être transférées entre les membres du corps médical et certains professionnels paramédicaux s'impose dans l'esprit des pouvoirs publics. Ainsi, le 20 mars 2003, le ministre en charge de la Santé demande au Professeur Yvon BERLAND de mener une analyse approfondie de « l'organisation des soins, et notamment […] (des) coopérations qu'il semble possible de développer entre les différentes professions de santé »[764]. Dans ce nouveau rapport, publié en octobre 2003 et au nom évocateur de « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences », l'auteur établit un lien entre la délégation d'actes médicaux aux professionnels paramédicaux et l'avènement de métiers en santé de niveau intermédiaire. S'il ne qualifie pas explicitement ces derniers en tant que tels, il présente cependant des exemples de « nouveaux métiers de soins » qu'il conviendrait de créer, tels que les infirmiers cliniciens spécialistes, les diététiciennes de soins, les coordonnateurs du handicap et les psychologues praticiens[765].

710- Ce faisant, le Professeur Yvon BERLAND fait évoluer la manière dont les pouvoirs publics conçoivent les besoins en compétences professionnelles. En effet, la formule ne renvoie alors plus uniquement aux compétences qui sont d'ores et déjà exercées dans le système de santé et qu'il conviendrait de transférer entre les membres de corps professionnels existants, ce afin de faire correspondre leurs pratiques quotidiennes au cadre réglementaire de leurs exercices professionnels.

---

[763] *Ibid*. p. 96.

[764] Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, *Lettre de mission*, 20 mars 2003, *in* : BERLAND Yvon, *Coopération des Professions de santé : le transfert de tâches et de compétences*, Paris, La Documentation française, octobre 2003.

[765] *Ibid.* p. 49-53.

Les besoins en compétences professionnelles renvoient désormais aux carences en compétences professionnelles qui sont dénoncées comme préjudiciables à l'efficience du système de santé. Le transfert de compétences est dès lors regardé comme le dispositif propre à permettre de conduire les expérimentations nécessaires en matière d'exercice de prérogatives professionnelles, répondre aux besoins constatés et *in fine* garantir l'évolution et la pérennité de notre système de santé.

711- Alors qu'il est considéré « indispensable et urgent d'envisager le transfert de compétences »[766], le 7 janvier 2004, le gouvernement en exercice présente devant le Sénat un amendement au projet de loi relative à la politique de santé publique, visant l'institution au sein de notre système de santé d'un tel dispositif. Adopté, l'amendement est à l'origine de l'article 131 de la loi du 9 août 2004[767], lequel ouvre la possibilité pour les membres du corps médical, dans des conditions définies par arrêté, de confier à des professionnels de santé paramédicaux certains actes réservés. Les cinq premières expérimentations[768] ont « le mérite de démontrer la faisabilité, en toute sécurité pour les patients, de la délégation de tâches dans les domaines et contextes abordés »[769]. Les résultats obtenus sont évalués comme bénéfiques pour les patients « par rapport à la pratique médicale habituelle ».

712- Une étape est franchie avec la loi du 21 juillet 2009[770], qui entérine la généralisation de la coopération entre professions de santé, mais limite l'organisation des expérimentations à l'échelon régional. Si le transfert de compétences est voué à faire évoluer les professions paramédicales, puisque le nouvel article L. 4011-2 du Code de la santé publique permet l'extension d'un protocole validé à tout le territoire national, ainsi que son intégration directe « à la formation initiale et/ou au développement professionnel continu des professionnels de santé » concernés, les besoins en compétences auxquels ces transferts doivent apporter une réponse ne sont pas clairement explicités. Pour cause, la détermination de ces besoins apparaît comme une question épineuse. Il n'est donc pas surprenant qu'ils ne soient pas plus identifiés deux ans plus tard, dans le rapport de la mission présidée par Laurent HÉNART.

---

[766] *Ibid.* p. 45.

[767] Loi n° 2004-806 du 9 août 2004, *op. cit.*

[768] Arrêté du 13 décembre 2004 relatif à la coopération entre professionnels de santé, JORF n° 10 du 13 janvier 2005, texte n° 20.

[769] BERLAND Yvon et BOURGUEIL Yann, *Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé*, Paris, La Documentation française, juin 2006.

[770] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, *op. cit.*

b) Une proposition éludant la question de la détermination des besoins en compétences professionnelles

713- Les besoins en compétences constituent une notion bien présente dans l'esprit des pouvoirs publics. Si ceux-ci n'y font qu'exceptionnellement référence de manière explicite, bon nombre de leurs actions sont entreprises dans le but principal d'y répondre. C'est notamment le cas de celles qui tendent à la création de métiers en santé de niveau intermédiaire. D'ailleurs, dans la lettre de mission adressée à Laurent HÉNART, les ministres commanditaires ont bien demandé explicitement à celui-ci de déterminer « les situations dans lesquelles des professionnels "intermédiaires" pourraient améliorer l'accès, la coordination ou la qualité des soins […] l'ampleur des besoins en compétences ou en qualifications […] (et) les spécialisations à créer ou à développer »[771].

714- Or, si les pouvoirs publics peuvent aisément envisager, d'un point de vue théorique, la création de métiers en santé de niveau intermédiaire en raison des besoins en compétences professionnelles auxquels il convient de répondre, ces derniers restent particulièrement difficiles à déterminer. C'est notamment pour cette raison que les membres de la mission par Laurent HÉNART éludent, dans leur rapport, la question de la détermination des besoins en compétences à combler.

715- Afin de démontrer ce dernier propos, il apparaît nécessaire d'étudier, dans un premier temps, le lien étroit qui unit la consécration des métiers en santé de niveau intermédiaire et les besoins en compétences professionnelles (1), avant d'exposer, dans un second temps, les difficultés inhérentes à la détermination des besoins considérés (2).

1. Des besoins en compétences professionnelles justifiant la création de métiers en santé de niveau intermédiaire

716- La nécessité de faire évoluer certaines professions paramédicales vers un niveau intermédiaire est expressément affirmée au cours de l'année 2008. En effet, alors qu'il n'en est fait nulle mention dans leur rapport d'étape de janvier 2007[772], la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé (ONDPS) font état, dans leur rapport d'avril 2008, du besoin de « développer l'offre de formation, notamment vers des niveaux de

[771] Ministère de la Santé et des Sports, Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, *Lettre de mission*, *op. cit.*

[772] Haute Autorité de Santé, *Délégation, transfert, nouveaux métiers… Conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé, Rapport d'étape* [en ligne], publié en janvier 2007, [consulté le 25 septembre 2018], https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/rapport_etape_cooperation.pdf/

qualification intermédiaires »[773], au motif que « les formations proposées [...] sont marquées par un écart important en termes de durée (9 à 11 ans pour les médecins et 3 ans le plus souvent pour les auxiliaires médicaux) et de nature de l'enseignement dispensé (universitaire avec un cursus de recherche pour certaines professions, professionnel pour les auxiliaires médicaux et les sages-femmes sans possibilité d'évolution autre que managériale). Cette organisation singulière – les autres professions étant généralement structurées autour d'un continuum de qualification (brevet professionnel, technicien, ingénieur, docteur) – ne reconnaît que très partiellement le besoin en qualifications intermédiaires »[774].

717- Il s'agit du premier rapport public dans lequel apparaît, quoique timidement, la formule « niveau intermédiaire » dans son application aux professions de santé. La création de métiers en santé de niveau intermédiaire apparaît justifiée, de prime abord, par l'interstice en compétences laissé vacant entre les professions médicales et les professions paramédicales, lesquelles sont caractérisées, du moins dans ce rapport, par le nombre d'années d'études conduisant au diplôme correspondant. Bien qu'ils ne soient pas explicitement mentionnés, il est question ici des besoins en compétences professionnelles présentés par notre système de santé. Leur réalité fait d'ailleurs l'objet d'un consensus implicite, qui empêche, à partir de 2008, les pouvoirs publics d'éluder utilement la question de la création de métiers en santé de niveau intermédiaire.

718- La ministre de la Santé et des Sports et la ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche en exercice, respectivement Roselyne BACHELOT-NARQUIN et Valérie PÉCRESSE, confient le 18 mai 2010 à Laurent HÉNART, député de la première circonscription de Meurthe-et-Moselle, la présidence d'une commission à laquelle sont conviés le Professeur Yvon BERLAND, Professeur de médecine, et Danielle CADET, coordinatrice générale des soins à l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris. Dans la lettre de mission, les ministres chargent les membres de la mission de conduire une réflexion, notamment, sur « l'ampleur des besoins en compétences ou en qualifications […] (du système de santé et, subséquemment,) les spécialisations à créer ou à développer »[775]. En tout état de cause, si le rapport remis aux commanditaires en février 2011[776] ne répond pas à cette demande, c'est certainement en raison des difficultés qui entourent la détermination précise des besoins en compétences professionnelles qu'il conviendrait de combler.

---

[773] Haute Autorité de Santé, *Délégation, transfert, nouveaux métiers… Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ?* [en ligne], publié le 16 avril 2008, [consulté le 28 septembre 2018], https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/reco_cooperation_vvd_16_avril_2008_04_16_12_23_31_188.pdf/

[774] *Ibid.* p. 20.

[775] Ministère de la Santé et des Sports, Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, *Lettre de mission*, *op. cit.*

[776] HÉNART Laurent, BERLAND Yvon, CADET Danielle *et al., op. cit.*

2. Des besoins en compétences excessivement difficiles à déterminer

719- Si, pour les membres de la mission présidée par Laurent HÉNART, la création de métiers en santé de niveau intermédiaire constitue désormais une nécessité impérative[777], ceux-ci se font taisant sur les besoins en compétences professionnelles qui justifient une telle création[778]. Pour cause, la détermination précise de ces besoins en compétences constitue un exercice périlleux. Deux points permettent de justifier ce propos.

720- Tout d'abord, accepter de déterminer des besoins en compétences professionnelles contraint à admettre que l'organisation de la dispensation des soins en santé présente un certain nombre de lacunes auxquelles il doit nécessairement être remédié. Or, ce constat inaugural laisse par lui-même entendre qu'il existe une relative inadaptation des moyens en santé mis en œuvre par rapport aux soins nécessités par l'état de santé de la population française. Puisque cette analyse ne saurait conclure à l'échec partiel des pouvoirs publics en matière de santé publique, la situation ne peut dès lors être imputée qu'aux corps professionnels existants, habilités à délivrer les soins correspondants. En effet, il ne peut être considéré qu'un besoin en compétences professionnelles se crée *ex nihilo*, sans correspondre, de près ou de loin, à l'exercice d'une profession paramédicale d'ores et déjà existante[779]. La proposition de conforter les métiers socles, dont il est souhaité tirer tout le potentiel, abonde en ce sens. Dès lors, l'état des lieux des besoins en compétences ne peut avoir pour objet ou pour effet que de mettre en exergue les insuffisances des corps professionnels existants. En cela, la détermination de ces besoins s'avère problématique, pour ne pas dire extrêmement polémique.

721- Par ailleurs, préciser les besoins en compétences professionnelles au travers de l'étude de l'organisation de la dispensation des soins en santé oblige, dans une certaine mesure, à préciser *a posteriori* le corps professionnel le plus à même d'y répondre et les prérogatives et compétences en santé à confier. Or, à l'aune du climat de concurrence implicite qui règne entre les différents corps des praticiens en santé, cette détermination apparaît en elle-même malaisée. C'est notamment pour cette raison que les membres de la mission présidée par Laurent HÉNART font valoir, au titre des exemples de besoins en compétences professionnelles, « des expériences étrangères de montée en compétence infirmière et d'évolution de leur rôle dans le système de soins »[780].

722- En tout état de cause, la détermination des besoins en compétences professionnelles apparaît

---

[777] *Ibid.* p. 7.

[778] Les ministres commanditaires avaient nommé la mission notamment à cette fin.

[779] Toutefois, certains besoins, notamment révélés par les nouvelles pratiques médicales, peuvent requérir un haut niveau de compétences techniques et fonder la consécration d'un nouveau métier de santé de niveau intermédiaire. Celui-ci ne peut toutefois résulter de l'évolution d'un corps professionnel paramédical existant.

[780] Tel est l'intitulé du titre n° 3 de la deuxième partie du rapport en question.

particulièrement délicate. Ainsi, si ceux-ci justifient pleinement la consécration de métiers en santé de niveau intermédiaire, ils ne peuvent aucunement être utilisés pour déterminer de manière précise un nouveau métier en santé à créer. Les membres de la mission présidée par Laurent HÉNART en ont déjà parfaitement conscience. Ainsi font-ils plutôt le choix de fonder leur proposition doctrinale sur le déséquilibre qui s'est durablement établi entre l'offre en professionnels de santé et la demande de soins en santé.

B. Une pertinence remarquable au regard de l'inadaptation pérenne de l'offre en professionnels de santé aux besoins en santé

723- Au soutien de leur proposition, les membres de la mission font valoir que « les besoins de la population, le coût de la santé par habitant et la démographie des professionnels constituent les facteurs principaux des changements à venir »[781]. De cette manière, ils exposent, d'une manière plus ou moins explicite, les principales difficultés rencontrées par notre système de santé qui justifient la création des métiers en santé de niveau intermédiaire.

724- Ainsi, dans la perspective de démontrer que cette création reste un sujet d'actualité brûlant que l'analyse prospective de la profession de masseur-kinésithérapeute ne peut raisonnablement éluder, il est proposé de se pencher sur la pérennité des difficultés rencontrées par notre système de santé, lesquelles consistent en la confrontation de la demande de soins en santé (A) et l'offre en professionnels de santé (B).

a) Une demande de soins toujours croissante

725- Selon les membres de la mission présidée par Laurent HÉNART, « l'émergence des pathologies liées au vieillissement, avec en corollaire celles inhérentes à la dépendance, le développement des maladies chroniques et les enjeux de santé publics »[782] font progresser de manière constante la demande de soins de la population française. Dans la mesure où celle-ci justifie, avec l'insuffisance de l'offre en professionnels de santé, la création de métiers en santé de niveau intermédiaire, il importe d'étudier la manière dont elle tend à évoluer.

726- À cette fin, il convient de procéder à l'étude de la composante démographique de la demande

[781] HÉNART Laurent, BERLAND Yvon, CADET Danielle *et al*., *op. cit.* p. 17.

[782] *Loc. cit.*

de soins en santé (1), puis d'analyser sa composante économique (2).

1. Une croissance de la demande étayée par une étude démographique

727- Dans la mesure où ce développement vise à démontrer que les motifs qui fondent la proposition doctrinale formulée en 2011 sont toujours d'actualité, l'étude relative aux besoins en santé de la population française qui y est réalisée peut être circonscrite aux seuls facteurs mentionnés dans le rapport en question, à savoir la démographie de la population française, le vieillissement des individus la constituant et l'émergence de pathologies liées au vieillissement.

728- Les « besoins en santé », définis comme « l'écart entre un état de santé constaté et un état de santé souhaité par la collectivité ou ses représentants »[783], constituent une notion complexe dont la quantification offre bien des écueils. Si elle procède nécessairement d'« un véritable choix politique, éthique, philosophique qui doit s'adapter au lieu et au moment »[784] et correspond aux priorités collectives contemporaines, elle reste essentiellement corrélée à la démographie de la population française. De manière inévitable, toute augmentation du nombre d'individus résidant en France accroît la demande de soins en santé. Or, la France comptabilisait au 1er janvier 2011 un total de 64,93 millions d'habitants. La population française s'établit au 1er janvier 2020 à 67,06 millions d'habitants[785]. Ainsi, depuis la publication du rapport de la mission présidée par Laurent HÉNART, la population française a augmenté de près de 3,28 %. Selon les différentes projections effectuées par l'INSEE, cette tendance devrait perdurer, puisque la Direction générale rattachée au ministère de l'Économie et des Finances prévoit qu'à l'horizon 2070 notre nation comptabilisera près de 76,45 millions d'habitants[786], ce qui représente, à l'aune du chiffre de 2020, une augmentation supplémentaire de près de 14 %.

729- Concernant le vieillissement de la population française, son étude peut vraisemblablement prendre pour base l'évolution du nombre d'individus résidant en France dont l'âge dépasse la limite

---

[783] CASES Chantal et BAUDEAU Dominique, « Peut-on quantifier les besoins de santé ? », *Dossiers Solidarité et Santé, DREES*, 2004, n° 1, p. 18.

[784] *Ibid.*

[785] Institut national de la statistique et des études économiques, *Estimations de population – Part des 60 ans ou plus – France* [en ligne], publié le 27 avril 2011, [consulté le 26 février 2020], https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/001740941/

[786] BLANPAIN Nathalie et BUISSON Guillemette, « Projections de population 2013-2070 pour la France : méthode et principaux résultats », *Documents de travail de l'INSEE*, novembre 2016, n° 1606.

de soixante ans[787]. Du 1er janvier 2011 au 1er janvier 2021[788], cette catégorie d'âge est passée de 23 % à 26,8 % de la population totale, soit une augmentation de 3,8 % en dix ans. Manifestement, le vieillissement de la population française est une réalité qui ne fait plus débat. D'ailleurs, l'INSEE estime qu'au 1er janvier 2070 près de 34,5 % des résidants français auront plus de soixante ans[789] et qu'en comparaison à l'année 2016, treize fois plus d'individus seront centenaires en 2070[790].

730- En tout état de cause, le Conseil économique et social a déjà interpellé les pouvoirs publics sur les conséquences économiques liées au vieillissement, dénonçant « l'accroissement des situations de dépendance physique et psychique qui en résultera […] phénomène inéluctable qui doit être anticipé »[791]. Il convient ainsi de s'intéresser à la composante économique de la demande de soins en santé.

2. Une croissance de la demande étayée par une étude économique

731- Selon les membres de la mission présidée par Laurent HÉNART, le coût de la santé constitue un « des facteurs principaux des changements à venir »[792]. Il est donc à déplorer que ceux-ci n'aient pas exploré les conséquences économiques prévisibles de la création des métiers en santé. En effet, si cette dernière est présentée comme impérative, c'est justement parce qu'elle est supposée conférer à l'organisation de la dispensation des soins en santé plus d'efficience et, subséquemment, pouvoir influencer de manière favorable le déséquilibre des finances de l'Assurance maladie. À ce titre, il doit être étudié l'évolution de la Consommation de biens et de services médicaux (CSBM), agrégat complexe établi chaque année par la Direction de recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), au regard du Produit intérieur brut (PIB), agrégat constitutif de l'indicateur principal de la mesure du « résultat final de l'activité de production des unités productrices

[787] L'âge qui constitue la limite est variable selon les rapports établis par l'INSEE. Pour un exemple concret, mettre en opposition ROBERT-BOBÉE Isabelle, « Projections de la population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050, La population continue de croître et le vieillissement se poursuit » , *INSEE Première*, juillet 2006, nº 1089 ; JULIACHS Sylvain et BOUVET Sandra, « Démographie, Baisse et vieillissement de la population » , *INSEE Dossier Auvergne-Rhône-Alpes*, décembre 2018, nº 5.

[788] Institut national de la statistique et des études économiques, *Estimations de population – Part des 60 ans ou plus – France*, *op. cit.*

[789] BLANPAIN Nathalie et BUISSON Guillemette, « Projections de la population à l'horizon 2070, Deux fois plus de personnes de 75 ans ou plus qu'en 2013 », *INSEE Première*, novembre 2016, nº 1619, p. 1.

[790] BLANPAIN Nathalie et BUISSON Guillemette, « 21 000 centenaires en 2016 en France, 270 000 en 2070 ? », *INSEE Première*, novembre 2016, nº 1620, p. 3.

[791] COQUILLION Michel, *L'impact de l'allongement de la durée de vie sur les systèmes d'aides et de soins*, Paris, La Documentation française, 26 septembre 2007, p. 39.

[792] HÉNART Laurent, BERLAND Yvon, CADET Danielle *et al.*, *op. cit.* p. 17.

résidentes »[793]. Ce rapport permet notamment de mettre en exergue le lien entre l'accroissement de la CSBM et le financement des biens et services médicaux.

732- La CSBM dans le PIB est passée de 2,6 % à 9,1 % entre 1950 et 2010[794], ce qui correspond à une augmentation de 350 % en soixante ans. Dans les années qui ont suivi 2010, cette part s'est relativement stabilisée. Elle s'établit pour l'année 2019 à 8,6 %[795]. Les membres de la mission présidée par Laurent HÉNART ont ainsi eu raison de souligner le risque d'exacerbation du déséquilibre des finances de l'Assurance maladie résultant du « contexte de vieillissement de la population et de progrès technologique »[796]. Ce point de vue ne leur est pas propre. Les auteurs reprennent ici à leur compte les conclusions du rapport de la Direction générale du Trésor et de la politique économique, publié en juillet 2009, selon lequel « l'impact du vieillissement sur la dépense de santé devrait être compris entre 1⁄2 et 2 1⁄2 points de PIB d'ici 2050, selon que la santé des seniors ira spontanément en s'améliorant ou qu'au contraire les soins aux personnes âgées s'intensifient »[797].

733- Les soins en santé délivrés aux personnes âgées, toujours plus nombreuses au cours des dernières décennies, impacteront en effet manifestement les finances de la Sécurité sociale, notamment en raison du coût des technologies que nécessite leur prise en charge. Il ne peut en être vraisemblablement autrement. En outre, le coût de la santé par habitant reste en nette augmentation. En effet, après une baisse relative dans les années 2009-2010, cet indice est reparti à la hausse et a évolué de 2 698 € par habitant en 2010[798] à 3 102 € en 2019[799], soit une augmentation de 14,97 % en neuf ans.

734- La démonstration de l'actualité des motifs développés en 2011 par les membres de la mission présidée par Laurent HÉNART trouve dans ces chiffres un argument notable. En outre, ceux-ci doivent être mis en perspective avec l'offre en professionnels de santé, qui s'avère déjà en 2011 bien insuffisante.

---

[793] Selon la définition donnée par l'Institut national de la statistique et des études économiques.

[794] LE GARREC Marie-Anne, KOUBI Malik et FENINA Annie, « 60 années de dépenses de santé, Une rétropolation des Comptes nationaux de la santé de 1950 à 2010 », *Études & résultats, DREES*, février 2013, nº 831.

[795] MARC Céline, HÉAM Jean-Cyprien, MIKOU Myriam et PORTELA Mickaël, « Les dépenses de santé en 2019, Résultats des comptes de la santé, Édition 2019 », *Panorama de la DREES*, 2020.

[796] *Ibid.*

[797] ALBOUY Valérie, BRETIN Emmanuel, CARNOT Nicolas et DEPREZ Muriel, « Les dépenses de santé en France : déterminants et impact du vieillissement à l'horizon 2050 », *Les cahiers de la DGTPE*, juillet 2019, nº 11, p. 3.

[798] FENINA Annie, LE GARREC Marie-Anne et KOUBI Malik, « Les comptes nationaux de la santé en 2010 », *Études & résultats, DREES*, septembre 2011, nº 773, p. 2.

[799] MARC Céline, HÉAM Jean-Cyprien, MIKOU Myriam et PORTELA Mickaël, *op cit.* p. 8.

b) Une offre en professionnels de santé toujours insuffisante

735- Selon les membres de la mission présidée par Laurent HÉNART, en 2011, le nombre insuffisant de médecins en activité et leur répartition disparate sur le territoire national sont, en grande partie, responsables d'une densité médicale inadaptée aux besoins en santé de la population.

736- Pour cette raison, il est proposé d'étudier la conception organisationnelle de l'offre de soins[800] et d'exposer successivement sa composante démographique (1) et sa composante géographique (2).

1. Une insuffisance étayée par une étude démographique

737- Dans leur rapport publié en 2011, les membres de la mission considèrent que la démographie déficitaire des professionnels de santé constitue un des facteurs altérant de manière significative l'efficience de notre système de santé.

738- Il doit leur être donné raison. En effet, après une augmentation de la démographie médicale « active »[801] durant la période 1979-2008 de 204,22 %[802], soit 6,81 % par an en moyenne, celle-ci connaît depuis 2009 une stagnation relative, diminuant de près de 0,04 % en neuf ans[803]. Cependant, cette mesure « absolue » de la démographie médicale apparaît dans une certaine mesure trompeuse, car elle ne permet pas à elle seule d'appréhender correctement l'offre en professionnels de santé[804]. Doit donc être également considérée la démographie en question à l'aune de la croissance de la population française, qui est de 3,40 % durant la même période. Cette mise en perspective révèle alors une évolution fortement déficitaire du nombre « relatif » de médecins en exercice, propre à conduire à un déséquilibre pernicieux entre la demande de soins et l'offre en professionnels de santé. D'ailleurs, ce déséquilibre devrait s'exacerber dans les prochaines années, dans la mesure où la cessation d'activité de nombreux médecins est prévisible, eu égard à la multiplication par six,

---

[800] APOLLIS Benoît, « L'accès aux soins et la loi du 26 janvier 2016 », *RDSS*, 2016, p. 673.

[801] Il est toutefois à noter que, selon les auteurs du rapport, l'activité totale est composée des médecins en activité régulière, des médecins remplaçants ainsi que des médecins temporairement sans activité.

[802] LEBRETON-LEROUVILLOIS Gwénaëlle, Conseil national de l'Ordre des médecins, *Atlas de la démographie médicale en France, Situation au 1er janvier 2016* [en ligne], 2016, https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf/, p. 15.

[803] MOURGUES Jean-Marcel, Conseil national de l'Ordre des médecins, *Profils comparés : 2007/2017 – Les territoires au cœur de la réflexion, Situation au 1er janvier 2017* [en ligne], 2017, https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017.pdf/, p. 27.

[804] L'approche médico-centrée de la démographie des professionnels peut apparaître, *a priori*, restrictive. Celle-ci reflète néanmoins parfaitement l'évolution générale de la démographie des professions de santé.

entre 2007 et 2017, de la proportion de médecins dits retraités actifs[805].

739- Manifestement, cette analyse contredit les affirmations des membres de la mission selon lesquelles le nombre de médecins en activité doit, après avoir atteint un seuil minimal durant la période 2019-2020, reprendre le chemin de la croissance. En effet, pour parvenir à cette conclusion, les auteurs reprennent à leur compte les conclusions d'un rapport rédigé par la DREES en 2009 sur l'évolution prévisible des différentes professions de santé. Afin de démontrer que les considérations de 2009[806] revêtent à ce jour un caractère totalement obsolète, il convient d'étudier l'évolution récente de la principale variable sur laquelle les pouvoirs publics peuvent agir pour réguler la démographie médicale, à savoir le *numerus clausus*. Celui-ci correspond au nombre d'étudiants admis à la fin de la première année à poursuivre les études de médecine.

740- Dans un scénario de référence, fondé sur l'hypothèse de comportements individuels et collectifs constants[807], d'une augmentation progressive du *numerus clausus* et de sa stabilisation à huit mille à partir de 2011, la DREES prévoyait que le nombre de médecins en activité ne retrouverait un niveau similaire à celui du 1er janvier 2007 qu'en 2030[808]. Or, les pouvoirs publics n'ont aucunement pris en considération les conclusions de ce rapport. En effet, le *numerus clausus*, établi à sept mille cent en 2007[809], n'a dépassé le seuil de huit mille qu'en 2017, pour être relevé pour la rentrée 2019-2020 à neuf mille trois cent quatorze[810]. Sans qu'il y ait lieu de refaire ici l'ensemble des prévisions de la DREES, il peut être compris que le nombre prévu de médecins à l'horizon 2030 sera nettement inférieur aux prévisions réalisées en 2009, quand bien même le Gouvernement a accédé à la requête de la Conférence des doyens des Facultés de médecine, qui demandait en février 2017 à « sortir du numerus clausus et du tout Épreuves Classantes Nationales pour proposer une régulation flexible tenant compte des projets professionnels des étudiants, des

---

[805] Celle-ci a été, en effet, multipliée par six durant cette période. *cf*. MOURGUES Jean-Marcel, *op. cit.*

[806] Voir à cet égard la thèse de MARCHAND-ANTONIN Benoît. *Le numerus clausus, Ses effets secondaires, sa place dans la globalisation de la médecine*, GUILLET Jean-Louis (dir.), thèse d'exercice, médecine, université Paris Diderot (VII), 2009, 392 p.

[807] À savoir, sont projetés constants les comportements des étudiants en médecine en matière de redoublement, d'abandon des études médicales, d'absence aux épreuves classantes nationales et les comportements des jeunes médecins à l'entrée dans la vie active (choix de leur région, de leur mode ou de leur zone d'exercice).

[808] ATTAL-TOUBERT Katty et VANDERSCHELDEN Mélanie, « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales », *Études et résultats, DREES*, février 2009, nº 679.

[809] Arrêté du 26 mars 2007 fixant le nombre d'étudiants de première année du premier cycle des études médicales autorisés à poursuivre leurs études en médecine à la suite des épreuves terminales de l'année universitaire 2006-2007, JORF nº 107 du 8 mai 2007, texte nº 55.

[810] Arrêté du 16 avril 2019 fixant le nombre d'étudiants autorisés, selon les différentes modalités d'admission, à poursuivre en deuxième ou troisième année leurs études en médecine, odontologie, pharmacie et maïeutique à la rentrée universitaire 2019-2020, JORF nº 95 du 21 avril 2019, texte nº 12.

besoins de la population et de la société »[811,812], et remplacé depuis le *numerus clausus* par un *numerus apertus*, qui permet « de proposer des flux d'entrée aux études de santé de façon plus flexible et plus concertée, avec un objectif de réponse aux besoins de santé des territoires »[813].

741- La DREES a d'ailleurs revu depuis ses prévisions et prévoit désormais que la densité médicale ne retrouvera « son niveau de 2021 qu'en 2035, après une diminution de 5 points entre 2021 et 2028. Le niveau de densité standardisée pour les médecins repartira[...] ensuite à la hausse, pour atteindre un niveau de +23 % en 2050 par rapport à 2021 »[814].

742- Durant la prochaine décennie, la pénurie de médecins s'avère donc inévitable. L'insuffisance de l'offre en professionnels de santé sera par ailleurs exacerbée par l'inégale répartition des professionnels de santé sur l'ensemble du territoire national, situation qu'une étude géographique permet aisément de révéler.

2. Une insuffisance étayée par une étude géographique

743- Il n'est pas ici question de traiter de l'épineuse question de l'inégal accès aux soins en santé, dont les causes apparaissent multiples[815] et variées. Nombreux sont les rapports qui en font état et mettent en exergue les éléments déterminants ou les solutions envisageables. La question de la pérennité de l'inhomogène répartition géographique des professionnels semble cependant devoir être nécessairement traitée, puisque les membres de la mission relèvent que « les éléments de démographie disponibles pour différentes professions de santé révèlent une inégale répartition des professionnels sur le territoire avec souvent un gradient nord-sud assez marqué »[816], qui justifie, selon eux, pleinement la création de métiers en santé de niveau intermédiaire[817].

---

[811] Conférence des doyens des Facultés de médecine, *Propositions de la Conférence des Doyens de médecine aux candidats à la Présidence de la République* [en ligne], publié le 20 février 2017, [consulté le 1er mars 2020], https://www.apmnews.com/documents/201702231635220.Propositions_de_la_conference_des_Doyens_de_medecine_aux_candidats_a_la_Presidence_de_la_Republique.docx/

[812] La fin du *numerus clausus* est régulièrement envisagée. Pour un exemple, *cf.* Gouvernement de la République française, *Présentation du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé en conseil des ministres* [en ligne], 13 février 2019, [consulté le 3 mars 2020], https://www.gouvernement.fr/conseil-des-ministres/2019-02-13/organisation-et-transformation-du-systeme-de-sante/

[813] ANGUIS Marie, BERGEAT Maxime, PISARIK Jacques, VERGIER Noémie, CHAPUT Hélène, *Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ?, Constat et projections démographiques*, Les dossiers de la DREES, mars 2021, nº 76, p. 2.

[814] *Ibid*., p. 53.

[815] COUTY Édouard, DUPONT Marc, « La révolution silencieuse des professions de santé : démographie, compétences, responsabilités », *Revue française d'administration publique*, 2005, nº 113, p. 97-112.

[816] HÉNART Laurent, BERLAND Yvon, CADET Danielle *et al.*, *op. cit.* p. 21.

[817] Cette analyse est manifestement issue des rapports contemporains à la rédaction du rapport par les membres de la mission que sont celui d'André FLAJOLET, selon lequel « certaines zones géographiques sont sous-dotées en termes d'offre de soins et parfois totalement dépourvues d'une offre de soins à tarif opposable », ou encore celui des États

744- Cette analyse renvoie donc à la notion de « déserts médicaux ». Or, la DREES prend le soin, dans un dossier publié en mai 2017[818], de repenser la problématique à partir de ses fondements et s'interroger tant sur la définition de la notion que sur les moyens nécessaires à son évaluation. Dans ce dossier, la Direction estime que « même si des disparités existent, la répartition spatiale des médecins généralistes libéraux est relativement égalitaire en comparaison de ce qui est observé pour les autres professions de santé »[819]. En outre, pour elle, près de 98 % de la population peut accéder à un médecin généraliste en moins de dix minutes et seulement 0,1 % des individus doivent faire, aux fins de consultation, un trajet de vingt minutes ou plus. Eu égard à l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL)[820], à l'élaboration duquel elle a participé, seuls « 8 % de la population a une accessibilité aux médecins généralistes inférieure à 2,5 consultations par an et par habitant »[821]. Ainsi, pour la DREES, l'inhomogène répartition des professionnels sur le territoire ne semble pas véritablement impacter l'offre en professionnels de santé.

745- Cet avis n'est pas partagé par le Conseil économique, social et environnemental, qui rappelle, dans un rapport de décembre 2017, que « l'expression de "désert médical" [...] englobe l'ensemble des professionnel.le.s de santé et pas seulement les médecins »[822] et fait valoir que « le problème des déserts médicaux se pose dès maintenant et deviendra critique dans les années qui viennent si rien n'est fait. Même l'amélioration de la démographie médicale, à partir de 2025, ne suffira pas à résorber les déserts médicaux en l'absence d'une meilleure répartition des effectifs »[823]. Dès lors, puisque « la question urgente des déserts médicaux constitue une opportunité pour repenser l'organisation des soins autour du.de la patient.e »[824], les auteurs de ce rapport préconisent, à l'instar des membres de la mission présidée par Laurent HÉNART, de « redéfinir les périmètres d'exercice des professionnel.le.s de santé en attribuant légalement à des professionnel.le.s paramédicaux.ales en "pratique avancée" ces nouveaux métiers en santé de niveau intermédiaire »[825].

---

généraux de l'Organisation de la Santé. Pour plus de précisions, *cf.* FLAJOLET André, *Rapport de la mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire*, Paris, La Documentation française, avril 2008, p. 19 ; Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, *États Généraux de l'Organisation de la Santé, Synthèse des travaux des 2 journées nationales (8 février et 9 avril 2008),* avril 2008.

[818] VERGIER Noémie, CHAPUT Hélène et LEFEBVRE-HOANG Ingrid, « Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? », *Les dossiers de la DREES*, mai 2017, nº 17.

[819] *Ibid.* p. 11.

[820] Cet indicateur a été construit en partenariat avec les membres de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la Santé (IRDES).

[821] VERGIER Noémie, CHAPUT Hélène et LEFEBVRE-HOANG Ingrid, *op. cit.* p. 50.

[822] CASTAIGNE Sylvie et LASNIER Yann, « Les déserts médicaux », *Les avis du CESE*, 14 décembre 2017, nº 27, p. 8.

[823] HÉNART Laurent, BERLAND Yvon, CADET Danielle *et al.*, *op. cit.* p. 9.

[824] *Ibid.* p. 7.

[825] *Ibid*. p. 30.

746- En tout état de cause, quelles que soient les controverses sur l'existence, ou non, de déserts médicaux, l'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire national est une réalité nationale qui ne peut être raisonnablement éludée. Si elle constitue, à juste titre, une préoccupation majeure pour les pouvoirs publics, ceux-ci ne sont jamais parvenus, malgré la variété des moyens légaux, réglementaires, ordinaux ou conventionnels qu'ils se sont attachés à instituer, à obtenir une adéquate répartition des professionnels de santé sur le territoire national.

747- Le rapport rédigé par les membres de la mission présidée par Laurent HÉNART expose, en février 2011, une méthode pertinente, censée conduire, selon les auteurs, à la création effective de métiers en santé de niveau intermédiaire. Cette proposition doctrinale, en quasi-totalité appliquée à l'orée de l'année 2021, a fondé et fonde encore aujourd'hui l'évolution de nombreuses professions paramédicales, dont la profession de masseur-kinésithérapeute. Doit-il pour autant être conclu que le statut de métier intermédiaire en santé puisse en l'état de notre système de santé être consacré et constituer la prochaine étape de l'évolution du professionnel considéré ? C'est à cette question capitale qu'il est proposé de répondre dans la section suivante.

Section 2 : La création effective de métiers en santé de niveau intermédiaire conditionnée par une réforme préalable et substantielle de l'organisation du système de santé

748- La proposition doctrinale des membres de la mission présidée par Laurent HÉNART, formulée en 2011, a fondé les évolutions que la plupart des professions paramédicales ont connues jusqu'à ce jour. Dans la mesure où, de cette manière, les corps correspondants semblent avoir amorcé leur mutation vers des métiers en santé de niveau intermédiaire. Dès lors, une étude prospective de la profession masseur-kinésithérapeute ne peut raisonnablement éluder l'éventualité d'un futur octroi à celui-ci d'un statut de professionnel intermédiaire en santé. Pour autant, peut-il être considéré que ce statut constitue nécessairement la prochaine étape d'évolution du masseur-kinésithérapeute ?

749- Spontanément, il semble devoir être répondu par la négative. En effet, outre l'opposition que ne manquera pas de former le corps médical contre la création de métiers intermédiaires en santé[826], en l'état de notre système de santé, cette création apparaît peu probable. Ce point de vue procède de deux éléments. Le premier élément réside dans les préalables nécessaires à une telle création et les difficultés, encore actuelles, qui entourent la détermination explicite des besoins en qualifications ou en compétences que les nouveaux métiers intermédiaires peuvent combler. En effet, les pouvoirs publics n'appréhendent l'intermédiarité en santé que sous le seul aspect de la durée de la formation initiale des métiers en santé. Si, pour les pouvoirs publics, le statut de métier intermédiaire en santé doit correspondre à un diplôme de grade universitaire de master, ceux-ci n'interrogent nullement les interventions des professionnels concernés, qui pourraient revêtir un caractère « intermédiaire » au regard du parcours de santé des patients. Le second élément résulte de l'organisation actuelle des professions de santé, considérée à juste titre comme particulièrement rigide, au sein de laquelle il semble impossible d'instaurer un échelon intermédiaire entre les professions médicales et les professions paramédicales.

750- Afin de dégager les conditions sous lesquelles la création de métiers intermédiaires en santé pourrait être réalisée et démontrer que l'octroi d'un statut intermédiaire ne peut pas constituer la prochaine étape de l'évolution du masseur-kinésithérapeute, la notion d'intermédiarité doit être appréhendée à l'aune de l'état actuel de l'organisation de notre système de santé. Seront à cet effet

[826] Cette opposition s'est déjà exprimée contre la proposition de loi portée par la députée Stéphanie RIST. Pour plus de précisions, *cf*. Conseil national de l'Ordre des médecins, *Nouvelle profession médicale intermédiaire* [en ligne], *op. cit.*

successivement exposés la réforme de l'organisation des professions de santé qu'il conviendrait, préalablement, d'opérer (paragraphe 1), puis le renouvellement de l'organisation de la dispensation des soins qu'il apparaît nécessaire de conduire (paragraphe 2).

Paragraphe 1 : Une première condition tenant dans une réforme préalable de l'organisation des professions de santé

751- Sans une réforme structurelle préalable de l'organisation des professions de santé, il apparaît vraisemblablement impossible de faire émerger des nouveaux métiers de niveau intermédiaire qui bénéficient d'« une intégration efficace et harmonieuse au système de soins, et un accueil éclairé dans la population »[827]. En effet, l'organisation actuelle des professions de santé, caractérisée par l'opposition qu'elle réalise entre les professions médicales et les professions paramédicales, ne laisse aucune place à un quelconque statut intermédiaire.

752- Afin de démontrer la nécessité et la consistance de la réforme de l'organisation des professions de santé préalable à la création effective de métiers en santé de niveau intermédiaire, il sera exposé, dans un premier temps, la difficulté que présente la conception de métiers intermédiaires en santé dans une organisation médico-centrée des professions de santé (A), puis expliqué, dans un second temps, l'objectif qui doit, au travers de cette réforme, être poursuivi, à savoir l'adaptabilité des professionnels de santé (B).

A. La difficile conception de l'intermédiarité dans une organisation médico-centrée des professions de santé

753- La création effective de métiers de niveau intermédiaire au sein de notre système de santé apparaît fortement conditionnée à une réforme préalable de l'organisation des professions de santé. Cette dernière reste en effet indéniablement marquée par le rôle central du corps médical et l'opposition qui y est réalisée entre les professions médicales et les professions paramédicales, éléments qui semblent difficilement compatibles avec l'intermédiarité appliquée aux professions de santé.

754- Dans l'objectif de démontrer cette affirmation, il est proposé de mettre en exergue, dans un premier temps, le caractère médico-centré de l'organisation actuelle des professions de santé (a), avant d'expliquer, dans un second temps, ce qu'implique l'intermédiarité inscrite dans le cadre de l'organisation des professions de santé (b).

---

[827] HÉNART Laurent, BERLAND Yvon, CADET Danielle *et al.*, *op. cit.* p. 18.

a) La démonstration d'une organisation médico-centrée des professions de santé

755- Le système de santé français actuel est caractérisé par la prééminence des membres du corps médical, qui occupent, au sein de celui-ci, la place centrale. Ce rôle capital est conforté par la manière dont est organisée la partie législative du Code de la santé publique relative aux professions de santé. L'opposition formelle qui y est opérée entre les professions médicales et les professions paramédicales incite ainsi à penser que celle-ci est immuable, au point que la création d'un véritable échelon intermédiaire entre les deux catégories originelles de professions de santé peut apparaître *a priori* irrémédiablement compromise.

756- Avant de questionner la possibilité d'instituer un échelon intermédiaire entre les professions médicales et les professions paramédicales, il importe de rappeler, dans un premier temps, comment l'organisation de notre système de santé a été construite autour de la profession de médecin (1), avant de mettre en exergue, dans un second temps, le rôle secondaire qui a toujours été dévolu aux professions paramédicales (2).

1. Une organisation construite autour de la profession de médecin

757- Il n'est aucunement difficile de démontrer que l'organisation du système de santé français s'est construite autour de la profession de médecin. Au début du XIX^e^ siècle, la loi du 19 ventôse an XI[828] relative à la médecine, dont le but principal est de lutter contre le charlatanisme répandu dans la société française de l'époque, confie le monopole de « l'art de guérir » aux Docteurs en médecine ou en chirurgie et au corps des Officiers de santé. La loi du 30 novembre 1892[829] abroge la loi du 19 ventôse an XI et supprime l'officiat de santé. L'activité médicale est alors réservée aux seuls titulaires « d'un diplôme de docteur en médecine, délivré par un gouvernement français à la suite d'examens subis dans un établissement supérieur médical de l'État ». Dans la définition légale de l'exercice médical est alors exclue toute référence à « l'art de guérir ». Désormais, tel que le précise l'article 16 de cette loi, exerce illégalement la médecine « toute personne qui, non munie d'un diplôme de docteur en médecine, d'officier de santé, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme […] prend part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies ou des affections chirurgicales ainsi qu'à la pratique de l'art dentaire et des accouchements ».

758- À partir de cette date, la définition de la profession de médecin apparaît ainsi au travers de l'infraction d'exercice illégal de la médecine. Le pouvoir attractif de l'activité médicale sur tout

[828] Loi du 19 ventôse an XI, *op. cit.*

[829] Loi du 30 novembre 1892 relative à l'exercice de la médecine, *op. cit.*

acte supposé avoir une action thérapeutique est par ailleurs établi. Les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes, dont les exercices sont nouvellement réglementés, pénètrent le cercle étroit des professions médicales à compétence définie. Les médecins, à compétence générale, occupent la place centrale du système. Ni la loi du 21 avril 1933[830] ni celle du 26 juillet 1935[831] ne modifient la définition juridique de la médecine. L'ordonnance du 24 septembre 1945[832] assure par la suite l'hégémonie des Docteurs en médecine sur la totalité des soins en santé.

759- En effet, l'article 8 de cette ordonnance précise qu'« exerce illégalement la médecine […] toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement de maladies ou d'affections chirurgicales, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tous autres procédés quels qu'ils soient, ou pratique l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature qui sera fixée par arrêté du ministre de la santé publique pris après avis de l'académie de médecine sans être titulaire d'État de docteur en médecine ». Considérablement élargie, le domaine de la médecine est alors constitué de tout acte, qu'il soit physique ou verbal, susceptible d'être rattaché, non plus uniquement à une action à visée thérapeutique, mais également à l'établissement d'un diagnostic et à la réalisation d'un traitement. L'Académie nationale de médecine se voit offerte, à cette occasion, un rôle consultatif sur toutes les nomenclatures d'actes professionnels relatifs à la santé.

760- Cette concentration de la compétence en santé autour du seul corps médical constitue à cette époque une réponse à la nécessité de lutter contre la diffusion de pratiques charlatanesques au sein de la société française. Elle ne saurait être critiquée, puisqu'elle a permis d'assurer tant la diffusion des soins que la protection de la santé individuelle et collective. Cependant, en tout état de cause, l'organisation médico-centrée des professions de santé qui en résulte a longtemps empêché, et dans une certaine mesure empêche toujours, de tirer le meilleur parti des professions de santé qui ont été dénommés les auxiliaires médicaux. En effet, pendant longtemps à ceux-ci il n'a semblé pouvoir être confié que des tâches bien secondaires.

---

[830] Loi du 21 avril 1933 relative à l'exercice de la médecine, JORF n° 230 du 1er octobre 1933, p. 350.

[831] Loi du 26 juillet 1935 relative à l'exercice de la médecine et de l'art dentaire, JORF n° 175 du 27 juillet 1935, p. 8146.

[832] Ordonnance n° 45-2184 du 24 septembre 1945, *op. cit.*

2. La place secondaire des professions dites d'auxiliaires médicaux

761- Le décret du 5 octobre 1953 portant codification des textes législatifs concernant la santé publique[833] instaure formellement un bloc constitué par les professions médicales, réglementées au titre I[er] du livre IV du nouveau Code de la santé publique, et définit les professionnels relégués aux titres suivants comme des auxiliaires médicaux. Cette catégorie comprend, à cette époque, l'infirmier, le masseur-kinésithérapeute, le pédicure-podologue et l'opticien-lunetier.

762- La dénomination utilisée ne permet aucunement de douter de la place qui est réservée à ces professionnels. Le dictionnaire LE PETIT ROBERT[834] définit en effet l'« auxiliaire » comme celui « qui aide, qui apporte son concours direct ou indirect, d'une manière temporaire ou permanente ». À cette époque, le corps médical n'a pas grande estime pour ces professions émergentes, dont l'exercice est défini comme une dérogation au monopole médical. Pour illustrer ce point, peuvent être reproduits les propos du Docteur Paul-Félix ARMAND-DELILLE formulés au cours de la séance de l'Académie nationale de médecine du 14 novembre 1961. À la réponse à apporter à une pénurie d'infirmières dans les cliniques, celui-ci affirme la nécessité de créer « un corps complémentaire d'auxiliaires soignantes, ainsi que des infirmières diplômées, auxquelles on ne demanderait pas de baccalauréat ou même de brevet supérieur […] (ni de) connaissances scientifiques étendues […] (mais auxquelles) on enseignerait des techniques simples, mais rigoureuses, leur empêchant de faire des fautes d'antisepsie »[835].

763- Dans le domaine de la santé, les auxiliaires ne possèdent ainsi aucune prérogative propre : ni diagnostic, ni traitement, ni compétence réservée. L'arrêté du 21 décembre 1960[836], modifié par l'arrêté du 31 juillet 1961[837], puis remplacé par l'arrêté du 6 janvier 1962[838], confère à l'ensemble des actes susceptibles d'être pratiqués par les auxiliaires médicaux la qualité d'acte médical, dont l'exécution doit nécessairement faire l'objet d'une prescription médicale préalable. La prééminence du corps médical sur l'ensemble des actes intervenant dans le domaine de la santé est ainsi assurée. La réglementation ultérieure des champs professionnels des auxiliaires médicaux ne modifie

---

[833] Décret n° 53-1001 du 5 octobre 1953, *op. cit.*

[834] REY-DEBOVE Josette et REY Alain, *op. cit.*

[835] ARMAND-DELILLE Paul-Félix, *La pénurie d'infirmières soignantes dans les cliniques et la nécessité de créer un corps d'auxiliaires compétentes*, Bull. Académie nationale de médecine, Paris, 1961, t. 145, p. 616-617.

[836] Arrêté du 21 décembre 1960 fixant liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués par des médecins ou pouvant être également pratiqués par des auxiliaires médicaux, JORF n° 301 du 28 décembre 1960, p. 11954.

[837] Arrêté du 31 juillet 1961 portant modification de la liste des actes qui ne peuvent être accomplis que par des auxiliaires médicaux qualifiés, JORF n° 187 du 10 août 1961, p. 7526.

[838] Arrêté du 6 janvier 1962 fixant 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 laboratoires d'analyses médicales non-médecins, *op. cit.*

aucunement cette situation, le traitement restant médical, la participation[839] ou la contribution[840] d'un auxiliaire médical étant inopérante à qualifier autrement le traitement réalisé. À cette date, seuls deux professionnels font figurent d'exception. Ce sont le pédicure-podologue, qui en vertu d'un décret du 19 juin 1985[841] formule un diagnostic dit « en pédicurie-podologie »[842] et réalise le traitement de certaines affections épidermiques ou unguéales du pied, et l'infirmier, qui en vertu d'un décret du 15 mars 1993[843], « pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue ».

764- Le nouveau Code de la santé publique, tel qu'organisé par l'ordonnance du 15 juin 2000[844], pérennise le système. L'organisation des professions de santé est subdivisée en trois livres et aux côtés des professions médicales (livre I[er]) figurent la profession de pharmacien (livre II) et les auxiliaires médicaux (livre III), auxquels sont intégrés les aides-soignants, les auxiliaires de puériculture, les ambulanciers et les assistants dentaires. Le corps médical reste ainsi au centre de l'organisation des professions de santé. Il constitue d'ailleurs la pierre angulaire de l'organisation de la dispensation des soins. Ses membres établissent les diagnostics et prescrivent les soins paramédicaux ou les traitements médicamenteux nécessaires. Aucune activité de santé n'échappe à leur emprise, au point que toutes sont appréhendées *in fine* au travers l'activité médicale. Afin de conférer une légitimité certaine à une nouvelle activité de santé, ne suffit-il pas de la soumettre à prescription médicale ?[845]

765- Le rapport rédigé par les membres de la mission présidée par Laurent HÉNART invite ainsi à remettre en cause les fondements d'un système depuis longtemps établi. Pour le comprendre, il convient de se pencher sur ce qu'implique l'ntermédiarité, dans son application à l'organisation des professions de santé.

---

[839] L'article 3 du décret n° 85-918 du 26 août 1985 précise que « sur prescription médicale, le masseur-kinésithérapeute est habilité à participer aux traitements suivants ».

[840] L'article 1[er] du décret n° 86-1195 du 21 novembre 1986 affirme que « les personnes remplissant les conditions définies aux articles 2 et 3 peuvent contribuer […] aux traitements » et l'article 1[er] du décret n° 88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice permet au psychomotrice la « contribution, par des techniques d'approche corporelle, au traitement des déficiences intellectuelles ».

[841] Décret n° 85-631 du 19 juin 1985 relatif aux actes professionnels accomplis directement par les pédicures-podologues, JORF n° 144 du 23 juin 1985, p. 6970.

[842] Le diagnostic de pédicurie-podologie n'est consacré au sein de la définition de la profession qu'en 2016, par l'article 124 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, *op. cit.*

[843] Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, JORF n° 63 du 15 mars 1993, p. 4087.

[844] Ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000, *op. cit.*

[845] En ce sens, l'Activité Physique Adaptée a été consacrée par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 comme une activité de santé à part entière. A contrario, sous certaines réserves, l'ostéopathie ne fait pas l'objet d'aucune prescription médicale, ce qui oblige à questionner sa qualité.

b) Une réflexion sur l'intermédiarité dans l'organisation des professions de santé

766- L'organisation actuelle des professions de santé, fortement médico-centrée, réalise de manière permanente une opposition rigide entre les professions médicales et les auxiliaires médicaux. Il en résulte que la création effective, efficace et pérenne d'une catégorie intermédiaire de professionnels de santé, situés dans l'interstice de ces deux catégories de professionnels de santé, nécessite une réforme préalable de cette organisation.

767- Si la consistance de cette dernière apparaît *a priori* aisée à envisager, notamment au regard de l'évolution récente du statut d'auxiliaire médical (1), il convient de révéler de manière instante les difficultés que ne manquera pas de soulever l'application de l'intermédiarité à l'organisation actuelle des professions de santé (2).

1. Une intermédiarité en santé envisageable au regard de l'évolution récente du statut d'auxiliaire médical

768- Le statut originel d'auxiliaire médical semble depuis quelques années pouvoir être interrogé, notamment en raison de l'apparition, aux côtés de celui-ci, de la notion de « paramédicale ». La généralisation de l'utilisation de ce vocable au sein du Code de la santé publique est assurée par la loi du 4 mars 2002[846], qui qualifie de « paramédical » certains soins[847], activités[848], personnels[849] et subséquemment professions[850]. Pour autant, le législateur ne modifie pas l'intitulé du livre III de la quatrième partie de la partie législative du Code de la santé publique, qui regroupe les dispositions relatives aux « auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires ». Dès lors, depuis cette date, les notions de « professionnel paramédical » et d'« auxiliaire médical » tendent à se confondre.

769- Pourtant, l'existence concomitante des deux notions au sein du corpus juridique oblige à tenter d'élaborer une distinction entre elles. À cette fin, une analyse sémantique est conduite. S'il

---

[846] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, *op. cit.*

[847] À titre d'exemple, il peut être cité l'article L. 1111-5 du Code de la santé publique, dans sa rédaction issue de l'article 10 la loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs, publié au JORF n° 132 du 10 juin 1999 à la page 8487, et transféré à l'article L. 1110-11 du même code par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, *op. cit.*

[848] À titre d'exemple, l'article L. 1112-5 du Code de la santé publique évoque « les activités médicales et paramédicales » et l'article L. 4391-2 du même code mentionne « les règles de bonnes pratiques paramédicales ».

[849] Le personnel paramédical existe déjà au sein de l'article L. 710-2, tel qu'intégré au sein du Code de la santé publique par la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, publié au JORF n° 179 du 2 août 1991 à la page 10255. Celui-ci devient ultérieurement l'article L. 1112-1 du même code.

[850] La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 a inséré au chapitre V du titre IV du livre I[er] de la partie législative du Code de la sécurité sociale, dans la section 1, une sous-section 2 intitulée « Dispositions générales relatives à certaines professions paramédicales ».

n'apparaît pas utile de revenir sur ce que recouvre la notion d'« auxiliaire médical »[851], il peut être relevé que le vocable « paramédical » est construit à partir du préfixe « para », qui signifie « à côté de » et du vocable « médical ». La notion semble alors, de prime abord, exclure toute considération hiérarchique et inviter à abandonner une conception verticale des professions de santé. *A priori*, le professionnel paramédical n'est donc, du moins en théorie, pas situé « au-dessous » du médecin. Il semble plutôt trouver place à ses côtés[852]. L'introduction du vocable « paramédical » au sein du corpus juridique invite donc à appréhender les professionnels de santé qui n'appartiennent pas à la catégorie des professions médicales autrement que comme des auxiliaires du corps médical[853].

770- En outre, s'il est fait abstraction des normes juridiques anciennes en vertu desquelles des actes réalisés par des auxiliaires médicaux sont qualifiés d'actes médicaux[854], les corps professionnels considérés ont manifestement évolué vers une certaine autonomie, quoique toute relative. Peuvent ainsi être relevés la suppression de la nécessité d'une « prescription qualitative et quantitative du médecin » pour les certains actes réalisés par des auxiliaires médicaux en dehors de la présence de celui-ci[855], le droit de prescription de dispositifs médicaux[856] accordé à certains corps paramédicaux, remplacé, en ce qui concerne le masseur-kinésithérapeute, par un droit de prescription de produits de santé[857], la consécration légale de diagnostics paramédicaux[858] et l'exercice expérimental de prérogatives par essence médicales par les masseurs-kinésithérapeutes, organisé par des arrêtés du

---

[851] Pour plus de précisions sur cette analyse, *cf.* 2. La place secondaire des professions dites d'auxiliaires médicaux, p. 269.

[852] Ce qui n'est manifestement pas le cas dans l'organisation actuelle de la dispensation des soins en santé.

[853] Cette affirmation est totalement contraire à l'analyse effectuée par le sociologue Eliot FREIDSON, pour lequel « « le terme "paramédical" s'applique aux métiers relatifs à l'administration de soins qui tombent finalement sous le contrôle du médecin » (*idem*, 58) ». Pour plus de précisons, *cf.* FREIDSON Eliot, *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984, traduction française de *Profession of Medicine: A study of the sociology of applied knowledge,* New-York, Dodd, Mead & Co, 1973.

[854] Tel que l'arrêté du 6 janvier 1962 fixant 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, *op. cit.*

[855] Arrêté du 22 février 2000 modifiant l'arrêté du 6 janvier 1962 fixant 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, JORF n° 53 du 3 mars 2000, texte n° 11.

[856] Il peut être cité, entre autres, l'arrêté du 9 janvier 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire, JORF n° 11 du 13 janvier 2006, texte n° 33 ; arrêté du 20 mars 2012 fixant la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire, JORF n° 77 du 30 mars 2012, texte n° 34 ; arrêté du 31 mars 2017 fixant la liste des dispositifs médicaux que les orthoptistes sont autorisés à prescrire, JORF n° 80 du 4 avril 2017, texte n° 15.

[857] Cette modification, inscrite à l'article L. 4321-1 du Code de la santé publique a été opérée par l'article 12 de la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, *op. cit.*

[858] Tel que le diagnostic kinésithérapique consacré par l'article 123 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, *op. cit*. À cet égard, les membres du corps médical ont toujours ouvertement critiqué la reconnaissance de cette prérogative à un corps professionnel d'auxiliaires médicaux. Pour un exemple éloquent, *cf*. LAROCHE Claude, *Avis de la Commission XV (Éthique et responsabilités professionnelles) sur le projet de décret n° 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute*, Bull. Académie nationale de médecine, 1996, t. 180, p. 2171).

6 mars 2020[859,860].

771- En tout état de cause, l'introduction du vocable « paramédical » dans le Code de la santé publique n'a pas encore emporté de conséquences notables sur l'organisation des professions de santé. Pourtant, la distinction entre les corps qui sont restés, au sens littéral du terme, des auxiliaires du corps médical et les corps paramédicaux aurait pu aisément être consacrée. Cela n'a aucunement échappé à certains corps professionnels paramédicaux, qui cherchent aujourd'hui à être détachés de cette étiquette de « paramédical », trop proche de la conception d'« auxiliaire médical ». Ainsi, ce ne sont pas moins de huit syndicats professionnels représentatifs des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes, des orthophonistes, des orthoptistes et des pédicures-podologues qui sont aujourd'hui réunis au sein de la Fédération Française de Praticiens en Santé (FFPS) et réclament « une modification du livre 3 du code de la santé publique […] (en vertu de laquelle sera) remplacer les mots "auxiliaires médicaux" par "praticiens de santé" […] (afin de changer) cette vision de subalterne par une vision de partenaire du corps médical »[861].

772- Si la consistance de la réforme préalable à création de métiers en santé de niveau intermédiaire apparaît ainsi *a priori* aisée à envisager, l'application effective de l'intermédiarité à l'organisation des professions ne manquera pas de soulever des difficultés notables, qu'il convient ici de relever.

2. Les difficultés d'une réforme de l'organisation des professions de santé

773- Si la compréhension du sens du vocable « intermédiaire » n'échappe à personne, concevoir avec certitude ce à quoi peut correspondre une catégorie de métiers en santé de niveau intermédiaire apparaît encore aujourd'hui malaisé. D'ailleurs, si la mission présidée par Laurent HÉNART s'est attachée à décrire une méthode propre à permettre l'émergence de tels métiers, c'est notamment pour ne pas avoir à se prononcer sur ce qui pourrait caractériser un métier intermédiaire en santé.

774- En effet, pour les auteurs de ce rapport, l'intermédiarité doit nécessairement être appréhendée en termes de niveau d'études et le statut considéré doit correspondre à un niveau de formation compris entre le celui du médecin et celui de la plupart des professionnels paramédicaux. Or, à cette

---

[859] Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle », JORF n° 58 du 8 mars 2020, texte n° 17 ; arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle », JORF n° 58 du 8 mars 2020, texte n° 13.

[860] Pour l'étude de l'autonomie décisionnelle qui semble se dessiner, pour le masseur-kinésithérapeute, de ces expérimentations, *cf.* B. Une évolution prévisible vers l'autonomie décisionnelle relative, p. 476.

[861] RAMSAY Karen, *LIBÉRAL : La FFPS rassemble les paramédicaux* [en ligne], publié le 29 juin 2017, [consulté le 18 septembre 2018], http://www.espaceinfirmier.fr/actualites/170829-liberal-la-ffps-rassemble-les-paramedicaux.html/

date, la durée de la formation initiale de ces derniers est en moyenne de trois années après le baccalauréat. Souvent, à l'issue d'une année de sélection non comptabilisée, les étudiants effectuent leur scolarité au sein d'instituts de formation à caractère public ou privé, sans lien avec l'institution universitaire[862]. La validation des études considérées leur permet d'obtenir un diplôme d'État, délivré par le ministère en charge de la Santé. Le Docteur en médecine, quant à lui, bénéficie d'une formation universitaire d'une durée moyenne de neuf à dix ans. La première année de scolarité est comptabilisée dans son cursus et les diplômes obtenus, délivrés conjointement par le ministre chargé de l'Enseignement supérieur et le ministre chargé de la Santé, correspondent à un diplôme d'État auquel est adjoint un diplôme d'études spécialisées de nature universitaire. Ainsi, entre les professionnels paramédicaux et les Docteurs en médecine, il existe un large espace de formation, dans l'interstice duquel pourraient être intégrés des métiers intermédiaires, pourvus d'un haut niveau de technicité et de compétences. Il apparaît donc surprenant que, de manière *a priori* consensuelle, la durée des études pour les métiers en santé de niveau intermédiaire ait été arrêtée à cinq années, auxquelles doit correspondre un diplôme de grade de master.

775- En outre, si la durée des études des nouveaux métiers en santé de niveau intermédiaire doit être comprise entre celle du médecin et celle du professionnel paramédical, les champs professionnels ne peuvent plus uniquement être déterminés par les actes sur lesquels le corps professionnel possède un exercice monopolistique. La question de ce qui peut caractériser les métiers intermédiaires se pose ainsi. Qu'est-ce qui permettrait de distinguer ces derniers des autres professions de santé ? Quelles en seraient les conséquences ? La proposition formulée par Joël MORET-BAILLY[863] en 2008, selon laquelle les professions de santé devraient être définies par les missions qui leur sont confiées, pourrait constituer une partie de la réponse. Cependant, dans la mesure où les missions confiées aux métiers intermédiaires ne sauraient être circonscrites de manière trop restrictive, il devrait être octroyé à ces derniers une certaine liberté tant dans le choix que la réalisation du traitement mis en œuvre. Cette liberté ne peut se résumer au simple choix des actes à exécuter. L'autonomie dans l'élaboration du traitement du patient battrait dès lors en brèche l'organisation actuelle, verticale et hiérarchique, des professions de santé.

776- C'est peut-être pour cette raison que les membres de la mission présidée par Laurent HÉNART affirment qu'il conviendrait secondairement de faire évoluer les métiers de niveau intermédiaire

[862] Ce qui a depuis fortement changé. Pour un analyse au travers du prisme des études préparatoires au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, *cf.* A. La relative intégration universitaire des études préparatoires au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, p. 303.

[863] MORET-BAILLY Joël, *op. cit.*

vers des professions médicales à compétence définie[864]. Néanmoins, la logique des auteurs du rapport considéré est ici difficilement compréhensible. Quel est l'intérêt de proposer de créer une catégorie intermédiaire en santé si les professionnels qui la constituent sont voués à intégrer *in fine* la catégorie des professions médicales ? Est-ce que cela a vraiment du sens ? D'ailleurs, s'il est déjà peu probable que les membres du corps médical se résignent à ne plus asseoir leur prééminence sur ceux qui étaient autrefois leurs auxiliaires, peut-il être pensé qu'ils admettent, sans s'y opposer, que ces mêmes professionnels jouissent du même statut qu'eux ?[865]

777- En tout état de cause, si une réforme de l'organisation des professions de santé préalable à la création de métiers en santé de niveau intermédiaire est pressentie, c'est notamment pour pourvoir les professions de santé concernées d'une grande adaptabilité, tel qu'il est clairement exprimé dans le rapport de la mission présidée par Laurent HÉNART.

B. L'adaptabilité des professions de santé, objectif capital de la réforme à envisager

778- La consistance de la réforme de l'organisation des professions de santé qui s'avère nécessaire à la création de métiers en santé de niveau intermédiaire est exprimée de manière explicite dans le rapport de la mission présidée par Laurent HÉNART. En effet, pour les auteurs, l'adaptabilité constitue une condition préalable et essentielle à la création de tels métiers et, par conséquent, un objectif de la réforme préconisée.

779- Dans la perspective de démontrer les principaux avantages de l'adaptabilité des professionnels exerçant dans le domaine de la santé et de mettre en exergue en quoi celle-ci s'avère aujourd'hui indispensable à notre système de santé, sera présenté, dans un premier temps, ce que recouvre la notion d'« adaptabilité des ressources humaines en santé » (a), avant d'expliquer, dans un second temps, en quoi cette adaptabilité professionnelle pourrait constituer une partie de la réponse aux besoins en santé constatés (b).

---

[864] HÉNART Laurent, BERLAND Yvon, CADET Danielle *et al*., *op. cit.* p. 49.

[865] À cet égard, il peut être relevé l'opposition ferme qui s'est formée contre la proposition de loi visant à la création de « professions médicales intermédiaires ». Pour l'étude de cette proposition, *cf.* RIST Stéphanie, *Proposition de loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification*, *op. cit.*

a) Les enjeux de l'adaptabilité des ressources humaines en santé

780- Les membres de la mission présidée par Laurent HÉNART exhortent clairement les pouvoirs publics à mettre en place les conditions nécessaires pour que les professions de santé actuellement en exercice puissent être dotées d'une capacité d'adaptation et évoluer vers des métiers en santé de niveau intermédiaire. Ainsi, ils déclarent que « l'organisation et les principales caractéristiques des ressources humaines en santé doivent évoluer pour s'adapter à l'environnement changeant du système de santé et mieux répondre aux besoins de santé de la population, dans un contexte de finances publiques contraintes »[866]. Pour ceux-ci, il ne fait donc aucun doute : « les défis de l'avenir réclament souplesse des métiers et adaptabilité des carrières »[867].

781- Afin de circonscrire ce que recouvre l'« adaptabilité des ressources humaines en santé », il est proposé d'interroger, dans un premier temps, la pertinence de l'emploi de la formule « ressources humaines » appliquée aux professionnels de santé (1), avant d'expliquer, dans un second temps, ce qui sous-tend l'idée d'une « gestion des ressources humaines en santé » (2).

1. La notion de « ressources humaines en santé »

782- L'emploi de la formule « ressources humaines » pour qualifier des professionnels de santé constitue véritablement une nouveauté. Pour les auteurs, cette formule semble parfaitement se justifier. Ceux-ci évoquent donc « la gestion des ressources humaines en santé » comme un des axes principaux de la méthode devant aboutir par la création de métiers en santé de niveau intermédiaire.

783- Pourtant, cette formule peut apparaître dans une mesure inappropriée. En effet, elle renvoie inévitablement, dans l'esprit du lecteur, aux « ressources humaines » du monde de l'entreprise. Dès lors, peut-elle utilement qualifier un ensemble de professionnels dont la majeure partie exerce dans un cadre libéral ? Le vocable « ressource » est issu du latin *surgere*, qui signifie dans sa traduction littérale « se relever, se rétablir »[868]. Il suggère un mouvement de bas en haut, ce qui peut renvoyer, dans une conception abstraite, tel que le précise le dictionnaire LE PETIT ROBERT, à « ce qui peut améliorer une situation fâcheuse »[869]. Le Centre national de ressources textuelles et lexicales le définit quant à lui, comme un « moyen permettant de se tirer d'embarras ou d'améliorer une situation difficile ». À l'aune de ces explications, puisqu'il est ici question de qualifier des corps

[866] *Ibid*. p. 43.

[867] *Ibid* p. 19.

[868] Selon l'étymologie figurant dans la définition du vocable « ressource », telle qu'elle apparaît dans le dictionnaire de l'Académie française, consulté le 11 septembre 2018 en ligne : https://academie.atilf.fr/9/consulter/ressource?page=1/

[869] REY-DEBOVE Josette et REY Alain, *Le Petit Robert*, Paris, Dictionnaires Le Robert, 2002.

professionnels qui pourraient constituer une partie de la réponse aux difficultés rencontrées par le système de santé, l'emploi du vocable « ressources » peut être regardé *a priori* comme adapté.

784- Néanmoins, l'acception récente du vocable « ressource » apparaît totalement exempte de toute notion d'écueil lorsqu'il est utilisé dans un sens juridique. En effet, dans ce champ lexical, le vocable renvoie invariablement à un ensemble de moyens mis à la disposition d'une personne physique ou morale. Contre toute attente, le Code du travail ne fournit aucune esquisse de ce à quoi correspond les « ressources humaines », bien que la formule apparaisse deux fois au sein de celui-ci, respectivement aux articles L. 1253-1 et L. 5313-1. La formule ne semble ainsi emporter en elle-même, dans le cadre restreint de l'organisation des professions de santé, aucune réelle conséquence.

785- Pourtant, son emploi pour qualifier l'ensemble des professionnels de santé n'est aucunement laissé au hasard. De manière évidente, la formule invite à regarder les corps existants, en particulier ceux paramédicaux, sous un angle différent. En effet, l'adaptabilité de ces derniers présenterait de forts intérêts pour notre système de santé.

2. Les intérêts de l'adaptabilité « des ressources humaines en santé »

786- En employant la formule « gestion des ressources humaines en santé », les auteurs du rapport invitent à adopter une conception globalisée des corps paramédicaux et conférer à ces derniers une grande adaptabilité, afin que ceux-ci puissent constituer une partie de la réponse aux difficultés rencontrées par notre système de santé. La logique de la mission présidée par Laurent HÉNART est ici évidente. L'adoption d'une conception entrepreneuriale et *a fortiori* d'une gestion managériale des professionnels de santé permettrait en effet aux pouvoirs publics de bénéficier d'une plus grande flexibilité dans l'affectation de ces professionnels et répondre plus aisément aux difficultés conjoncturelles rencontrées par notre système de santé, et cela pour deux raisons.

787- La première, qui peut être qualifiée d'opérationnelle, réside dans la gestion facilitée qui en résulterait de cet ensemble de professionnels, aux statuts et fonctions très différentes. En rompant avec l'inertie d'un système « rigide et cloisonné »[870], les pouvoirs publics pourraient inciter ceux-ci, ouvertement, à s'engager dans des évolutions de carrière, alors que de telles évolutions leur sont aujourd'hui encore très peu ouvertes. Une des principales évolutions pourrait d'ailleurs consister dans l'accès à la catégorie des métiers en santé de niveau intermédiaire. Cette analyse se trouve parfaitement corroborée par la proposition de « valoriser les parcours professionnels »[871].

[870] HÉNART Laurent, BERLAND Yvon, CADET Danielle *et al.*, *op. cit.* p. 19.

[871] Cette formule correspond à la proposition n° 4 du rapport.

788- La seconde raison, qui revêt un caractère essentiellement financier, résulte des contraintes économiques qui pèsent sur notre système de santé. L'équilibre des finances de l'Assurance maladie est en effet devenu une préoccupation majeure des pouvoirs publics, qui pèse considérablement sur les choix opérés en matière de politique de santé. Il est donc souhaité pouvoir mobiliser les ressources en santé, notamment les corps paramédicaux, au moindre coût. Les membres de la mission n'omettent donc pas de rappeler dans leur rapport qu'il conviendra, en toutes circonstances, de chercher à « contenir les dépenses à un niveau acceptable pour la collectivité »[872].

789- En tout état de cause, cette adaptabilité, regardée comme la condition susceptible de permettre de tirer tout le potentiel des ressources humaines en santé actuelles, s'avère aujourd'hui grandement nécessaire. Afin d'amorcer celle-ci, les membres de la mission présidée par Laurent Hénart incitent ainsi les pouvoirs publics à adopter la démarche « métier ».

b) Une première adaptation à opérer avec l'adoption de la démarche « métiers »

790- Considérant que « la question centrale est celle de la nature des besoins de la population et des différentes manières d'y répondre »[873], les auteurs du rapport souhaitent voir « imposer la démarche métier »[874]. Pour ceux-ci, cette démarche consiste à formaliser un diplôme à partir des besoins en santé constatés et non plus à partir d'une réflexion sur l'offre en professionnels de santé. Ainsi, font-ils valoir que « l'adaptation des métiers aux besoins constitue la clé de voûte de la démarche métier »[875].

791- Dans l'esprit des membres de la mission, la notion de « métier » se fonde ainsi sur la réponse apportée à un besoin spécifique en santé, ce qui n'apparaît nullement être le cas de la notion de « profession ». À bien des égards, la distinction entre les notions de « profession » et « métier » est malaisée. D'ailleurs, quelles que soient les pistes de clarification offertes[876], le Code de la santé publique tend manifestement à les confondre. Ainsi n'est-il pas rare de trouver ces deux notions ensemble au sein d'un même article[877]. À titre d'exemple, l'article R. 4021-13 du Code de la santé

---

[872] HÉNART Laurent, BERLAND Yvon, CADET Danielle *et al.*, *op. cit.* p. 43.

[873] *Ibid.* p. 45.

[874] Cette formule correspond à la proposition n° 1 du rapport.

[875] HÉNART Laurent, BERLAND Yvon, CADET Danielle *et al., op. cit.* p. 45.

[876] TOURMEN Claire, « Activité, tâche, poste, métier, profession : quelques pistes de clarification et de réflexion », *Santé publique*, 2007, vol. 19, p. 15-20.

[877] À titre d'exemple, l'article L. 4021-3 du code dispose que « l'ensemble des actions *réalisées par les professionnels* au titre de leur obligation de développement professionnel continu sont retracées dans un document dont le contenu et les modalités d'utilisation sont définis par le conseil national professionnel compétent *au titre de leur métier* ou de leur spécialité ».

publique précise que la commission scientifique indépendante des « professions » paramédicales est décomposée en sous-section des « métiers » du soin infirmier ; sous section des « métiers » des soins de rééducation ; sous section des « métiers » médico-techniques et de la pharmacie ; sous-section des « métiers » de l'appareillage.

792- Par cette formule « métier en santé », les membres de la mission présidée par Laurent HÉNART tentent tout simplement d'établir une distinction avec les professions paramédicales d'ores et déjà existantes, définies au sein du Code de la santé publique par les actes que les praticiens sont autorisés à exécuter. À l'offre des professions de santé actuelle semble ainsi devoir être substituée une offre fondée sur la demande en métiers en santé, lesquels doivent nécessairement répondre à des besoins spécifiques en santé et *a fortiori* en compétences. La nécessité de la démarche métier ne peut être *a priori* remise en question, puisque les auteurs en font le résultat d'un raisonnement voulu cartésien. Cependant, la pertinence de ce dernier se trouble nettement lorsqu'ils précisent que le champ des nouveaux métiers en santé de niveau intermédiaire comprend « les professions de santé *stricto sensu* et les professions au service de la santé »[878].

793- Nonobstant cette remarque, les membres de la mission souhaitent vraisemblablement marquer de leur sceau la réflexion sur l'organisation des praticiens intervenant dans le système de santé. La nécessité de rompre avec le passé, et notamment avec la définition des professions de santé fondée sur les décrets énumérant les actes que les praticiens sont autorisés à exécuter, est explicitement affirmée. Les auteurs se font écho, tel qu'il a déjà été mentionné, de la thèse de Joël MORET-BAILLY et invitent les pouvoirs publics à redéfinir les professions de santé par les missions qui leur seraient confiées[879], ce qui permettrait probablement une plus grande adéquation de l'offre en professionnels de santé aux besoins actuels, mais également une grande adaptabilité de ceux-ci aux enjeux futurs du système de santé. Or, cet auteur précise que si l'exclusion définitive de toute référence aux actes pratiqués apparaît « relativement aisée en ce qui concerne les professions d'infirmier et infirmière, de masseurs-kinésithérapeutes ou de pédicure podologue, elle semble plus difficile en ce qui concerne d'autres professions, par exemple celle de manipulateur d'électroradiologie médicale, tant celle-ci semble, justement, organisée pour effectuer certains actes précis »[880].

794- Manifestement, toutes les professions paramédicales ne peuvent se voir dotées d'une capacité d'adaptation et être appelées à évoluer vers un métier de santé de niveau intermédiaire. Certaines répondent déjà à certains besoins techniques en santé. De ces compétences techniques spécifiques,

---

[878] HÉNART Laurent, BERLAND Yvon, CADET Danielle *et al.*, *op. cit.* p. 48.

[879] MORET-BAILLY Joël, *op. cit.*

[880] *Loc. cit.*

le système de santé ne peut se passer et les pouvoirs publics n'ont ainsi aucune raison de faire évoluer les corps correspondants. Pour d'autres professions, par contre, l'évolution vers un métier intermédiaire en santé apparaît plus que probable.

795- Il a été démontré que la création effective de métiers intermédiaires en santé est conditionnée par une réforme préalable de l'organisation des professions de santé, propres à pourvoir les corps correspondants d'une grande adaptabilité[881]. Une démonstration sensiblement identique peut être à présent réalisée pour ce qui peut être dénommé l'organisation de la dispensation des soins en santé. C'est ce qui est proposé, pour l'essentiel, dans le paragraphe suivant.

[881] Au sein du second titre de la présente partie, il est justement proposé une évolution visant à doter les corps professionnels paramédicaux d'une grande capacité d'adaptation, propre à leur permettre de répondre aux besoins en santé.

Paragraphe 2 : Une seconde condition tenant dans une réforme préalable de l'organisation de la dispensation des soins en santé

796- À l'instar de l'organisation des professions de santé, l'organisation de la dispensation des soins en santé doit nécessairement faire l'objet d'une réforme structurelle et substantielle pour que les métiers en santé de niveau intermédiaire bénéficient d'« une intégration efficace et harmonieuse au système de soins »[882]. Pour cause, cette organisation est toujours à l'heure actuelle centrée autour du rôle du médecin, qui possède l'initiative et le contrôle des actes réalisés par les professionnels paramédicaux[883]. Si l'intervention des métiers en santé intermédiaires se voyait subordonnée à la détention, par les patients, d'une prescription médicale, ceux-ci se trouveraient dans une situation identique à celles des professionnels paramédicaux. Dès lors, qu'est-ce qui justifierait qu'ils soient regroupés au sein d'une catégorie distincte, dénommée intermédiaire ?

797- Ainsi, dans l'objectif de démontrer en quoi une réforme structurelle préalable de l'organisation de la dispensation des soins en santé s'avère aujourd'hui nécessaire, il importe d'exposer, dans un premier temps, pourquoi celle-ci semble d'ores et déjà être totalement justifiée par l'évolution récente des soins en santé (A), avant d'exposer, dans un second temps, en quoi l'intermédiarité en santé remet en question la conception médico-centrée de l'organisation considérée (B).

A. Un renouvellement pressenti au regard de l'évolution récente des soins en santé

798- Il apparaît évident que la proposition de création des métiers en santé de niveau intermédiaire ne vise pas seulement à permettre l'avènement d'une catégorie intermédiaire entre les professions médicales et les professions paramédicales. En effet, l'intermédiarité en santé devrait logiquement impacter la manière dont les soins sont dispensés dans notre système de santé en santé. Il en résulte que l'organisation concernée devra nécessairement être, tôt ou tard, renouvelée. Il convient donc de démontrer que ce renouvellement s'impose déjà comme une nécessité, au regard de l'évolution récente de la notion de soins en santé, qui modifie profondément le rôle que les professionnels paramédicaux sont appelés à jouer dans le système de santé.

799- C'est dans la perspective d'étayer ce dernier propos qu'il est proposé de présenter, dans un

[882] *Ibid.* p. 18.

[883] Sous réserve que ceux-ci soient à visée thérapeutique.

premier temps, l'évolution récente de la notion de « soins en santé » (a), avant de s'intéresser, dans un second temps, à l'évolution qui semble programmée des modalités de dispensation des soins en santé (b).

a) L'évolution récente de la notion de « soins en santé »

800- À l'aune de l'évolution récente des soins en santé, une réforme substantielle de l'organisation de la dispensation des soins en santé est déjà pressentie. En effet, l'élargissement progressif de la notion de « santé », et par conséquent de celle de « soins en santé », a poussé les pouvoirs publics, au début des années 2000, à reconsidérer la manière dont les professionnels de santé paramédicaux devaient être appréhendés. Ils ont ainsi modifié les uns après les autres les rôles que la plupart des corps considérés étaient appelés à jouer dans notre système de santé. Depuis lors, de ces derniers il n'est plus attendu seulement la réalisation d'actes techniques, mais également qu'ils participent à l'amélioration de la santé publique et initient et conduisent des actions en ce sens.

801- Cette nouvelle manière d'appréhender les professionnels paramédicaux justifie pleinement une réforme de l'organisation de la dispensation des soins en santé. Afin de démontrer ce point, il sera étudié, dans un premier temps, l'élargissement récent de la notion de « santé » (1), puis expliqué, dans un second temps, comment celui-ci est à l'origine d'une extension sans précédent des missions confiées aux professionnels paramédicaux (2).

1. L'évolution de la notion de « santé »

802- En 1946, l'Organisation mondiale de la Santé abandonne la conception négative de la notion de « santé », qui correspond à l'absence de maladie ou d'infirmité, et adopte une vision positive et élargie de celle-ci, la définissant alors comme « un état de complet bien-être physique, mental et social »[884]. Ce nouveau paradigme se développe lentement et, après plusieurs décennies, certains membres du corps médical entreprennent de faire évoluer la manière dont doit être appréhendé l'état de santé des patients. L'impulsion est donnée par le Docteur Georges Libman ENGEL, qui propose en 1980 de substituer au modèle bio-médical originel un modèle dit bio-psycho-social[885]. En présentant ce paradigme, celui-ci appelle à rénover les activités de santé d'antan, centrées sur

[884] Organisation mondiale de la Santé, *Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé* [en ligne], 22 juillet 1946, https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf/

[885] ENGEL Georges Libman, « The clinical application of the biopsychosocial model », *Journal of Psychiatry*, 1980, nº 137, p. 535-544.

l'appréciation des signes cliniques et les résultats des examens paracliniques, desquels sont déduits les soins à apporter au patient, en réponse à sa pathologie. Pour cet auteur, en effet, la prise en compte des aspects physiques, mentaux et sociaux de l'individu s'avère indispensable, l'objectif premier du praticien étant de préserver ou restaurer l'état de santé de son patient. Globalement destiné à lutter contre le réductionnisme biologique[886], ce nouveau modèle, centré sur la santé et non plus uniquement sur le soin, s'impose progressivement au sein de l'organisation de notre système de santé.

803- Ainsi, l'article 2 de la loi du 9 août 2004 intègre au rang des objectifs de santé publique à la charge de la Nation, lesquels sont précisés à l'article L. 1411-1 du Code de la santé publique, « la surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et de ses déterminants ». La lettre de cet alinéa est complétée douze ans plus tard par l'article 1er de la loi du 26 janvier 2016, qui précise que sont concernés, notamment, les déterminants « liés à l'éducation et aux conditions de vie et de travail » . À cette occasion, la notion d'« exposome », définie comme « l'intégration sur la vie entière de l'ensemble des expositions qui peuvent influencer la santé humaine »[887], pénètre le corpus juridique français. Désormais, doit ainsi être pris en compte tout facteur susceptible d'influencer l'état de santé de l'individu, qu'il soit physique, psychique, éducatif ou environnemental.

804- Manifestement, la notion de « santé » dépasse largement celle de « soin ». Ces deux notions ne sont pas pour autant incompatibles. D'ailleurs, elles coexistent parfaitement au sein du Code de la santé publique. Cependant, il est possible de s'interroger sur ce que le législateur rattache à chacune d'elles. À titre d'exemple, il peut être évoqué l'institution dans notre système de santé de « réseaux de santé »[888] aux côtés de « réseaux de soins », lesquels possèdent une dimension économique prépondérante[889], ou encore le développement connexe des « parcours de santé »[890] et des « parcours de soins »[891] des patients[892].

[886] Pour plus de précisions sur la création du modèle biopsychosocial, *cf.* SIKSOU Maryse, « Georges Libman Engel (1913-1999), Le modèle biopsychosocial et la critique du réductionnisme biomédical », *Le Journal des psychologues*, 2008, n° 260, p. 52-55.

[887] Article L. 1411-1 du Code de la santé publique, dans sa rédaction issue de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, *op. cit.*

[888] Les réseaux de santé, définis à l'article L. 6321-1 du Code de la santé publique, créé par l'article 84 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, ont pour objet de « favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires […] (et d'assurer) une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins ».

[889] Pour plus de détails sur les réseaux de soins, *cf.* DURAND Nicolas et EMMANUELLI Julien, *Les réseaux de soins*, Paris, La Documentation française, juin 2017, n° 2017-107R.

[890] Le parcours de santé fait l'objet du titre II de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016. Celui-ci comprend cinquante articles.

[891] Le parcours coordonné de soins est institué par l'article 7 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004, *op. cit.*

[892] Il existe également le « parcours de vie » du patient, qui est un « ensemble de règles qui organise les dimensions fondamentales de la vie sociale de l'individu » (*cf.* BOUQUET Brigitte et DUBÉCHOT Patrick, « Parcours, bifurcations,

805- Une étude du Code de la santé publique permet de révéler la préférence du législateur pour le vocable « santé ». Pour un exemple circonstancié, le vocable « parcours » est accompagné dans près de 32 % des cas du vocable « soins », contre 68 % pour le vocable « santé ». La notion de « santé » semble devoir progressivement s'imposer, ce qui peut être regardé comme logique. Pour Stéphane BRISSY, « ce changement de terminologie est significatif d'une prise en charge plus globale de la personne, non centrée exclusivement sur le soin »[893]. L'individu n'est plus considéré comme un simple bénéficiaire des soins en santé, sur lequel s'établit un paternalisme médical bienveillant[894]. La loi du 4 mars 2002 consacre les droits des malades et lui confère un rôle prépondérant dans la décision des actes concernant sa santé[895], compte tenu des informations et des préconisations qui lui sont adressées. À cette occasion, la « décision médicale » a laissé place à la « décision médicale partagée »[896].

806- Cette conception élargie de la santé a fortement pénétré l'organisation de notre système de santé. Il en résulte une modification importante des missions confiées aux corps paramédicaux.

2. Une évolution impactant les missions des professionnels paramédicaux

807- Au cours des années 1990, l'élargissement du concept de santé conduit à une extension importante du domaine des soins en santé. En effet, dans la mesure où la santé est désormais considérée comme l'état qu'il convient de préserver ou restaurer, le soin en santé revêt un aspect dual. S'il est nécessairement constitué d'une dimension thérapeutique, il comprend également, dans son essence, une dimension préventive. La question des professionnels de santé auxquels une mission générale de santé publique doit être confiée se pose alors.

808- L'organisation des professions de santé oppose alors un corps médical à compétence générale, supposé posséder toutes les connaissances relatives à la santé, quel que soit le domaine, à des corps professionnels paramédicaux, considérés comme des techniciens en santé détenant des compétences et connaissances spécifiques, mais auxquels il ne semble pouvoir être confié que des rôles

ruptures, éléments de compréhension de la mobilisation actuelle de ces concepts », *Vie sociale*, 2017, n° 18, p. 13).

[893] BRISSY Stéphane, « Les évolutions dans l'exercice groupé des professions de santé », *RDSS*, 2013, p. 584.

[894] Pourtant, tel que le souligne le Professeur Michel BORGETTO, le Code de la santé publique ne fait aucunement référence, de manière expresse, au « parcours du patient ». Pour plus de précisions sur le sujet, *cf*. BORGETTO Michel, « Le parcours du patient », *RDSS*, 2021, p. 393.

[895] Pour plus de précisions, *cf.* article L. 1111-4 du Code de la santé publique, dont le premier alinéa dispose que « toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé ».

[896] Haute Autorité de Santé, *Patient et professionnels de santé : décider ensemble, Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée »* [en ligne], publié en octobre 2013, [consulté le 2 octobre 2018], https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/ 2013-10/12iex04_decision_medicale_part agee_mel_vd.pdf/

strictement pratiques. À qui, dès lors, confier la santé publique, qui nécessite la prise en compte de l'ensemble des aspects relatifs à la santé ? En toute logique, ces aspects devraient échapper, en tout ou partie, aux considérations restreintes de simples techniciens. Cependant, le corps médical n'a pas le temps de mener à bien de telles actions, puisque la diminution du temps médical est déjà à cette date fortement dénoncée.

809- Au début des années 2000, les pouvoirs publics procèdent ainsi au choix de confier la mission de santé publique à l'ensemble des professionnels de santé. Les formes que celle-ci peut recouvrir, à savoir la promotion de la santé, la prévention et l'éducation thérapeutique, sont progressivement intégrées au sein de la définition ou du référentiel de compétences des différentes professions paramédicales[897]. Ainsi, si l'infirmier peut depuis longtemps, en vertu d'une loi du 31 mai 1978[898], participer à « différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé »[899], le diététicien possède une compétence restreinte en santé publique, limitée à sa seule contribution « aux activités de prévention […] relevant du champ de la nutrition »[900]. Les apports de la loi du 26 janvier 2016 doivent ici être relevés, puisque depuis son adoption, aux côtés de l'assistant dentaire, qui « contribue aux activités de prévention et d'éducation pour la santé dans le domaine bucco-dentaire »[901], ce sont pas moins de trois pratiques professionnelles en santé, à savoir la masso-kinésithérapie, l'orthophonie et l'orthoptie, qui ont vu apparaître au sein de leur définition les notions de « promotion de la santé » et « prévention ».

810- Deux remarques s'imposent. Tout d'abord, les compétences en santé publique revêtent ici un caractère apparemment général et n'apparaissent aucunement limitées à un champ d'intervention particulier[902]. Par ailleurs, si, auparavant, l'intervention des professionnels paramédicaux ne pouvait être regardée qu'en termes de « participation » ou « contribution »[903] au traitement mis en œuvre par le médecin, les missions de santé publique constituent indéniablement à ce jour des compétences professionnelles propres à chacun, qui échappent totalement au contrôle du corps médical.

---

[897] Il est ici exclu tout développement relatif aux médecins qui possèdent des compétences générales en santé.

[898] Loi n° 78-615 du 31 mai 1978 modifiant les articles L. 473, L. 475 et L. 476 du code de la santé publique relatifs à la profession d'infirmier ou d'infirmière et l'article L 372 de ce code, relatif à l'exercice illégal de la médecine, JORF n° 127 du 1er juin 1978, p. 2235.

[899] L'article L. 473 du Code de la santé publique est devenu l'article L. 4311-1 du même code, suite à la publication de l'ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000, *op. cit.*

[900] Article L. 4371-1 du Code de la santé publique, dans sa rédaction issue de la loi n° 2007-127 du 30 janvier 2007 ratifiant l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions et modifiant le code de la santé publique, JORF n° 27 du 1er février 2007, texte n° 1.

[901] Article L. 4393-8 du Code de la santé publique.

[902] Ce propos est démontré, en ce qui concerne le masseur-kinésithérapeute, au 1. Des missions de santé publique, p. 351.

[903] Pour une justification de cette affirmation, *cf.* développement n° 763, p. 269.

811- Considérant les intérêts que présentent les actions en santé publique réalisées au bénéfice de la population nationale, il peut être supposé que tous les professionnels intervenant dans le domaine de la santé se verront, un jour ou l'autre, attribuer une compétence, spécifique ou générale, en santé publique. Un certain nombre de réformes peuvent d'ores et déjà être raisonnablement envisagées. Celles-ci concernent principalement les professionnels paramédicaux qui possèdent un référentiel de compétences qui fait expressément référence à une compétence en santé publique, à savoir le pédicure-podologue, compétent pour « concevoir et conduire une démarche de conseil, d'éducation, de prévention en pédicurie-podologie et en santé publique »[904] et l'ergothérapeute, qui « élabore[...] et condui(t) une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique »[905]. De manière quelque peu surprenante, le psychomotricien est, du moins pour le moment, totalement exclu de cette dynamique.

812- L'extension des missions confiées aux différents professionnels paramédicaux appelle ainsi, dans une certaine mesure, le renouvellement de l'organisation de la dispensation des soins en santé. Celui-ci apparaît surtout impératif au regard de l'évolution prévisible des modalités de dispensation des soins considérés.

b) L'évolution prévisible des modalités de dispensation des soins en santé

813- Notre système de santé est en pleine mutation. En effet, les pouvoirs publics cherchent depuis plusieurs décennies à le rendre plus efficace, de manière à lui permettre de relever les défis de demain, mais également plus efficient, afin d'assurer sa pérennité, laquelle est vraisemblablement compromise par le déséquilibre constant des finances de l'Assurance maladie. Dans le même temps, les avancées de la médecine invitent à redéfinir les rôles joués par les membres du corps médical dans le cadre de la dispensation des soins en santé. Pour ces raisons, une évolution de l'organisation correspondant est d'ores et déjà pressentie.

814- Afin d'en exposer la consistance, il convient de se pencher, dans un premier temps, sur le développement récent des soins ambulatoires (1), avant de s'attarder, dans un second temps, sur le bouleversement que ne manquera pas de produire l'émergence de la médecine dite « 5P » (2).

---

[904] Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, *op. cit.*

[905] Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute, JORF n° 156 du 8 juillet 2010, texte n° 30, BO Santé – Protection sociale – Solidarité n° 7 du 15 août 2010, p. 163, modifié par l'arrêté du 23 septembre 2014, JORF n° 225 du 28 septembre 2014, texte n° 13.

1. Une évolution marquée par le développement des soins ambulatoires

815- Depuis quelques années, dans l'objectif de rationaliser les coûts produits par les soins en santé, les pouvoirs publics entreprennent d'organiser la dispensation des soins en dehors des institutions hospitalières. Les mesures adoptées réalisent ensemble ce qui est communément dénommé le « virage ambulatoire ». Certains auteurs affirment que la prise en charge ambulatoire des usagers du système de santé « est devenu(e) un des piliers majeurs de la politique de santé en France »[906] et constitue, à ce titre, un des « éléments déterminants de l'offre de soins dont il appartient à l'État d'assurer la continuité afin de garantir l'accès aux soins pour tous »[907]. Notion dont la définition peut être discutée[908], le « virage ambulatoire » implique donc que la grande majorité des soins dispensés aux usagers du système de santé, dont une partie importante était jusqu'alors supportée par les praticiens hospitaliers, soit désormais assurée par les professionnels de santé exerçant leur activité dans un cadre libéral[909,910].

816- Or, dans la mesure où l'inhomogénéité de la répartition géographique de ces derniers sur le territoire national est déjà dénoncée[911], le virage ambulatoire devrait impliquer, tel que le souligne Guillaume ROUSSET, une inévitable accentuation des « inégalités territoriales de santé »[912]. En effet, le transfert des prises en charge hospitalières vers le milieu professionnel libéral devrait surtout bénéficier aux professionnels de santé installés aux alentours des établissements, c'est-à-dire pour le plus grand nombre d'entre eux, dans les zones urbaines. À terme, ces zones devraient connaître un regain d'attractivité et, par la genèse d'une sorte de cercle vicieux, attirer les nouveaux diplômés. Les mesures visant à réguler l'offre de soins ne peuvent ainsi y produire qu'un effet très relatif, dans la mesure où la demande de soins y sera croissante. Par ailleurs, cette concentration vers les zones urbaines ne manquera pas de majorer l'inadéquate répartition des professionnels de santé sur le territoire national.

817- Contre cela, le renouvellement des conditions de dispensation des soins en santé et l'évolution

---

[906] VIGNÉ Céline, « ARS et virage ambulatoire », *RDSS*, 2016, p. 125.

[907] MOQUET-ANGER Marie-Laure, « La continuité et l'accès aux services de santé », *RDSS*, 2013, p. 25.

[908] DUPONT Marc, « L'ambulatoire : éléments d'une définition », *RDSS*, 2016, p. 7.

[909] L'INSEE considère en effet que les soins ambulatoires « se composent des soins dispensés au titre de l'activité libérale par les médecins, les dentistes et les auxiliaires médicaux (les infirmiers, les kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes), des actes d'analyse effectués en laboratoire et des soins dispensés en cures thermales ». Pour plus de précisions, *cf.* Institut national de la statistique et des études économiques, *Soins ambulatoires* [en ligne], [consulté le 21 mars 2019], https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1401/

[910] La Stratégie nationale de Santé 2018-2022 vise, comme objectif, le taux de 70 % de chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé d'ici à 2022.

[911] Pour plus de précisions sur le sujet, *cf.* 2. Une insuffisance étayée par une étude géographique, p. 261.

[912] ROUSSET Guillaume, « Ambulatoire et soins de ville : comment favoriser la déambulation croisée du patient et du professionnel de santé libéral », *RDSS*, 2016, p. 111.

du cadre juridique de certaines professions paramédicales offrent une piste de réflexion intéressante. En effet, ensemble, la démographie médicale déficitaire et la désertification des professionnels de santé dans certaines zones du territoire national pourraient vraisemblablement trouver une réponse dans le transfert, à certains professionnels paramédicaux, de compétences jusqu'alors du ressort des seuls membres du corps médical. Ces professionnels paramédicaux pourraient, de la sorte, assurer une prise en charge élargie des patients. Les compétences considérées semblent ainsi devoir revêtir des aspects cliniques notables, tels que l'établissement de diagnostics de pathologies bénignes, ou encore organisationnels, propres à permettre aux praticiens considérés d'orienter, si nécessaire, le patient vers un autre professionnel de santé. Il en résulterait, outre un gain d'efficience, la limitation tant des intervenants auprès des patients que des coûts financiers générés par la prise en charge. Ce renouvellement des modalités de dispensation des soins en santé trouve un argument prégnant dans les expérimentations mises en œuvre par les décrets du 6 mars 2020[913], en vertu desquels est confiée à des masseurs-kinésithérapeutes délégués la possibilité d'être consultés, pour des motifs restreints, en accès direct.

818- Le renouvellement de l'organisation de dispensation des soins en santé semble ainsi d'ores et déjà pressenti. Celui-ci apparaît totalement exigé par l'évolution de l'exercice médical, qui tend aujourd'hui à se conformer aux exigences de la médecine dite « 5P », caractérisée par ses aspects prédictif, préventif, personnalisé et participatif et fondée sur les preuves établies d'un service rendu au patient[914].

2. Une évolution exigée par la médecine dite « 5P »

819- Depuis quelques années, la médecine « 5P » s'impose comme le concept sur lequel se fondera la médecine de demain. Historiquement, l'expression « 4P » provient des professionnels du marketing qui proposent au cours du XX^{e} siècle la détermination de leur activité sous la forme de quatre éléments : produit, prix, place, promotion. La formule est détournée ultérieurement pour désigner les nouvelles formes d'actions publiques[915], puis adoptée par les membres du corps médical, qui lui adjoignent un cinquième « P ». Dans sa nouvelle forme, la médecine intitulée « 5P »

---

[913] Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle », *op. cit.* ; arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle », *op. cit.*

[914] DAMON Julien, « Révolution numérique : sécurité sociale 2.0 et médecine "5P" », *RDSS*, 2017, p. 927.

[915] GROSDHOMME LULIN Élisabeth, *Gouverner à l'ère du Big data, Promesses et périls de l'action publique algorithmique,* Paris, Institut de l'Entreprise, 2015.

se veut prédictive, préventive, personnalisée, participative et fondée sur les preuves établies d'un service rendu au patient[916].

820- Il importe d'expliquer ce que recouvrent ces différentes caractéristiques. Chaque individu possède, en considération de ses profils génétique ou protéique, un risque plus ou moins important de développer au cours de sa vie certaines pathologies particulières. La prise en compte de ce risque caractérise la médecine prédictive. La médecine doit également s'attacher à mettre en œuvre des traitements préventifs de manière à minimiser l'action délétère des facteurs négatifs, notamment ceux comportementaux. Les soins, dont il est pensé qu'ils pourront être personnalisés et adaptés aux caractéristiques individuelles, doivent revêtir une efficacité optimale, laquelle ne saurait être révélée autrement que par les études scientifiques. À ce titre, la médecine « 5P » est présentée comme une médecine de haut niveau technique et scientifique. Elle devrait s'appuyer et accompagner le développement de l'intelligence artificielle en santé[917].

821- En tout état de cause, la pénétration dans notre système de santé de la médecine « 5P » doit conduire à une véritable mutation des pratiques médicales actuelles. En effet, les membres du corps médical devraient logiquement s'attacher à intégrer promptement, dans leur pratique quotidienne, les avancées scientifiques et technologiques les plus récentes, et ce notamment afin de répondre à l'exigence de soins de qualité, qui devront être prédictifs et personnalisés. Dans ces conditions, les connaissances médicales à maîtriser se trouveront considérablement exacerbées et de nombreux médecins, généralistes ou spécialistes, n'auront pas d'autres choix que de s'hyperspécialiser. Dans la mesure où le temps médical est d'ores et déjà compté, pourront-ils alors assurer pleinement et efficacement toutes les missions qui leur sont aujourd'hui confiées ?

822- Le transfert de compétences essentielles entre les médecins et les professionnels paramédicaux peut, à ce titre, être regardé comme inévitable. En effet, si l'émergence de la médecine dite « 5P » se produit de manière effective, les membres du corps médical devront rapidement s'appuyer sur d'autres professionnels, susceptibles de les suppléer dans la dispensation de nombreux soins en santé. Les tâches confiées à ces derniers pourraient être très diversifiées, telles que la réalisation d'examens spécifiques, la dispensation de soins techniques, l'organisation du parcours de santé, la coordination des différents acteurs autour du patient, etc. D'ailleurs, aujourd'hui même, de telles missions sont déjà confiées à des professionnels paramédicaux, sous réserve d'avoir bénéficié d'une formation complémentaire, adaptée et pertinente, qui leur apporte les connaissances nécessaires à

---

[916] DAMON Julien, *op. cit.*

[917] Pour une étude de l'intelligence en santé, *cf.* BENSAMOUN Alexandra et LOISEAU Grégoire, *Droit de l'intelligence artificielle*, 1re éd., Paris, LGDJ, 2019, p. 309-331 ; MERABET Samir, Vers un droit de l'intelligence artificielle, BARBIER Hugo (dir.), thèse de doctorat, droit, Université d'Aix-Marseille, 2018.

ces nouvelles activités de santé[918].

823- Manifestement, à l'aune de ces évolutions, la conception médico-centrée de l'organisation de la dispensation des soins en santé doit être abandonnée. D'ailleurs, cet abandon constitue de toute évidence une condition préalable à l'application effective et réussie de l'intermédiarité en santé.

B. La notion d'intermédiarité au sein d'une organisation médico-centrée de la dispensation des soins en santé

824- La création de métiers en santé de niveau intermédiaire ne semble pas pouvoir survenir de manière efficace au sein d'une organisation de la dispensation des soins en santé médico-centrée. Le caractère médico-centré de notre système de santé est la conséquence directe de la primauté historique du corps médical. En effet, comme précédemment évoqué[919], à la fin du XIX^e^ siècle, celui-ci s'est doté d'aides, auxquelles il a confié des tâches strictement secondaires[920]. Or, malgré l'évolution progressive des compétences mises en œuvre par les professionnels paramédicaux, l'organisation de la dispensation des soins en santé n'a jamais été substantiellement modifiée.

825- C'est donc dans l'objectif de démontrer que la proposition de création de métiers en santé de niveau intermédiaire appelle incontestablement un renouvellement préalable de l'organisation considérée qu'il est proposé d'explorer, dans un premier temps, en quoi la dispensation des soins en santé est actuellement fortement médico-centrée (a), avant d'étudier, dans un second temps, les rôles qui pourraient être confiés aux métiers intermédiaires dans une organisation renouvelée (b).

a) Une organisation de la dispensation des soins en santé encore sous contrôle médical

826- L'étude diachronique de l'organisation du système de santé permet de mettre en évidence la prééminence absolue des membres du corps médical sur l'ensemble des soins en santé. Sur les actes des aides dont ils se sont dotés, notamment à partir de la fin du XIX^e^, les Docteurs en médecine exercent encore aujourd'hui un contrôle permanent, que ce soit d'une manière directe (1) ou indirecte (2).

---

[918] Ce transfert de compétences essentielles est réalisé dans le cadre de l'exercice infirmier en pratique avancée. Pour plus de précisions sur le sujet, *cf.* 2. Le dispositif d'exercice en pratique avancée, p. 244.

[919] Pour l'histoire de la construction médico-centrée du système de santé français et de la nécessité, pour le médecin, de se doter d'aides, *cf.* développement n° 4 et suivants, p. 2.

[920] Ce qui a déjà été traité au sein du 2. La place secondaire des professions dites d'auxiliaires médicaux, p. 269.

1. L'évolution du contrôle direct sur les soins réalisés par les professionnels paramédicaux

827- À partir de la fin du XIX^e^ siècle, les pouvoirs publics créent des professions d'auxiliaires médicaux, aux fins d'assister les membres du corps médical dans leurs activités quotidiennes. Les tâches élémentaires qui sont alors confiées à ceux-ci possèdent une dimension essentiellement technique. Les Docteurs en médecine ont ainsi l'opportunité et le temps de se consacrer à des actes médicaux jugés plus prestigieux, autrement dit aux actes nécessitent réflexion et/ou dextérité. Or, bien qu'au cours des décennies suivantes les auxiliaires médicaux gagnent progressivement en technicité et en indépendance, leur situation vis-à-vis des membres du corps médical n'évolue pas. Ces derniers conservent en effet un indéfectible contrôle à l'égard de tous les actes de soin. Plus précisément, les Docteurs en médecine conservent le contrôle discrétionnaire et souverain d'initier, suspendre, interrompre et renouveler les prises en charge paramédicales.

828- Cette situation est rendue pérenne par l'inscription systématique, au sein de la définition légale d'une profession paramédicale, de la mention d'un « art thérapeutique » exercé « sur prescription médicale »[921]. Cependant, à cette règle générale est prévu un tempérament. En effet, pour reprendre une nouvelle fois l'exemple des masseurs-kinésithérapeutes, « lorsque [ceux-ci] agissent dans un but thérapeutique, […] (ils) pratiquent leur art sur ordonnance médicale »[922]. Il en résulte, par un raisonnement *a contrario,* que lorsque ceux-ci n'agissent pas dans un but thérapeutique, leurs soins ne sont pas soumis à la prescription médicale préalable[923]. Les usagers du système de santé peuvent ainsi toujours consulter directement un professionnel paramédical pour des soins qui relèvent des champs esthétique, hygiénique ou sportif. Hors ces cas, les professionnels concernés doivent obligatoirement, sous peine de se rendre coupables d'une faute professionnelle, refuser les patients souhaitant les consulter directement et les orienter vers un médecin, afin que ce dernier réalise un examen médical attentif et consciencieux, propre à lui permettre de déterminer la pertinence et l'opportunité de l'exécution des actes paramédicaux.

829- Les membres du corps médical possèdent également un pouvoir de contrôle sur les soins dispensés. En effet, les professionnels paramédicaux sont tenus de mettre à la disposition du médecin-prescripteur, voire même parfois de lui adresser, les bilans effectués au début, pendant ou à la fin de la prise en charge. À titre d'exemple, le bilan diagnostic kinésithérapique, introduit dans

---

[921] Seul l'infirmier, en vertu de l'article L. 4311-1 du Code de la santé publique, exerce « sur prescription ou conseil médical ».

[922] Article L. 4321-1 du Code de la santé publique, dans sa rédaction issue de la loi n° 46-857 du 30 avril 1946, *op. cit.*

[923] À cet égard, il peut être relevé que le vocable « ordonnance » semble fortement marquer le caractère obligatoire. Cette analyse se fonde sur les acceptions du vocable « ordonnance », telles que présentées dans le dictionnaire de Gérard CORNU, *op. cit.* p. 717. Ce vocable est remplacé au début de l'année 2016, dans l'article en question, par le vocable « prescription ». Il pourrait être discuté des conséquences de cette substitution.

la pratique quotidienne du masseur-kinésithérapeute par un décret du 27 juin 2000[924], est composé d'un bilan comprenant « le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés ». Celui-ci devait initialement être adressé au médecin prescripteur à l'issue de la dernière séance de la prise en charge effectuée, quelle qu'en soit la durée. Aujourd'hui, en vertu de l'article R. 4321-2 du Code de la santé publique, tel que codifié par un décret du 29 juillet 2004[925] et modifié par un décret du 29 juillet 2009[926], l'envoi du bilan au médecin doit être effectué « lorsque le traitement a comporté un nombre de séances égal ou supérieur à dix ». Cependant, dans un même temps est affirmée l'obligation faite au masseur-kinésithérapeute de mettre ce bilan à la disposition du médecin prescripteur lorsque celui-ci en fait la demande.

830- Ce contrôle direct opéré par l'autorité médicale sur l'activité des professionnels paramédicaux est désormais assorti de limites. Autrefois, la prescription médicale était quantitative. Il en résultait que le professionnel paramédical devait nécessairement, une fois le nombre total des séances prescrites réalisé, réadresser le patient vers son médecin traitant. Ce dernier disposait alors du pouvoir discrétionnaire et souverain de juger de l'opportunité de poursuivre les soins, quelle qu'était l'opinion du professionnel paramédical. Cette modalité semblait totalement justifiée pour les prises en charge courtes. En revanche, elle s'avérait particulièrement lourde et coûteuse pour les prises en charge longues, notamment pour les patients atteints de pathologies chroniques ou de handicap. C'est certainement pour cette raison que les pouvoirs publics ont supprimé, par un arrêté du 22 février 2000[927], le caractère qualitatif et quantitatif de la prescription médicale requise pour la réalisation de soins paramédicaux, inscrit à l'article 4 de l'arrêté du 6 janvier 1962. La première conséquence de cette suppression a été la faculté pour les professionnels paramédicaux concernés[928] d'apprécier librement le nombre de séances qu'ils estiment nécessaire à la prise en charge optimale de leur patient. La seconde conséquence a été la possibilité de décider librement des actes et techniques à mettre en œuvre, sous réserve qu'ils soient appropriés à l'état de santé du patient.

831- Quelques années plus tard, la capacité de renouveler certaines prescriptions médicales datant de moins d'un an a été octroyée à des professionnels paramédicaux. Dans un premier temps, la loi du 21 juillet 2009 a modifié la rédaction de l'article L. 4311-1 du Code de santé publique et confié

[924] Décret n° 2000-577 du 27 juin 2000 modifiant le décret n° 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, JORF n° 149 du 29 juin 2000, texte n° 11.

[925] Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code, JORF n° 183 du 8 août 2004, texte n° 37086.

[926] Décret n° 2009-955 du 29 juillet 2009 relatif au bilan kinésithérapique, JORF n° 177 du 2 août 2009, texte n° 13.

[927] Arrêté du 22 février 2000 modifiant l'arrêté du 6 janvier 1962, *op. cit.*

[928] À savoir les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les audioprothésistes.

aux infirmiers le soin de renouveler des ordonnances de médicaments contraceptifs oraux de moins d'un an. Puis, la loi du 26 janvier 2016 a permis aux masseurs-kinésithérapeutes de renouveler, « sauf indication contraire du médecin »[929], les prescriptions médicales initiales d'actes de masso-kinésithérapie datant de moins d'un an et aux pédicures-podologues d'adapter les prescriptions médicales initiales d'orthèses plantaires datant de moins de trois ans, « sauf opposition du médecin »[930]. Les conditions du renouvellement des prescriptions de masso-kinésithérapie devaient à l'origine être organisées par décret. Cependant, devant la carence du pouvoir réglementaire, le législateur a supprimé la mention correspondante de l'article L. 4321-1 du Code de la santé publique à l'occasion de la loi du 26 avril 2021[931]. D'ailleurs, cette loi a étendu le droit au renouvellement des prescriptions médicales datant de moins d'un an aux orthophonistes et aux ergothérapeutes.

832- Cet effacement relatif du contrôle *a priori* et direct opéré par le médecin prescripteur laisse entrevoir une hypothétique et relative émancipation des corps paramédicaux. Cependant, ceux-ci restent sous le contrôle indirect du corps médical. En effet, les choix qu'ils opèrent au cours de leurs prises en charge peuvent toujours être contestés *a posteriori* par les médecins des organismes de Sécurité sociale.

2. L'évolution du contrôle indirect exercé au profit des organismes de Sécurité sociale

833- Manifestement, ce n'est pas parce que le contrôle médical direct exercé sur les prises en charge paramédicales tend à s'effacer qu'il peut être conclu à la disparition de la prééminence médicale dans l'organisation de la dispensation des soins en santé et *a fortiori* sur les professionnels paramédicaux. En effet, le décret du 30 avril 1968[932] a institué au niveau de l'Assurance maladie un service de contrôle médical ayant pour mission, entre autres, la recherche et le redressement des abus professionnels en matière de soins commis au préjudice de la Sécurité sociale ou des assurés sociaux. L'ordonnance du 24 avril 1996[933] a modifié la lettre de l'article L. 315-1 du Code de la sécurité sociale et confié au service de contrôle médical le soin de « procède(r) également à

[929] Article L. 4321-1 du Code de la santé publique, dans sa rédaction issue de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, *op. cit.*

[930] Article L. 4322-1 du Code de la santé publique, dans sa rédaction issue de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, *op. cit.*

[931] Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021, *op. cit.*

[932] Décret n° 68-401 du 30 avril 1968 relatif au contrôle médical du régime général de la Sécurité sociale organisé et contrôlé par la Caisse Nationale de Sécurité sociale de l'Assurance maladie, JORF n° 105 du 5 mai 1968, p. 4560.

[933] Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, JORF n° 98 du 25 avril 1996, p. 6311.

l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des professionnels de santé dispensant des soins aux bénéficiaires de l'assurance maladie [...], notamment au regard des règles définies par les conventions qui régissent leurs relations avec les organismes d'assurance maladie ». Le contrôle de l'organisme de Sécurité sociale, qui autrefois faisait suite à la constatation d'un abus, laisse ainsi place à l'analyse permanente de l'activité des professionnels paramédicaux, laquelle est facilitée par la généralisation des solutions informatiques visant à télétransmettre les feuilles de soins à l'organe de collecte.

834- Ce contrôle technique a été au départ, confié à un ensemble de médecins-conseils, chirurgiens-dentistes-conseils et pharmaciens-conseils. Or, en cinquante-trois ans, la composition du service du contrôle médical n'a pas évolué. Ainsi, les professionnels paramédicaux sont toujours à l'heure actuelle contrôlés par les médecins-conseils de la Sécurité sociale. Pourtant, depuis ont été instaurées des instances ordinales spécifiques. En conséquence, ces professionnels ne devraient-ils pas plutôt être contrôlés par les membres de leur profession, plus aptes à apprécier les moyens mis en œuvre et les résultats obtenus au regard des règles de l'art ? Comment un membre du corps médical peut-il correctement réaliser ce contrôle, alors que bon nombre d'entre eux n'ont qu'une idée très vague des soins dispensés par les professions paramédicales ?

835- En outre, si l'appréciation de la responsabilité disciplinaire du professionnel paramédical, engagée à l'occasion de fautes, abus et fraudes était auparavant, en vertu de l'article L. 145-4 du Code de la sécurité sociale, tel que codifié par le décret du 17 décembre 1985[934], du ressort exclusif d'une section de la chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre des médecins, celle-ci est dorénavant confiée, en vertu des articles L. 145-5-1 et suivants, créés par la loi du 4 mars 2002[935] et modifiés par la loi du 9 août 2004[936], puis la loi du 21 décembre 2006[937], aux instances ordinales des professions concernées. Cependant, ces articles ne s'appliquent pour le moment qu'aux seuls corps des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes.

836- Ainsi, l'organisation de la dispensation des soins en santé a amorcé sa lente mutation et tend progressivement à se défaire de la prééminence historique des membres du corps médical. En tout état de cause, cette dynamique devra être suffisamment engagée pour que puissent efficacement émerger des métiers en santé de niveau intermédiaire.

---

[934] Décret n° 85-1353 du 17 décembre 1985 relatif au Code de la sécurité sociale (Partie législative et partie décrets en Conseil d'État), JORF n° 296 du 21 décembre 1985, p. 14961.

[935] Article 74 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, *op. cit.*

[936] Article 109 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, *op. cit.*

[937] Article 6 de la loi n° 2006-1668 du 21 décembre 2006 portant création d'un ordre national des infirmiers, JORF n° 299 du 27 décembre 2006, texte n° 3.

b) Une réflexion sur les prérogatives susceptibles d'être confiées aux métiers de niveau intermédiaire dans l'organisation renouvelée de la dispensation des soins en santé

837- Manifestement, les personnes publiques évitent tant que possible la question épineuse de la détermination des besoins en compétences professionnelles que la création de métiers en santé de niveau intermédiaire pourrait combler[938]. Cependant, des pistes de réflexion sont offertes par les membres de la mission présidée par Laurent HÉNART, qui affirment dans leur rapport que « la consultation/diagnostic, l'évaluation clinique et la prescription d'examen et/ou de médicaments […] forment le socle des nouveaux métiers »[939]. Or, ces trois éléments gravitent naturellement autour du concept de « diagnostic ». Celui-ci pourrait donc, très probablement, constituer un des éléments essentiels de l'activité professionnelle des nouveaux métiers en santé.

838- Pour cette raison, il convient de démontrer en quoi la consécration d'un véritable « diagnostic intermédiaire » pourrait bouleverser l'entièreté de l'organisation de la dispensation des soins en santé. À cet effet seront successivement abordées la question du « diagnostic intermédiaire » (1), puis les prérogatives susceptibles d'être rattachées à l'exercice d'une compétence diagnostique (2).

1. L'organisation médico-centrée de la dispensation des soins en santé à l'épreuve de la consécration d'un diagnostic intermédiaire

839- L'organisation de la dispensation des soins en santé s'articule depuis son origine autour du diagnostic médical, qui possède une incontestable primauté historique. D'un point de vue juridique, cette primauté a été consacrée par l'ordonnance du 24 septembre 1945, qui a précisé qu'« exerce illégalement la médecine […] toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic »[940]. Or, la lettre de l'article en question n'a aucunement été modifiée par le décret du 5 octobre 1953[941]. Elle a ainsi été retranscrite *in extenso* à l'article L. 372 (1°) du Code de la santé publique. Cet article est devenu, suite à l'ordonnance du 15 juin 2000[942], l'article L. 4161-1 du code précité.

840- Le corps médical a toujours défendu âprement cette compétence essentielle et emblématique

---

[938] Pour une étude des difficultés inhérentes à cette détermination, *cf.* 2. Des besoins en compétences excessivement difficiles à déterminer, p. 254.

[939] HÉNART Laurent, BERLAND Yvon, CADET Danielle *et al*., *op. cit.* p. 38.

[940] Article 8 de l'ordonnance n° 45-2184 relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme, *op. cit.*

[941] Décret n° 53-1001 du 5 octobre 1953, *op. cit.*

[942] Ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000 relative à la partie législative du Code de la santé publique, *op. cit.*

de son activité professionnelle. Il s'est ainsi fermement opposé à ce qu'à d'autres soit reconnue la capacité d'élaborer un diagnostic. Les termes employés par l'Académie nationale de médecine pour critiquer l'utilisation du vocable au sein d'un projet de décret relatif à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute sont révélateurs. En la personne de Claude LAROCHE, l'Académie faisait valoir en 1996 que « le masseur-kinésithérapeute n'établit pas de diagnostic, il n'a reçu la formation nécessaire ni sur le plan théorique ni sur le plan pratique »[943]. Manifestement, à cette époque déjà, le corps médical n'avait aucunement l'intention de partager l'exercice du diagnostic.

841- La défense de cette compétence monopolistique peut se comprendre. En effet, le diagnostic constitue l'objectif capital de l'activité médicale. Dans un grand nombre de cas, il est attendu du médecin qu'il pose dans le tout premier temps de sa prise en charge un diagnostic. Parfois, quand les circonstances l'exigent, il réalise un examen clinique, à l'issue duquel il formule une ou plusieurs hypothèses diagnostiques, que les examens paracliniques confirment ou infirment. Sauf exception, ce n'est qu'une fois le diagnostic définitif posé[944] que le traitement médical est mis en œuvre. Celui-ci peut alors prendre la forme de médicaments, d'agents physiques, de soins paramédicaux, etc. Cette description d'une prise en charge médicale, que d'aucuns ne manqueront pas de qualifier de réductrice, permet d'expliquer en quoi le diagnostic constitue la pierre angulaire de l'activité médicale. Or, dans la mesure où le diagnostic médical sous-tend l'intégralité des décisions prises par les professionnels de santé et détermine notamment le ou les professionnels qui interviendront auprès du patient tout au long de son parcours de soin, il n'est aucunement exagéré d'affirmer qu'il fonde l'organisation de la dispensation de soins en santé.

842- Qu'adviendrait-il, dès lors, si le « diagnostic, l'évaluation clinique et la prescription d'examen et/ou de médicaments » étaient confiés également à des métiers intermédiaires en santé ?[945] Le corps médical se verrait alors, en quelque sorte, dépossédé de l'exclusivité d'une de ses compétences essentielles, mais également du rôle prééminent qu'il joue dans l'organisation de la dispensation des soins en santé. Cependant, l'octroi d'une compétence diagnostique aux métiers en santé de niveau intermédiaire engendrerait certainement un glissement de compétences. En ce sens, si le diagnostic

---

[943] LAROCHE Claude, *Avis de la Commission XV (Éthique et responsabilités professionnelles) sur le projet de décret n° 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute*, *op. cit.*

[944] Est ici éludée la question du traitement médical à visée diagnostique.

[945] Ces nouveaux métiers en santé de niveau intermédiaire ne semblent en effet pouvoir se satisfaire d'une place secondaire, aux côtés des professionnels paramédicaux. Celle-ci, d'ailleurs, viderait de son sens le concept de métiers de niveau intermédiaire. Néanmoins, l'accueil qui pourrait leur être réservé par les usagers du système de santé reste très incertain. Pour un exemple éloquent, il peut être utilement relevé la question posée par Didier TRUCHET, à propos des actes de télémédecine réalisés par un professionnel de santé non médecin : « Certes, […] (le patient) a à ses côtés, un professionnel de santé [...] qui l'aide, le rassure, lui donne les explications complémentaires, si nécessaire, bref joue l'intermédiaire. Mais un intermédiaire remplace-t-il vraiment, sur le plan relationnel et humain, celui qui joue le rôle principal ? » (TRUCHET Didier, « Télémédecine et déontologie », *RDSS*, janvier-février 2020, p. 44).

intermédiaire peut recouvrir tout ou partie de ce qui constitue aujourd'hui le diagnostic médical, ce dernier pourrait évoluer vers une analyse à la fois plus globale et plus précise de certains aspects de l'état de santé.

843- Ainsi, il n'apparaît pas aberrant de supposer qu'à terme pourraient coexister au sein de notre système de santé un diagnostic médical « 5P », institué sur la base d'analyses prédictives, et des diagnostics « intermédiaires », issus en quelque sorte du démembrement du diagnostic médical, tel que nous le connaissons aujourd'hui. De cette capacité d'élaborer un diagnostic « intermédiaire » devrait alors résulter l'attribution aux professionnels concernés de prérogatives particulières.

2. La question de l'attribution de prérogatives spécifiques aux métiers en santé de niveau intermédiaire

844- Tel qu'il a déjà été affirmé, la détermination des besoins en compétences professionnelles que pourraient combler les métiers en santé de niveau intermédiaire constitue un exercice périlleux que d'aucuns cherchent à tout prix à éviter. Il semble, par conséquent, bien audacieux de proposer de préciser ici les prérogatives qui pourraient être confiées à ces métiers en raison de leur capacité à élaborer des diagnostics intermédiaires. Cependant, il en existe une qui semble progressivement se dessiner dans le paysage de santé français : il s'agit de la première intention. En effet, bien qu'elle est une des prérogatives que le corps médical défend le plus âprement[946], elle pourrait très bien être attribuée aux métiers intermédiaires. Ceci semble d'ailleurs faire consensus. Ainsi, dans leur rapport, les membres de la mission présidée par Laurent HÉNART relèvent « la nécessité d'élargir le champ des nouveaux métiers en santé aux modes d'exercice en première intention, sans passage préalable par le médecin »[947].

845- La première intention consiste en la possibilité d'être consulté en accès direct et dispenser des soins aux patients sans que ceux-ci n'aient au préalable consulté un médecin. Il s'agit, en d'autres termes, de l'octroi d'un exercice professionnel non soumis à prescription médicale, autrement dit un exercice professionnel réalisé sans l'établissement d'un diagnostic médical préalable. La première intention présente pour le corps professionnel qui en est titulaire des intérêts symboliques et économiques certains[948]. D'un point de vue symbolique, le professionnel échappe au contrôle exercé

[946] Il peut être rappelé les termes par lesquels les membres du corps médical ont dénoncé l'octroi aux ostéopathes d'un domaine de compétences constitué des « troubles fonctionnels ». Pour plus de précisions, *cf.* développement n° 197, p. 71.

[947] HÉNART Laurent, BERLAND Yvon, CADET Danielle *et al*., *op. cit.* p. 49.

[948] C'est notamment pour cette raison que différentes organisations représentatives de corps paramédicaux cherchent à ce que cette modalité d'exercice soit octroyée aux membres de leur profession. À titre d'exemple, la question de « accès

a priori par le médecin et est par conséquent doté d'une certaine autonomie vis-à-vis de l'autorité médicale. En outre, dans la mesure où la première intention n'est aujourd'hui octroyée à aucun corps professionnel paramédical[949], cette prérogative conférerait aux membres du corps en question une place particulière dans l'organisation de la dispensation des soins en santé. D'un point de vue économique, si la première intention contrarie le rôle joué par les membres du corps médical en matière de rationalisation des coûts en santé[950], il permet au professionnel exerçant à titre libéral de bénéficier de sources de revenus totalement indépendantes des contacts professionnels qu'il a su nouer durant ses années d'exercice. En ce sens, le nombre de patients qui le consultent n'est plus fonction du nombre de prescripteurs avec lesquels il est en contact.

846- Ensemble, la première intention et l'établissement d'un diagnostic intermédiaire obligeraient à donner aux membres des métiers en santé de niveau intermédiaire la possibilité d'orienter le patient dans son parcours de santé. Comment peut-il en être autrement, alors que ces professionnels seront nécessairement confrontés à des cas qui n'entrent pas dans leurs domaines de compétences ? Dans ces conditions, le médecin ne serait plus le seul à jouer le rôle de régulateur du parcours de soins du patient, ce qui contrarie totalement l'organisation actuelle de la dispensation des soins en santé, marquée par le rôle du médecin traitant et le parcours de soins coordonné du patient[951].

847- La création effective de métiers en santé de niveau intermédiaire apparaît ainsi manifestement conditionnée à une réforme préalable et substantielle du système de santé. Celle-ci devrait s'attacher notamment à renouveler les fondements de l'organisation des professions de santé, ainsi que ceux de l'organisation de la dispensation des soins en santé. En effet, ces deux organisations ne peuvent plus aujourd'hui être appréhendées uniquement au travers de l'objet médical. En conséquence, si le

direct » ou « première intention » est régulièrement soulevée par le Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Une simple recherche sur le moteur « Google », réalisée le 6 mars 2020 à 14 heures, de l'occurrence « première intention » sur le site de l'Ordre en question fournit une liste de 158 résultats.

[949] Agnès BUZYN avait annoncé, à l'occasion de la présentation du pacte de refondation des urgences, la mise en place de protocoles de coopération, dans le cadre de l'article 51 de la loi du 21 juillet 2009, visant à « permettre une prise en charge directe par des professionnels libéraux non-médecins dotés de compétences nouvelles dans un cadre sécurisé » (*cf.* Ministère des Solidarités et de la Santé, *Pacte de refondation des urgences* [en ligne], 9 septembre 2019, [consulté le 6 mars 2020], https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/_urgences_dp_septembre_2019.pdf/, p. 10. La volonté de confier le diagnostic et le traitement de l'entorse de cheville bénigne au masseur-kinésithérapeute a été fortement décriée par les médecins généralistes (*cf.* LANCELOT Stéphane, *Accès direct à un kiné en cas d'entorse : des généralistes voient rouge à l'idée du député Mesnier* [en ligne], publié le 29 août 2019, [consulté le 6 mars 2020], https://www.legeneraliste.fr/actu-pro/acces-direct-un-kine-en-cas-dentorse-des-generalistes-voient-rouge-lidee-du-depute-mesnier/). Cette expérimentation de première intention paramédicale est actuellement en cours, suite à l'édiction d'un arrêté du 6 mars 2020. Pour plus de précisions, *cf.* A. La délégation expérimentale de compétences médicales au masseur-kinésithérapeute, p.469.

[950] À cet égard, les médecins libéraux font l'objet d'incitations financières à la réduction des prescriptions, notamment par l'intermédiaire des rémunérations sur objectifs de santé publique (ROSP).

[951] Bien que ce dernier ne soit pas défini précisément dans le Code de la santé publique, tel que le souligne la Professeure Marie-Laure MOQUET-ANGER (cf. MOQUET-ANGER Marie-Laure, « Parcours et droits du patient », *RDSS*, 2021, p. 435).

statut de métier intermédiaire en santé ne peut être raisonnablement éludé de l'étude prospective de la profession de masseur-kinésithérapeute, il ne semble pas constituer, au regard des réformes préalables nécessaires, la prochaine étape de l'évolution du corps professionnel. D'ailleurs, en tout état de cause, le corps des masseurs-kinésithérapeutes n'est pas prêt à cela. En effet, il reste encore fortement centré sur ses difficultés identitaires, que la réforme menée au cours des années 2015-2016 n'a pas résolues.

Chapitre 2 : Les impacts limités de la réforme de la profession de masseur-kinésithérapeute opérée au cours des années 2015-2016

848- Les masseurs-kinésithérapeutes ont bénéficié, au cours des années 2015-2016, d'une réforme substantielle des fondements de leur profession. En effet, au mois de mars 2015, dans le cadre de l'examen du projet de loi relatif à la Santé porté par Marisol TOURAINE, a été présenté l'amendement n° 1983 rectifié[952], qui avait pour objet le renouvellement de la définition de la pratique de la masso-kinésithérapie. Celui-ci a été adopté sans être débattu. L'article du projet de loi correspondant n'a fait d'ailleurs l'objet d'aucune discussion ultérieure[953]. Dans la perspective de son entrée en vigueur, le pouvoir réglementaire a édicté au début du mois de septembre 2015 un décret et un arrêté[954], qui ont opéré la réforme des études préparatoires au diplôme d'État. Près de quatre mois et demi plus tard, la publication au Journal officiel de la loi du 26 janvier 2016[955] a entériné le renouvellement des fondements de la profession de masseur-kinésithérapeute.

849- Les apports de cette réforme d'ensemble sont nombreux. Une étude exhaustive de ceux-ci nuirait immanquablement à la clarté de la démonstration envisagée, laquelle vise à exposer en quoi cette réforme, bien que substantielle, ne répond pas aux difficultés identitaires rencontrées par le corps des masseurs-kinésithérapeutes, qui ne peut toujours pas se prévaloir, à l'issue de celle-ci, d'une quelconque singularité vis-à-vis des corps des praticiens circonvoisins. Il est décidé de centrer l'analyse qui suit sur les deux éléments qui sont apparus comme les plus déterminants de cette réforme, à savoir l'intégration des masseurs-kinésithérapeutes dans le système universitaire et le renouvellement de la définition de leur domaine de compétences, formulée à l'article L. 4321-1 du Code de la santé publique.

850- Une première section sera ainsi l'occasion d'étudier les impacts de l'intégration universitaire

---

[952] TOURAINE Marisol, *Amendement n° 1983 rectifié à la loi relatif à la santé*, Assemblée nationale, 27 mars 2015.

[953] Durant la séance du 28 septembre 2015 du Sénat, trois amendements à l'article 30 quinquies du projet de loi, duquel est issu le renouvellement du domaine de compétences du masseur-kinésithérapeute, ont été présentés. Cependant deux ont été retirés et un non soutenu. Pour plus de précisions, *cf.* Sénat, *Débats parlementaires, Compte rendu intégral des séances, Session ordinaire, Séance du lundi 28 septembre 2015*, JO Sénat n° 100 du 29 septembre 2015, p. 8747-8749.

[954] Ces deux textes réglementaires correspondent au décret n° 2015-1110 du 2 septembre 2015, *op. cit.*, et à l'arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, *op. cit.*

[955] Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, *op. cit.*

des masseurs-kinésithérapeutes sur les difficultés identitaires rencontrées par ceux-ci (section 1), tandis qu'une seconde section permettra de détailler les impacts du renouvellement de la définition de leur domaine de compétences (section 2).

Section 1 : Les impacts limités de l'intégration des masseurs-kinésithérapeutes dans le système universitaire

851- L'amendement visant le renouvellement de la définition du domaine de compétences du masseur-kinésithérapeute est adopté à la fin du mois de mars 2015. Eu égard au peu d'intérêt que celui-ci a suscité chez les parlementaires, le pouvoir réglementaire fait le pari que l'article du projet de loi en question ne sera pas rediscuté avant la fin de la procédure législative. Par anticipation, il entreprend de réformer les études préparatoires au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, afin d e mettre ces dernières en conformité avec la nouvelle définition, à paraître, de la profession formulée à l'article L. 432-1 Code de la santé publique. La réforme en question est opérée par l'édiction de deux textes réglementaires le 2 septembre 2015, soit quelques jours à peine avant la rentrée scolaire, ce qui oblige les directions pédagogiques des Instituts de formation en masso-kinésithérapie (IFMK) à modifier promptement le programme des enseignements dispensés et réorganiser les emplois du temps des étudiants de première année.

852- Manifestement, cette réforme procède de la proposition doctrinale de Jacques DOMERGUE, qui préconisait déjà en juillet 2010 d'« intégrer l'ensemble des auxiliaires médicaux dans le système licence-master-doctorat »[956], proposition reprise par la suite par les membres de la mission présidée par Laurent HÉNART qui en ont fait, d'ailleurs, un des éléments déterminants de la méthode censée conduire à la création de métiers intermédiaires en santé[957]. Au mois de septembre 2015, l'intégration des masseurs-kinésithérapeutes dans le système universitaire est donc amorcée. Cependant, celle-ci n'apporte qu'une réponse partielle aux difficultés identitaires du corps professionnel, qui ne peut toujours pas, en vertu de cette supposée intégration, se prévaloir d'une quelconque singularité.

853- Il convient dès lors de s'intéresser, dans un premier temps, à la manière dont l'intégration des masseurs-kinésithérapeutes dans le système universitaire a été entreprise (paragraphe 1), puis d'explorer, dans un second temps, les impacts limités de cette dernière sur la singularité escomptée du corps professionnel (paragraphe 2).

---

[956] DOMERGUE Jacques, *op. cit.* p. 38.

[957] Pour l'étude de la proposition doctrinale formulée par les membres de la mission présidée par Laurent HÉNART, *cf.* Chapitre 1 : Une évolution déterminée par une proposition doctrinale préconisant la création de métiers en santé de niveau intermédiaire, p. 226.

Paragraphe 1 : La relative intégration des masseurs-kinésithérapeutes dans le système universitaire

854- Quelques jours avant la rentrée scolaire de septembre 2015, les pouvoirs publics opèrent une réforme substantielle des études préparatoires au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, par laquelle ils mettent ces dernières en conformité avec les standards universitaires et organisent un rapprochement entre les Instituts de formation en masso-kinésithérapie (IFMK) et les universités.

855- Les organisations représentatives de la profession saluent cette avancée, qu'elles considèrent justifiée, mais surtout déterminante pour l'avenir du corps professionnel, dans la mesure où cette intégration doit, selon elles, nécessairement conduire à la reconnaissance rapide du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute au grade de master et ainsi permettre l'évolution de la profession, notamment au travers de la création d'un noyau de masseurs-kinésithérapeutes enseignants-chercheurs universitaires.

856- Dans l'objectif d'appréhender les modalités d'intégration des masseurs-kinésithérapeutes dans le système universitaire, il est proposé de présenter, dans un premier temps, le caractère partiel de l'intégration universitaire des études préparatoires au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute (A), avant de préciser, dans un second temps, les possibilités de poursuite d'études universitaires offertes aux masseurs-kinésithérapeutes diplômés d'État (B).

A. La relative intégration universitaire des études préparatoires au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute

857- La réforme opérée par les textes réglementaires du 2 septembre 2015 amorce l'intégration des études préparatoires au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute dans le système universitaire. Cependant, celle-ci ne permet pas la reconnaissance du diplôme d'État correspondant au grade universitaire de master[958]. Deux éléments peuvent être avancés pour expliquer cette situation. Le premier élément réside dans le caractère relatif de l'intégration universitaire des étudiants en masso-kinésithérapie, lequel empêche le corps professionnel d'obtenir la prise en compte de l'année de

[958] Alors que cette reconnaissance apparaît pleinement justifiée pour le Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Pour un exemple pertinent *cf.* Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Pour une kinésithérapie qui répond aux besoins de la population, Les propositions de l'Ordre* [en ligne], publié en juin 2017, [consulté le 30 octobre 2018], https://ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/10/brochure-presidentielle.pdf/, p. 14.

sélection des candidats admis à intégrer l'IFMK dans le calcul des crédits européens correspondant au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute[959]. Le second élément résulte des conséquences implicites de cette intégration, qui laissent vraisemblablement penser que la principale finalité poursuivie par les pouvoirs publics n'est pas l'acquisition par les masseurs-kinésithérapeutes d'un statut universitaire, mais plutôt l'instauration d'une égalité de chance dans la sélection des étudiants admis à poursuivre des études en masso-kinésithérapie.

858- Afin de saisir le caractère relatif de l'intégration des masseurs-kinésithérapeutes dans le système universitaire et les conséquences qui en découlent, il importe d'étudier, dans un premier temps, les modalités en vertu desquelles les étudiants sont admis à poursuivre des études dans les instituts de formation (a), puis d'analyser, dans un second temps, la manière dont sont désormais organisées les études en masso-kinésithérapie (b).

a) La pluralité des voies d'admission dans les études en masso-kinésithérapie

859- L'admission des étudiants en IFMK est totalement réformée par les décret et arrêté édictés le 2 septembre 2015. Si la sélection des étudiants en post-baccalauréat admis à intégrer est désormais essentiellement organisée au sein de l'université, les pouvoirs publics laissent subsister deux régimes dérogatoires d'admission, qui restent sous le contrôle absolu des directions des IFMK.

860- Ce caractère manifestement inhomogène de la sélection des étudiants en masso-kinésithérapie doit être étudié, puisqu'il semble fortement concourir à l'absence de prise en compte de l'année de sélection dans le calcul des crédits européens correspondant au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute et laisse entrevoir que la finalité poursuivie par les pouvoirs publics n'a pas été l'intégration pleine et entière des masseurs-kinésithérapeutes dans le système universitaire.

861- Il convient d'aborder, dans un premier temps, la sélection des étudiants en post-baccalauréat, exclusivement organisée au sein de l'Université (1), avant d'exposer, dans un second temps, les régimes d'admission par voie dérogatoire, laissés sous le contrôle des directions des Instituts de formation en masso-kinésithérapie (2).

[959] Il sera démontré *infra* que l'absence de prise en compte de cette année de sélection, à laquelle correspondent soixante crédits européens, est la pierre angulaire de l'absence de reconnaissance du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute au grade de master. Pour plus de précisions, *cf.* A. Une limite majeure résidant dans le non-octroi durable du grade de master au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, p. 324.

1. Une admission post-baccalauréat organisée par l'Université, pourvoyeuse d'une égalité de chance de poursuivre des études en masso-kinésithérapie

862- Depuis la consécration légale de la profession de masseur-kinésithérapeute en avril 1946[960], les conditions d'admission dans les écoles préparant au diplôme d'État ont considérablement évolué. Organisé originellement par un arrêté du 10 juillet 1947[961], l'examen d'entrée avait lieu autrefois aux sièges des Directions départementales de la Santé[962], sous la supervision du responsable du site. Il comportait une composition française sur un sujet de culture générale et une composition en histoire naturelle[963], d'un niveau de « 4e année des cours complémentaires préparant au brevet élémentaire de capacité de l'enseignement primaire »[964]. Par ailleurs, « les élèves titulaires du brevet supérieur de l'enseignement primaire ou de la première partie du baccalauréat de l'enseignement secondaire »[965] étaient dispensés de la totalité de l'examen.

863- Cet examen d'entrée a été à de nombreuses reprises modifié. La suppression des épreuves de composition est entérinée par l'arrêté du 23 décembre 1987[966], qui instaure un concours fondé exclusivement sur des épreuves de physique, chimie et biologie (PCB). En 1989, deux IFMK obtiennent la possibilité, à titre dérogatoire, de recruter leurs étudiants sur la base du concours commun de la première année des études médicales. L'admission par la voie universitaire est amorcée. Un arrêté du 8 août 2008[967] met en place une expérimentation visant à généraliser le recrutement au sein des Facultés de médecine. Celle-ci est reconduite chaque année. Ainsi, en 2009, près des deux tiers des IFMK ont adopté ce mode de sélection[968]. Cependant, l'intérêt financier que représente la mise en œuvre du concours incite la totalité des écoles privées à but lucratif à ne pas suivre la dynamique instituée. Malgré cela, la sélection au sein de l'Université poursuit son chemin.

---

[960] Loi nº 46.857 du 30 avril 1946, *op. cit.*

[961] Arrêté du 10 juillet 1947 fixant les conditions de l'examen d'entrée aux écoles préparant au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, JORF nº 180 du 18 juillet 1947, p. 6893.

[962] Les Directions départementales de la Santé, créées en 1941, ont été remplacées en 1964 par les Directions départementales de l'Action sanitaire et sociale, devenues en 1977 les Directions départementales des Affaires sanitaires et sociales, transformées par la loi nº 2009-879 du 21 juillet 2009 en Agences régionales de Santé.

[963] La matière correspond aujourd'hui aux Sciences de la Vie et de la Terre (SVT).

[964] Article 3 de l'arrêté du 10 juillet 1947 fixant les conditions de l'examen d'entrée aux écoles préparant au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, *op. cit.*

[965] Article 5 du décret nº 47-1279 du 7 juillet 1947 relatif à la réglementation de la profession de masseur gymnaste médical, JORF nº 161 du 9 juillet 1947, p. 6455.

[966] Arrêté du 23 décembre 1987 relatif à l'admission dans les écoles préparant aux diplômes d'État d'ergothérapeute, de laborantin d'analyses médicales, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue et de psychomotricien, JORF nº 300 du 27 décembre 1987, p. 15260.

[967] Arrêté du 8 août 2008 relatif à l'admission dans les écoles préparant aux diplômes d'ergothérapeute, de laborantin d'analyses médicales, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue et de psychomotricien, JORF nº 199 du 27 août 2008, texte nº 26.

[968] Observatoire national de la démographie des professions de santé, *Tome 2 : Analyse des professions : Insuffisance rénale chronique, masseur-kinésithérapeute*, Paris, La Documentation française, 2009/, p. 95-96.

Elle est ainsi étendue, par un arrêté du 5 mai 2010[969], aux candidats ayant validé les « deux premiers semestres de licence en sciences et techniques des activités physiques et sportives, STAPS, ou de licence en sciences de la vie et de la Terre, SVT ».

864- L'arrêté du 16 juin 2015[970] met fin à l'admission opérée par voie de concours privé, organisé par les IFMK. En vertu de ce texte, tout directeur d'institut est contraint de signer avec un ou plusieurs présidents d'université une convention, par laquelle sont organisées les modalités d'admission des étudiants au sein de l'IFMK. Pour être admissible, les candidats doivent avoir obligatoirement validé la première année commune aux études de santé (PACES), la première année de licence en sciences mention « sciences et techniques des activités physiques et sportives » (STAPS) ou une première année de licence dans le domaine « Sciences, Technologies, Santé » (STS)[971]. À défaut de signature d'une convention avant le 31 décembre 2015, ultérieurement décalé au 29 février 2016[972], l'institut n'est pas autorisé à intégrer une nouvelle promotion d'étudiants. Toutefois, à titre transitoire, le concours dit PCB, soit « Physique-Chimie-Biologie », est maintenu pour l'année 2016-2017 dans treize IFMK. L'homogénéité du mode d'admission n'est instaurée qu'à partir de la rentrée scolaire 2017-2018.

865- Si certains membres des organisations représentatives des masseurs-kinésithérapeutes ont regardé l'intégration de l'année de sélection des candidats dans le système universitaire comme un témoignage de reconnaissance du haut niveau d'expertise de la masso-kinésithérapie et la promesse d'une inscription prochaine de celle-ci au rang des activités prépondérantes du système de santé, cette mesure a surtout eu pour effet de rétablir une égalité de chances entre candidats. En effet, les concours organisés en vue d'intégrer les IFMK étaient particulièrement difficiles, en raison d'un nombre important de candidats et d'une quantité limitée de places. Ainsi, sous le régime du concours PBC, pour avoir une chance d'être admis, il était quasiment obligatoire de suivre une année de préparation, dispensée notamment au sein d'une des écoles annexées aux IFMK, dont près de 56 % possédaient alors un statut de droit privé[973]. Il en résulte que durant cette période, une

[969] Arrêté du 5 mai 2010 relatif à l'admission dans les écoles préparant aux diplômes d'ergothérapeute, de technicien de laboratoire médical, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue et de psychomotricien, JORF n° 116 du 21 mai 2010, texte n° 23.

[970] Arrêté du 16 juin 2015 relatif à l'admission dans les instituts préparant au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, JORF n° 140 du 19 juin 2015, texte n° 25.

[971] Depuis, les filières dans lesquels sont recrutés les étudiants en post-baccalauréat ont été modifiées par un arrêté du 17 janvier 2020, *cf.* arrêté du 17 janvier 2020 relatif à l'admission dans les instituts préparant au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, JORF n° 17 du 21 janvier 2020, texte n° 11.

[972] Arrêté du 31 décembre 2015 modifiant l'arrêté du 16 juin 2015 relatif à l'admission dans les instituts préparant au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, JORF n° 7 du 9 janvier 2016, texte n° 6.

[973] Soit un total de vingt-six écoles sur les quarante-six établissements français dispensant une formation en masso-kinésithérapie. Pour plus de précisions, *cf.* Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Liste des Instituts de formation en masso-kinésithérapie* [en ligne], publié en avril 2017, [consulté le 1er mars 2019], http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/04/liste-des-instituts-de-formation-en-masso-kinesitherapie.pdf/

sélection préalable des étudiants était opérée selon les facultés financières de leurs parents. Il y avait alors ceux dont les parents pouvaient payer une ou plusieurs années de préparation et les autres. L'admission aux études préparatoires au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute au travers d'une première année universitaire doit donc être saluée, puisqu'elle offre aujourd'hui à tous une chance égale, quelles que soient l'origine sociale et les capacités financières du candidat.

866- Cet objectif d'égalité de chances est primordial. Il se retrouve d'ailleurs, dans une certaine mesure, dans les régimes dérogatoires d'admission en IFMK institués en parallèle de la sélection en post-baccalauréat.

2. Les admissions dérogatoires dans les études en masso-kinésithérapie sous le contrôle des Instituts de formation

867- Déjà en 1979, un décret du 27 novembre[974] modifiant le décret du 29 mars 1963[975] permettait à certains professionnels de santé[976] ou titulaires d'un diplôme étranger de masseur-kinésithérapeute d'être admis, en dehors de l'examen d'entrée, à poursuivre des études au sein d'un IFMK. Ceux-ci bénéficiaient d'une intégration directe en première année. Toutefois, cette intégration n'était nullement acquise, puisqu'en fin d'année une sélection était opérée entre eux. En effet, dans chacune des catégories, puisqu'était établie une distinction entre les titulaires de diplôme d'État français d'une profession paramédicale et les titulaires d'un diplôme étranger de masseur-kinésithérapeute, n'étaient retenus que ceux qui obtenaient les meilleurs résultats à la session finale, dans la limite « de 5 p. 100 du nombre total d'élèves admis dans […] (l')école »[977]. Ceux-ci pouvaient alors poursuivre leur cursus scolaire en deuxième année. Les autres, c'est-à-dire ceux qui n'étaient pas retenus, n'étaient pas admis à redoubler. Ils devaient, par conséquent, tout simplement abandonner leur projet professionnel.

868- Ce mode de sélection, qui appartient désormais au passé, était particulièrement inéquitable. Durant des années, il a conduit à l'exclusion définitive des études préparatoires au diplôme d'État de candidats qui avaient obtenu des résultats très honorables à l'examen final, mais insuffisants pour être classés en rang utile. En outre, la plupart d'entre eux ne pouvaient assumer durant cette

---

[974] Décret n° 79-1020 du 27 novembre 1979 relatif aux études préparatoires et épreuves du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, JORF n° 279 du 1er décembre 1979, p. 2991.

[975] Décret du 29 mars 1963 relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, JORF n° 80 du 3 avril 1963, p. 3182.

[976] À savoir les sages-femmes, les laborantins d'analyses médicales, les manipulateurs d'électroradiologie médicale, les infirmiers, les pédicures-podologues, les ergothérapeutes et les psychomotriciens.

[977] Article 9 de l'arrêté du 27 novembre 1979 relatif aux études préparatoires au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute et à l'admission dans les écoles de masso-kinésithérapie, JORF n° 279 du 1er décembre 1979, p. 2992.

année de sélection, en sus du travail scolaire, la charge d'un exercice professionnel et devaient, par conséquent, pour la plupart contracter un emprunt bancaire. Il en résulte qu'à l'issue de cette année scolaire, ceux dont les efforts n'avaient pas été couronnés de succès se retrouvaient fortement endettés. Leur situation, tant du point de vue personnel que professionnel, était pour le moins très inconfortable. Il n'est donc pas surprenant que les pouvoirs publics aient saisi l'opportunité offerte par la réforme des études préparatoires au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute pour supprimer ce mode de sélection et y substituer deux régimes d'admission dérogatoires, lesquels sont régis actuellement par les articles 25 et 27 de l'arrêté du 2 septembre 2015. Tous deux permettent aujourd'hui aux candidats de bénéficier d'une admission « acquise » en première année, après une sélection opérée par voie d'entretien. Le caractère dérogatoire de ces voies d'admission est fortement affirmé, puisque les articles 25 et 27 permettent d'admettre des candidats dans la limite, respectivement, de 5 % et 2 % du « nombre de places fixé par la capacité d'accueil attribuée à cet institut pour l'année considérée »[978].

869- L'article 25 permet l'intégration de trois catégories de candidats. La première catégorie comprend les titulaires de diplôme d'État ou de certificat de capacité de sept professions paramédicales[979], ainsi que les titulaires d'un diplôme d'une des professions médicales ou de pharmacien. La deuxième catégorie concerne les titulaires d'une licence dans le domaine « sciences, technologies, santé » (STS) et les titulaires d'une licence en sciences mention « sciences et techniques des activités physiques et sportives » (STAPS). La troisième catégorie est constituée des titulaires d'un diplôme reconnu au grade de master. Le candidat est déclaré admissible après l'étude de son dossier, qui est composé d'un *curriculum vitae*, des copies des titres et diplômes dont il est titulaire, d'un certificat médical attestant qu'il ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession et d'une lettre de motivation. L'admission se fait sous le contrôle des directions des instituts, sur entretien, devant un jury composé « du directeur de l'institut [...], d'un formateur et d'un professionnel accueillant des étudiants en stage et en exercice depuis au moins trois ans ».

870- L'article 27 de l'arrêté permet d'opérer, quant à lui, une sélection parmi les « titulaires d'un diplôme de masseur-kinésithérapeute ou autre titre ou certificat permettant l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute ou équivalent obtenu en dehors d'un État membre de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la

[978] Arrêté du 2 septembre 2015, *op. cit.*

[979] À savoir les titulaires d'un diplôme d'État d'infirmier, de pédicure-podologue, d'ergothérapeute, de psychomotricien, ou de manipulateur d'électroradiologie médicale, d'un diplôme de technicien en imagerie médicale et radiologie thérapeutique, d'un certificat de capacité d'orthophoniste ou d'orthoptiste, ou d'un diplôme de formation générale en sciences médicales, sciences maïeutiques, sciences odontologiques ou sciences pharmaceutiques.

Principauté d'Andorre ou de la Confédération suisse », sur la base d'une épreuve composée, en vertu de l'article 30 du même arrêté, d'une épreuve d'admissibilité constituée d'« une épreuve écrite et anonyme comportant cinq questions de culture générale devant permettre en particulier d'apprécier la maîtrise de la langue française par le candidat, ainsi que ses connaissances, prioritairement dans le domaine sanitaire et social » et de deux épreuves d'admission comprenant une épreuve orale, sous la forme d'un entretien, et une mise en situation pratique qui « porte sur un sujet de rééducation appliqué à une situation clinique »[980]. Toutefois, alors que sont censés être déclarés admis ceux qui obtiennent les meilleurs résultats à l'ensemble des épreuves, bon nombre de directions fondent principalement leur choix sur l'entretien, passé, à l'instar de celui prévu à l'article 25, devant un jury composé « du directeur de l'institut [...], d'un formateur et d'un professionnel accueillant des étudiants en stage et en exercice depuis au moins trois ans ».

871- L'intérêt de ces modes d'admission dérogatoires est notable pour le corps professionnel. L'article 25 permet une certaine transversalité dans les formations des professionnels du domaine de la santé et favorise, par conséquent, tant les reconversions que les doubles compétences. Ces dernières fournissent manifestement au corps professionnel l'opportunité tant d'assimiler des savoirs que de diffuser ses savoirs et savoir-faire dans des milieux professionnels non encore investis par la masso-kinésithérapie. L'article 27 permet surtout de limiter la pénétration dans le corps professionnel de masseurs-kinésithérapeutes français s'étant soustraits à la sélection organisée et ayant réalisé leurs études dans un État qui n'est pas membre de l'Union européenne.

872- Ce caractère manifestement inhomogène de la sélection des candidats admis à poursuivre des études en masso-kinésithérapie laisse ainsi supposer que la réforme opérée au début de l'année scolaire 2015-2016 n'a véritablement pas eu pour objet de permettre la reconnaissance du diplôme d'État à un quelconque grade universitaire, mais plutôt de restaurer l'égalité de chances entre les candidats et d'améliorer les conditions de ceux qui étaient recrutés par voie dérogatoire. Une semblable appréciation se dégage de l'étude de l'organisation des études considérées, qui permet vraisemblablement de réaliser la soumission institutionnelle des établissements autorisés à délivrer la formation en masso-kinésithérapie par les universités.

[980] *Ibid.*

b) Une organisation des études justificative d'une soumission des instituts de formation en masso-kinésithérapie

873- L'article 1er de l'arrêté du 2 septembre 2015 a contraint les directions des IFMK à parvenir à signer, avec une ou plusieurs universités, une convention visant à organiser tant les enseignements dispensés au cours des études préparatoires au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute que la participation des enseignants universitaires à ceux-ci. Si l'emploi de l'outil conventionnel permet d'emblée de saisir que l'intégration universitaire des études en masso-kinésithérapie n'est que partiellement réalisée, il doit surtout être compris que cette réforme a placé les parties concernées, à savoir les directions pédagogiques des IFMK et les instances universitaires, dans un rapport totalement inégalitaire, au point que l'on doit s'interroger sur la réelle finalité intégrative poursuivie par les pouvoirs publics.

874- C'est ainsi dans l'objectif de mettre en exergue les enjeux présentés par l'intégration des études préparatoires au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute dans le système universitaire qu'il est proposé d'exposer que si cette réforme semble *a priori* avoir été instituée en faveur du corps des masseurs-kinésithérapeutes (1), la nouvelle organisation des études assure surtout la soumission des IFMK aux instances universitaires (2).

1. Une réforme des études *a priori* favorable aux masseurs-kinésithérapeutes

875- En 1946, date à laquelle le masseur-kinésithérapeute est consacré au sein du système de santé français, la durée des études préparatoires au diplôme d'État est fixée par l'article 2 du décret du 7 juillet 1947[981] à deux années. Il faut attendre près de vingt-deux ans pour que les pouvoirs publics allongent la durée des études à trois ans[982], puis de nouveau quarante-six ans pour qu'y soit adjointe une quatrième année[983].

876- Sous le régime des textes réglementaires du 2 septembre 2015, la durée de la formation initiale en masso-kinésithérapie est ainsi de quatre années, qui sont divisées en deux cycles de quatre semestres chacun. Si « le premier cycle apporte les enseignements scientifiques, méthodologiques et professionnels fondamentaux nécessaires à la compréhension des problèmes de santé et des situations cliniques rencontrées en kinésithérapie, […] le second cycle, à partir du socle de

[981] Décret nº 47-1279 du 7 juillet 1947, *op. cit.*

[982] Décret nº 69-282 du 28 mars 1969 relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, JORF nº 76 du 30 mars 1969, p. 3175.

[983] Décret nº 2015-1110 du 2 septembre 2015, *op. cit.*

connaissances théoriques et pratiques acquis, organise le développement des compétences diagnostiques et d'intervention kinésithérapique dans tous les champs d'exercice de la profession »[984]. Les enseignements sont répartis en « unités d'enseignement » et trente-deux unités remplacent les seize modules qui ont prévalu pendant plus de trente ans. De manière notable, la réforme de septembre 2015 rend ainsi les études préparatoires au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute partiellement conformes aux standards universitaires.

877- À cette occasion, la charge de travail correspondante est considérablement augmentée. Désormais, elle correspond à 6670 heures de formation, réparties en 1980 heures de formation théorique[985], 1470 heures de formation à la pratique masso-kinésithérapique et 3220 heures de travail personnel, auxquelles est adjoint un parcours de stages. À titre de comparaison, sous le régime de l'arrêté du 5 septembre 1989[986], la charge de travail était composée uniquement de 1830 heures d'enseignements théoriques et de stages cliniques. Le rapport entre ces chiffres, si sont mis de côté le travail personnel et le parcours de stage, permet de relever que ce nouveau régime augmente la durée d'enseignement totale de près de 90 %. Les études préparatoires au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute peuvent, à ce titre, être regardées, comme particulièrement denses, notamment si elles sont comparées à celles des ostéopathes, qui bénéficient d'une formation initiale de 4860 heures sur cinq ans[987], et à celles des enseignants en Activité Physique Adaptée qui doivent, aux fins de valider la licence professionnelle mention « santé, vieillissement et activités physiques adaptées »[988], assister à 1750 heures[989] d'enseignement.

878- La nouvelle organisation des études préparatoires au diplôme d'État laisse supposer que les enseignements délivrés en IFMK sont en grande majorité dispensés par des enseignants universitaires. Cela aurait été possible si le nombre de masseurs-kinésithérapeutes titulaires d'un doctorat[990] ou appartenant au corps des enseignants-chercheurs universitaires était suffisant, ou les

---

[984] Article D. 4321-16 du Code de la santé publique, modifié par le décret n° 2015-1110 du 2 septembre 2015, *op. cit.*

[985] L'article D. 4321-16 du Code de la santé publique mentionne « la formation théorique et pratique de 1980 heures, sous la forme de cours magistraux (895 heures) et de travaux dirigés (1085 heures) », qu'il ne faut pas confondre avec « la formation à la pratique masso-kinésithérapique », qui peut être constituée de cours théoriques et pratiques.

[986] Arrêté du 5 septembre 1989 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, *op. cit.*

[987] Article 3 du décret n° 2014-1505 du 12 décembre 2014, *op. cit.*

[988] À noter que l'encadrement d'Activités Physiques Adaptées est également autorisé aux titulaires d'un DEUST mention « activités physiques et sportives adaptées : déficiences intellectuelles, troubles psychiques », selon l'annexe II-1 cité dans l'article A. 212-1 du Code du sport.

[989] Arrêté du 23 mai 1997 relatif au diplôme d'études universitaires générales, à la licence et à la maîtrise de sciences et techniques des activités physiques et sportives, JORF n° 122 du 28 mai 1997, p. 8085.

[990] Selon le recensement réalisé par le Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes au cours de l'année 2018, le nombre de praticiens titulaires d'un titre universitaire de Docteur avoisinait à cette date la centaine (Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Rapport annuel d'activité 2017* [en ligne], publié en août 2018, http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2018/08/rapport-dactivite-2017.pdf/, p. 17.

membres du corps universitaire avaient la disponibilité et un intérêt certain à intervenir au sein des IFMK, ce qui n'est vraisemblablement pas le cas. Afin de pallier cela, la plupart des universités partenaires ont mis en place un processus de labellisation des masseurs-kinésithérapeutes titulaires d'un diplôme de niveau master ou doctorat, qui interviennent ainsi en lieu et place des enseignants universitaires. Pour les enseignements spécifiques relatifs au métier, qui, véritablement, ne peuvent être dispensés que par des masseurs-kinésithérapeutes diplômés d'État, il est fait appel, préférentiellement, à des praticiens initiés au modèle universitaire. Alors que sous le régime du décret du 5 septembre 1989[991], les directions des IFMK avaient la possibilité de solliciter « des masseurs-kinésithérapeutes ayant des connaissances particulières dans les champs enseignés »[992], désormais le deuxième alinéa de l'article D. 4321-16-1 du Code de la santé publique favorise la participation de masseurs-kinésithérapeutes titulaires d'un diplôme de cadre de santé ou « d'un diplôme universitaire ou d'un titre de niveau 1 dans les domaines de la pédagogie ou des différents champs enseignés ». Il peut néanmoins être fait, à titre dérogatoire, « appel à des personnes qualifiées ou expertes ».

879- De prime abord, la réforme du 2 septembre 2015 apparaît ainsi fortement favorable au corps des masseurs-kinésithérapeutes. Elle rend les études préparatoires au diplôme d'État conformes aux standards universitaires, accroît considérablement leur contenu et amorce la participation des membres du corps universitaire à celles-ci. Néanmoins, ces aspects positifs sont assortis d'une contre-partie majeure. Le rôle prépondérant donné au Président de l'université partenaire dans la direction des instituts semble en effet annoncer la soumission prochaine des IFMK aux instances universitaires.

2. La soumission organisée des Instituts de formation en masso-kinésithérapie

880- À partir de septembre 2015, l'université partenaire s'immisce considérablement dans le fonctionnement des instituts de formation en masso-kinésithérapie. Les modalités organisées par l'article 3 de l'arrêté du 2 septembre 2015 sont, en la matière, particulièrement révélatrices. L'inscription en IFMK se déroule désormais en deux étapes, ce qui n'était pas le cas sous le régime antérieur. L'étudiant doit ainsi procéder tour à tour à son inscription administrative, puis pédagogique. Cette dualité d'inscription peut certes présenter des intérêts dans le cadre des enseignements dispensés à l'université. Elle n'a toutefois, en l'espèce, qu'une visée strictement

[991] Décret du 29 mars 1963 relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, *op. cit.*

[992] Conformément à l'ancienne rédaction de l'article D. 4321-16 du Code de la santé publique.

économique, c'est-à-dire qu'elle justifie une répartition des frais de scolarité entre l'université partenaire et l'IFMK, puisque l'inscription administrative emporte automatiquement inscription pédagogique à l'ensemble des unités d'enseignement de l'année. Ceux-ci, réglés par la région ou l'étudiant lui-même[993] à l'institut, font ainsi l'objet d'une rétrocession dont le pourcentage doit nécessairement être prévu par voie conventionnelle[994].

881- Peut être également relevée la mise en place obligatoire d'organes institutionnels fortement inspirés du modèle universitaire[995]. Sous le régime de l'arrêté relatif au fonctionnement des instituts de formation paramédicaux édicté le 21 avril 2007[996], seules deux entités organiques coexistaient au sein de chaque IFMK, à savoir un conseil pédagogique et un conseil de discipline. Désormais, en vue de l'intégration universitaire des études préparatoires au diplôme d'État, doivent être instituées pour la gouvernance des instituts « une instance compétente pour les orientations générales de l'institut » et trois sections, respectivement pour le traitement pédagogique des situations individuelles des étudiants, pour le traitement des situations disciplinaires et pour l'organisation de la vie étudiante[997]. Au sein de celles-ci, les instances universitaires sont fortement représentées. Ainsi, il est conféré, en vertu d'un arrêté du 17 mai 2018, au « président de l'université ou son représentant […] (ainsi qu'à) un enseignant de statut universitaire, désigné par le président d'université », la qualité de membre de droit au sein de l'instance compétente pour les orientations générales de l'institut[998]. Est également rendue obligatoire, au sein des deux premières sections sus-citées, la participation d'« un enseignant de statut universitaire désigné par le président d'université »[999]. Avant ce texte, la présence de membres du corps universitaire n'avait aucun caractère obligatoire et ceux-ci n'avaient qu'un rôle purement consultatif. Par ailleurs, alors que le conseil pédagogique n'était consulté que pour avis, le rôle de l'instance est dorénavant majeur, puisqu'elle valide « le projet de l'institut, dont le projet pédagogique et les projets innovants ; le règlement intérieur [...] ainsi que tout avenant à celui-ci ; la certification de l'institut si celle-ci est effectuée, ou la démarche qualité »[1000].

---

[993] Selon le statut de l'institut de formation en masso-kinésithérapie, qui peut être public ou privé.

[994] L'article 3 de l'arrêté précise en effet que « les frais d'inscription et les prestations ouvertes aux étudiants sont fixés par la convention[...] (et) l'inscription pédagogique est automatique pour l'ensemble des unités d'enseignement de l'année lorsque l'étudiant s'inscrit administrativement pour une année complète de formation ».

[995] Article 13 de l'arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, *op. cit.*

[996] Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, JORF nº 108 du 10 mai 2007, texte nº 91.

[997] Article 3 de l'arrêté du 17 avril 2018 modifiant l'arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, *op. cit.*

[998] Annexe II de l'arrêté du 17 avril 2018, *op. cit.*

[999] Respectivement à l'annexe III et IV de l'arrêté du 17 avril 2018, *op. cit.*

[1000] Article 9 de l'arrêté du 17 avril 2018, *op. cit.*

882- La présence de membres du corps universitaire dans les organes pédagogiques de l'IFMK est également prévue, puisque le Président de l'université, ou son représentant, doit nécessairement être présent à la Commission semestrielle d'attribution des crédits, laquelle « se prononce sur la validation des unités d'enseignement et des stages et sur la poursuite du parcours de l'étudiant »[1001]. Ceci semble parfaitement logique, alors que sont rattachés à ces unités des crédits européens[1002]. La participation du Président de l'université, ou son représentant, au jury d'attribution du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute peut également se justifier par la correspondance au diplôme considéré à deux cent quarante crédits européens.

883- Les rapports entre les universités et les IFMK peuvent être regardés comme inégalitaires, dans la mesure où les instituts ont été contraints de signer avec une ou plusieurs universités une convention, faute de quoi leurs autorisations et agréments pouvaient leur être retirés[1003]. Si les écoles de masso-kinésithérapie de la région parisienne n'ont rencontré en la matière aucune difficulté majeure, eu égard au nombre d'universités avec lesquelles la conclusion des conventions était réalisable, il en a été autrement pour les directions d'IFMK de province, qui n'ont pas vraiment eu le choix dans la partie avec laquelle contracter. Pour celles-ci, le principe de la liberté contractuelle est apparu totalement inopérant. La plupart des clauses conventionnelles ont été dictées par les instances universitaires. Il en a résulté, pour certains, un processus simple, total et définitif de phagocytose par l'université partenaire, l'IFMK devenant alors une composantes d'une UFR[1004,1005]. Si, dès lors, il a pu être considéré que la nouvelle organisation des études préparatoires au diplôme d'État visait la totale intégration des masseurs-kinésithérapeutes dans le système universitaire, cette dernière a pour certains IFMK véritablement eu lieu, mais dans des conditions imposées et peut-être contraires à leurs intérêts.

884- La réforme des études préparatoires au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute ne semble

---

[1001] Article 13 de l'arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, *op. cit.*

[1002] Pour une explication des crédits européens, *cf.* développement n° 925, p. 330.

[1003] Article L. 4383-3 du Code de la santé publique.

[1004] Pour des exemples pertinents, il peut être évoqué le cas de l'IFMK de Marseille (*cf.* Institut de formation en masso-kinésithérapie de Marseille, *Organisation (New), Changement de statuts – Mise à jour au 01/09/2018* [en ligne], publié l e 1er septembre 2018, [consulté le 7 septembre 2019], https://www.ifmk-marseille.fr/organisation/) ou encore celui d'Orléans, devenu une école interne à l'Université d'Orléans (*cf.* Arrêté du 16 juillet 2019 portant création de l'école universitaire de kinésithérapie en région Centre-Val de Loire (EUK-CVL) de l'université d'Orléans, JORF n° 218 du 19 septembre 2019, texte n° 19).

[1005] Stéphane LE BOULER considère que « même si l'intégration pleine et entière n'est pas la seule forme de l'intégration universitaire, comme indiqué à plusieurs reprises, il n'y a pas lieu de la repousser pour autant ; elle doit même être encouragée en tant qu'elle accomplit l'intégration universitaire sur tous les plans et qu'elle permet d'envisager de traiter par-là, au moins partiellement, des problèmes spécifiques, en termes de coût des formations en particulier », *cf*. LE BOULER Stéphane, *Mission universitarisation de formations paramédicales et de maïeutique, Bilan intermédiaire de la concertation et propositions d'orientation*, [en ligne], publié en février 2018, [consulté le 10 août 2021], https://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/Enseignement_superieur/96/4/MissionUniversitarisationRapportintermediairefevrier2018_912964.pdf/, p. 39.

ainsi pas avoir véritablement visé et réalisé l'intégration du corps professionnel à l'université. C'est peut-être ce qui explique en partie que les pouvoirs publics ont, depuis cette date, ouvert les possibilités de poursuite d'études universitaires aux masseurs-kinésithérapeutes diplômés d'État.

B. Les possibilités limitées de poursuite d'études universitaires offertes aux masseurs-kinésithérapeutes diplômés d'État

885- À l'occasion de la réforme des études en masso-kinésithérapie, des possibilités de poursuite d'études universitaires ont été ouvertes aux titulaires du nouveau diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, auquel correspondent deux cent quarante crédits européens[1006]. Si à l'aune de ces possibilités, il pouvait être pensé que le corps professionnel soit désormais en mesure de développer en son sein un noyau d'enseignants-chercheurs universitaires[1007] et subséquemment amorcer une dynamique de singularisation vis-à-vis des praticiens des activités circonvoisines, les conditions d'admission des candidats dans les différents cursus universitaires obligent à considérer que ce n'est nullement le cas.

886- C'est dans la perspective d'étayer ce dernier propos qu'il convient de se pencher, dans un premier temps, sur les poursuites d'études ouvertes aux masseurs-kinésithérapeutes diplômés d'État dans les champs disciplinaires connexes (a), avant de s'attarder, dans un second temps, sur celles susceptibles d'être menées dans le champ médical (b).

a) <u>La délicate poursuite d'études universitaires dans les champs connexes</u>

887- Les textes réglementaires du 2 septembre 2015 offrent la possibilité aux titulaires du nouveau diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute de poursuivre des études universitaires dans les champs disciplinaires connexes, au niveau master, voire en première année d'études doctorales. L'admission n'y est cependant pas de droit : elle reste indéfectiblement à la discrétion des directeurs des UFR concernées. Il en résulte que de telles poursuites d'études sont dans les faits assez peu

[1006] Pour une étude de l'octroi de crédits européens au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, *cf.* 1. Un attribut constitué par des crédits européens, p.330.

[1007] Tel que le laisse entendre Pascale MATHIEU, dans un article paru dans le mensuel FMT Mag (*cf.* TURBIL Pascal, « 3 questions à Pascale Mathieu, Présidente du Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes (CNOMK) », *FMT Mag*, décembre 2017, vol. 125, p. 14) ou encore l'ancienne ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès BUZYN, qui précisait qu'un des cinq objectifs prioritaires dans le processus d'universitarisation des formations en santé était constitué par « la possibilité de recruter des enseignants-chercheurs en maïeutique, soins infirmiers, et réadaptation » (*cf.* Ministère de la Solidarité et de la Santé, Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, *L'universitarisation des formations en santé, Dossier de presse* [en ligne], 14 mars 2018, [consulté le 3 septembre 2019], https://cache.media.enseignemensup-recherche.gouv.fr/file/Actus/55/8/DP_L_UNIVERSITARISATION_DES_FORMATIONS_EN_SANTE_912558.pdf/).

nombreuses, au point qu'il semble possible de s'interroger sur la pertinence du dispositif institué.

888- Dans l'objectif de conduire cette réflexion, il est proposé d'exposer, dans un premier temps, les possibilités de poursuivre des études au niveau master offertes aux masseurs-kinésithérapeutes titulaires du nouveau diplôme d'État (1), avant de discuter, dans un second temps, les conditions sous lesquelles ceux-ci pourraient éventuellement accéder à une première année d'études doctorales (2).

1. Une délicate admission en master

889- Sous le régime du décret du 5 septembre 1989, le masseur-kinésithérapeute diplômé d'État[1008] qui souhaitait poursuivre une formation délivrée à l'Université était confronté à un nombre de choix restreint[1009]. Outre la possibilité de débuter en première année de licence[1010], lui était ouvert, de plein droit, l'accès à une troisième année de « licence de sciences sanitaires et sociales » ou « licence de sciences de l'éducation »[1011]. Il pouvait également tenter de valider un certain nombre de certificats et diplômes universitaires. Enfin, les Universités de Saint-Étienne et de Paris XII accueillaient ceux qui le souhaitaient en première année de master de « sciences et techniques santé mentale ». Dans ces conditions, le masseur-kinésithérapeute était alors exposé à un choix difficile. Soit il optait pour une formation à visée strictement professionnelle, dispensée hors du système universitaire, mais propre à lui permettre d'acquérir des compétences dans un champ particulier de la masso-kinésithérapie, sans que celle-ci ne lui permette toutefois de revendiquer un réel niveau d'études universitaires, soit il poursuivait des études au sein d'une UFR, validait un diplôme universitaire, mais sans que les savoirs acquis ne puissent donner lieu à une application directe dans les champs d'intervention professionnels.

890- Au début des années 2000, de nombreux cursus de niveau master, à l'admission desquels les masseurs-kinésithérapeutes diplômés d'État peuvent candidater, sont créés. Si leurs intitulés ne font pas référence directement à la masso-kinésithérapie[1012], les enseignements qui y sont dispensés

[1008] Sont concernés par ce régime tous les masseurs-kinésithérapeutes titulaires d'un diplôme d'État délivrés avant juin 2018, puisque les premiers diplômes bénéficiant du régime du décret du 2 septembre 2015 ont été validés au courant du mois de juin 2019.

[1009] Bien qu'il puisse être reproché, ici, l'erreur d'anachronisme, il est décidé au sein des développements suivants, notamment aux fins de clarté, de dénommer les diplômes sanctionnés au terme des années de formation universitaires par leur équivalent dans le dispositif LMD.

[1010] Décret n° 89-633 du 5 septembre 1989, *op. cit.*

[1011] Commission nationale de la certification professionnelle, *Supplément descriptif du certificat relatif à la profession de masseur-kinésithérapeute*, *op. cit.*

[1012] À titre d'exemple peuvent être cités le « M2 Vieillissement et Handicap : Mouvement et Adaptation » de l'Université Paris Sud (*cf.* Université Paris Sud, *Master Sciences de la motricité* [en ligne], [consulté le 29 août 2019],

possèdent, en grande majorité, un fort lien avec les champs d'intervention masso-kinésithérapiques. Pour les membres du corps professionnel, l'accès aux cursus en question n'est toutefois aucunement facilité. En effet, dans la mesure où le diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute ne possède aucune reconnaissance universitaire, les postulants doivent s'inscrire préalablement dans une procédure de validation des acquis professionnels ou de l'expérience. En tout état de cause, ces conditions d'admission sont fortement défavorables aux masseurs-kinésithérapeutes, puisque c'est notamment au sein d'UFR dédiée aux STAPS qu'est organisée la quasi-totalité des cursus en question. Eu égard à l'état de concurrence qui, déjà à cette période, s'organise entre les enseignants en Activité Physique Adaptée et les masseurs-kinésithérapeutes[1013], ces derniers sont dans les faits assez peu nombreux à être admis à intégrer les cursus considérés.

891- Des initiatives professionnelles isolées s'opposent à cette inertie, en cherchant à faciliter l'intégration des masseurs-kinésithérapeutes dans un certain nombre de masters. À cet égard, peuvent être mentionnés les partenariats noués par Daniel MICHON, directeur de l'École nationale de kinésithérapie et de rééducation (ENKRE) avec différentes universités depuis 2014, grâce auxquels les étudiants les plus motivés de cette école peuvent intégrer au début de la troisième année des études en masso-kinésithérapie la première année du master STAPS de l'Université Paris-Sud, du master « Sciences du sport spécialité : entraînement, biologie, nutrition, santé » de l'UFR STAPS ou du master « Biologie-Santé parcours neuromoteur » de l'UFR de Médecine de l'Université Paris Est-Créteil (UPEC)[1014]. Ceux qui n'ont pas témoigné d'un attrait particulier pour les études universitaires au cours de leur formation initiale bénéficient toutefois d'un accès privilégié à différents masters universitaires après la validation de leur diplôme d'État. D'autres directions d'instituts ont également mis en place des partenariats avec des Facultés. Peut être évoquée la réunion de trois IFMK du Nord Pas-de-Calais qui, ensemble, ont tissé des liens étroits avec la Faculté d'ingénierie et management de la Santé de l'Université de Lille, en vertu desquels les étudiants de quatrième et dernière année des études en masso-kinésithérapie peuvent suivre le parcours « Ingénierie des métiers de la rééducation fonctionnelle » et valider, concomitamment à

---

http://www. medecine.u-psud.fr/fr/formations/masters/m2-vieillissement-et-handicap.html/), le « M2 handicap neurologique » de l'Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines (*cf.* Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, *M2 handicap neurologique* [en ligne], [consulté le 29 août 2019], https://www.universite-paris_saclay.fr/fr/formation/ master/m2-handicap-neurologique-0#lieux-d-enseignement/) et le « M2 Ingénierie de la rééducation, du handicap et de la performance motrice » de l'Université de Poitiers *(cf.* Université de Poitiers, *M2 Ingénierie de la rééducation, du handicap et de la performance motrice* [en ligne], [consulté le 29 août 2019], http://formations.univ-poitiers.fr/fr/index/ master-XB/master-XB/master-staps-activite-physique-adaptee-et-sante-JAJF9BB0/parcours-ingenierie-de-la-reeducation-du-handicap-et-de-la-performance-motrice-JAJFB3TU.html/).

[1013] Ces créations entrent dans la dynamique de développement instituée par la C3D-STAPS au début des années 2000. Pour plus de précisions, *cf.* 1. Un développement professionnel permis par l'action de la Conférence des directeurs et doyens des Sciences et techniques des Activités Physiques et Sportives, p. 150.

[1014] École Nationale de Kinésithérapie et de Rééducation, *Admission* [en ligne], [consulté le 29 août 2019], http://www.hopitaux-saint-maurice.fr/Formation-initiale/2/146/

leur diplôme d'État, un diplôme de Master 2 « Ingénierie de la santé ».

892- Il serait souhaitable que ces initiatives isolées prennent une ampleur nationale et que de nombreux masseurs-kinésithérapeutes diplômés d'État entreprennent des études doctorales, ce afin de faire émerger un corps d'enseignants-chercheurs universitaires masseurs-kinésithérapeutes. En effet, l'admission directe des titulaires du nouveau diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute en première année d'études doctorale, *a priori* ouverte, apparaît fortement improbable.

2. Une improbable admission dans les écoles doctorales

893- Selon les termes de l'article 11 d'un arrêté du 25 mai 2016, « pour être inscrit en doctorat, le candidat doit être titulaire d'un diplôme national de master ou d'un autre diplôme conférant le grade de master, à l'issue d'un parcours de formation ou d'une expérience professionnelle établissant son aptitude à la recherche »[1015]. L'intégration en première année d'études doctorales ne peut ainsi, *a priori*, concerner le masseur-kinésithérapeute, dont le diplôme d'État ne bénéficie d'aucune reconnaissance universitaire[1016].

894- Cependant, peut être relevée l'inscription, par un arrêté du 2 mai 2017[1017], d'une mention intéressante au sein de l'annexe VI de l'arrêté du 2 septembre 2015. Dans sa nouvelle rédaction, l'annexe en question, intitulé « Supplément au diplôme », précise en effet que le titulaire du nouveau diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute peut accéder, sur dossier, à un troisième cycle universitaire. La question de ce à quoi renvoie la notion de « troisième cycle » se pose logiquement, puisque la réponse donnée détermine tant les possibilités ouvertes individuellement aux masseurs-kinésithérapeutes que la voie que le corps professionnel doit privilégier pour parvenir à faire émerger rapidement en son sein un corps d'enseignants-chercheurs. Or, si auparavant le « troisième cycle » universitaire débutait avec une cinquième année d'études universitaires sanctionnée par un DEA ou un DESS, l'article L. 612-1 du Code de l'éducation modifié par la loi du 10 août 2007 relative aux libertés et responsabilités des universités[1018], qui a réorganisé les études supérieures en cycles, précise que « les grades de licence, de master et de doctorat sont conférés respectivement

[1015] Arrêté du 25 mai 2016 fixant le cadre national de la formation et les modalités conduisant à la délivrance du diplôme national de doctorat, JORF n° 122 du 27 mai 2016, texte n° 10.

[1016] Pour une étude détaillée de la reconnaissance d'un niveau universitaire au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, *cf.* A. Une limite majeure résidant dans le non-octroi durable du grade de master au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, p. 324.

[1017] Arrêté du 2 mai 2017 modifiant l'arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, *op. cit.*

[1018] Loi n° 2007-1199 du 10 août 2007 relative aux libertés et responsabilités des universités, JORF n° 185 du 11 août 2007, texte n° 2.

dans le cadre du premier, du deuxième et du troisième cycle ». Manifestement, aujourd'hui, le début du troisième cycle universitaire coïncide avec la première année des études doctorales.

895- En inscrivant ainsi la mention « admission sur dossier en troisième cycle universitaire » dans l'annexe de l'arrêté du 2 septembre 2015, les pouvoirs publics ont *a priori* offert aux masseurs-kinésithérapeutes diplômés d'État l'opportunité de bénéficier d'une admission directe en première année d'études doctorales. Cette dérogation à la condition de titularité d'un diplôme de grade master n'est pas exceptionnelle, puisqu'elle est déjà inscrite au second alinéa de l'article 11 de l'arrêté du 25 mai 2016, lequel autorise, dans le cas où le candidat n'est pas titulaire d'un diplôme national de master ou d'un autre diplôme conférant le grade de master, « le chef d'établissement [...], par dérogation et sur proposition du conseil de l'école doctorale, (à) inscrire en doctorat des personnes ayant effectué des études d'un niveau équivalent ou bénéficiant de la validation des acquis de l'expérience prévue à l'article L. 613-5 du code de l'éducation ». Néanmoins, cette modalité d'admission dérogatoire aux études doctorales reste, en toutes circonstances, soumise au pouvoir discrétionnaire et souverain du Président de l'université. En tout état de cause, la mise en œuvre effective de la possibilité *a priori* offerte au titulaire du nouveau diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute apparaît totalement improbable.

896- L'investissement du plus grand nombre de masseurs-kinésithérapeutes dans des travaux de recherche conduits dans des écoles doctorales serait bénéfique pour le corps professionnel, qui pourrait ainsi rapidement être complété par un corps d'enseignants-chercheurs universitaires, dont il peut être pensé qu'ils seraient les plus compétents pour répondre à la nécessité de détermination des éléments essentiels du champ disciplinaire masso-kinésithérapique[1019] et, par là même, assurer la résurgence d'une identité masso-kinésithérapique singulière. À l'égard de cette hypothèse prospective idéaliste, deux réserves notables doivent être émises. Tout d'abord, il faudrait que ces enseignants-chercheurs, à l'occasion de leurs travaux de recherches, n'embrassent pas un autre corps professionnel, mais également qu'ils ne perdent pas au cours de leurs études universitaires leur volonté d'œuvrer à l'évolution du corps des masseurs-kinésithérapeutes.

897- S'il ces deux conditions semblent pouvoir être, dans le cas des champs disciplinaires connexes, aisément réunies, il apparaît extrêmement peu probable qu'elles le soient dans le cas de la poursuite d'études à caractère médical.

[1019] Dans ce travail, il est défendu la thèse selon laquelle la consécration d'un champ disciplinaire spécifique à la masso-kinésithérapie constitue la pierre angulaire de l'évolution de l'activité masso-kinésithérapique. Pour plus de précisions, *cf.* Titre 2 : Une évolution au travers de la consécration d'un champ disciplinaire spécifique à la masso-kinésithérapie, p. 378.

b) La poursuite facilitée d'études à caractère médical

898- La possibilité offerte aux masseurs-kinésithérapeutes de poursuivre, en vertu de la titularité de leur diplôme d'État, des études à caractère médical[1020] n'est pas, à proprement parler, un apport des textes réglementaires du 2 septembre 2015. Son étude trouve toutefois sa place ici, dans la mesure où, d'une part, elle constitue véritablement une faculté, pour ces professionnels, de poursuivre des études universitaires et, d'autre part, elle a été à leur égard récemment facilitée. Cependant, il convient tout de suite de préciser qu'elle présente le désavantage notable d'aboutir de manière inéluctable au transfert des masseurs-kinésithérapeutes vers un nouveau corps professionnel, à savoir celui des Docteurs en médecine, ce qui ne permettra aucunement, *in fine*, la constitution d'un noyau d'enseignants-chercheurs universitaires masseurs-kinésithérapeutes.

899- Dans la perspective de présenter les nouvelles modalités de poursuite d'études à caractère médical, il est proposé d'étudier, dans un premier temps, le régime antérieur d'admission dans les études de médecine (1), avant d'exposer, dans un second temps, le régime actuel (2).

1. Une admission dans les études de médecine auparavant conditionnée à la validation de la première année des études médicales

900- La première mesure restrictive destinée à limiter le nombre de professionnels médicaux formés a été opérée par un arrêté du 21 octobre 1971[1021]. À cette époque, eu égard au nombre croissant d'étudiants inscrits en première année d'études médicales, il est apparu urgent de restreindre le nombre d'étudiants admis à poursuivre en deuxième année. Celui-ci est alors limité « en fonction des capacités de formation des hôpitaux »[1022]. Or, malgré l'évolution progressive des capacités en question, la restriction quantitative des étudiants en médecine est maintenue. Une véritable politique de régulation de la démographie médicale est instituée par l'article 14 d'une loi du 26 janvier 1984. En vertu des termes de celui-ci, « le nombre des étudiants admis, pendant le premier cycle, à poursuivre des études médicales, odontologiques ou pharmaceutiques, […] (est déterminé) compte tenu des besoins de la population, de la nécessité de remédier aux inégalités géographiques et des

[1020] Celles-ci comprennent les études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et de maïeutique.

[1021] Arrêté du 21 octobre 1971 fixant pour l'année universitaire 1974-1975 le nombre des étudiants susceptibles d'être accueillis pour leur formation clinique et pratique dans les services hospitaliers relevant tant des centres hospitaliers et universitaires et des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaire que des établissements avec lesquels lesdits centres ont passé convention, JORF n° 248 du 23 octobre 1971, p. 10449.

[1022] DÉPLAUDE Marc-Olivier, « Instituer la "sélection" dans les facultés de médecine, Genèse et mise en œuvre du numerus clausus de médecine dans les années 68 », *Revue d'histoire de la protection sociale*, 2009, n° 2, p. 99.

capacités de formation des établissements concernés »[1023]. Durant la même période, le nombre annuel d'étudiants admis à poursuivre des études dans les instituts de formation paramédicaux est soumis à un quota[1024]. Il n'existe alors aucune équivalence propre à permettre aux professionnels paramédicaux diplômés qui le souhaitent d'intégrer une filière médicale. Ceux-ci sont ainsi contraints de s'inscrire en première année et valider l'examen final, comme tout étudiant.

901- En 1992, est instauré pour l'admission en études médicales un *numerus clausus*. L'article 5 de l'arrêté du 18 mars 1992 prévoit alors que « pour être admis à poursuivre des études médicales ou odontologiques au-delà de la première année du premier cycle, les candidats doivent figurer en rang utile sur la liste de classement établie par l'unité ou le groupe d'unités de formation et de recherche médicales concernées à l'issue des épreuves organisées en vue de la limitation visée au quatrième alinéa de l'article 14 de la loi du 26 janvier 1984 »[1025]. Une sélection dérogatoire est rapidement instituée à l'intention des professionnels paramédicaux. Un arrêté du 25 mars 1993[1026] adjoint en effet au nombre d'étudiants régulièrement admis à poursuivre les études médicales en deuxième année un contingent complémentaire, fixé à 3 % du nombre initial, composé exclusivement de titulaires de diplômes d'État paramédicaux justifiant d'un exercice professionnel de deux ans minimum. L'examen est identique à celui passé par l'ensemble des étudiants inscrits en première année, mais la sélection n'est opérée qu'entre professionnels paramédicaux. En raison de la difficulté et la densité des enseignements de la première année de médecine, les abandons sont fréquents. Par conséquent, dans les faits, ceux qui parviennent à mener à terme cette année d'études et obtenir la moyenne à l'ensemble des unités d'enseignement sont admis à poursuivre en deuxième année.

902- C'est à l'occasion de la réforme de la première année des études médicales survenue en 2009 que ce mode de sélection a été abandonné. S'y est substituée, pour les praticiens paramédicaux, une admission sur entretien.

[1023] Loi n° 84-52 du 26 janvier 1984 sur l'enseignement supérieur, *op. cit.* Cette disposition est codifiée ultérieurement à l'article L. 631-1 du Code de l'éducation par l'ordonnance n° 2000-549 du 15 juin 2000, *op. cit.*

[1024] Pour la distinction entre le *numerus clausus* et le quota, *cf.* Alain MACRON, *La profession de masseur-kinésithérapeute instituée par la loi n° 48-857 du 30 avril 1946 : Genèse et évolutions d'une profession de santé réglementée*, *op. cit.* p. 315.

[1025] Arrêté du 18 mars 1992 relatif à l'organisation du premier cycle et de la première année du deuxième cycle des études médicales, JORF n° 74 du 27 mars 1992, p. 4231.

[1026] Arrêté du 25 mars 1993 relatif au nombre d'étudiants admis à la fin de la première année du premier cycle à poursuivre des études médicales, JORF n° 74 du 28 mars 1993, p. 5168.

2. Une admission actuellement sur entretien

903- L'article 14 de la loi du 26 janvier 1984, ultérieurement devenu l'article L. 631-1 du Code de l'éducation, a été modifié par la loi du 7 juillet 2009[1027]. Outre l'instauration d'une « première année des études de santé [...] commune aux études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et de sage-femme », les nouvelles modalités de sélection des étudiants désireux de poursuivre des études médicales permettent l'admission de « candidats, justifiant notamment de certains grades, titres ou diplômes, […] (directement) en deuxième année ou en troisième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme ». Un arrêté du 26 juillet 2010[1028] détaille alors la liste des diplômes concernés. Peuvent bénéficier de cette modalité d'admission les titulaires de « diplôme de master ; diplôme des écoles de commerce conférant le grade de master ; diplôme des Instituts d'études politiques conférant le grade de master ; (les étudiants ayant validé) deux années d'études ou de 120 crédits européens dans un cursus médical, odontologique, pharmaceutique ou de sage-femme au-delà de la première année ».

904- Par rapport au régime antérieur, ce dispositif présente un réel intérêt pour le professionnel paramédical qui souhaite poursuivre des études médicales. Il doit cependant, dans un premier temps, nécessairement valider un diplôme de niveau master. Ce n'est qu'en vertu de la titularité de celui-ci qu'il lui est possible, à toutes fins utiles, de déposer auprès d'une UFR de médecine habilitée à cette fin un dossier complet, lequel fait l'objet d'une étude attentive permettant de statuer sur son admissibilité. Un jury réalise dans un second temps des entretiens individuels, à l'issue desquels la liste des candidats admis est dressée. La possibilité d'admission par entretien ouverte par l'arrêté de 2010 apparaît certes intéressante pour les candidats paramédicaux, mais cette obligation de validation de diplôme de grade master pose toutefois fréquemment problème.

905- De véritables possibilités d'évolution transversale au sein de l'organisation des professions de santé sont ouvertes par un arrêté du 24 mars 2017[1029] qui abroge l'arrêté du 26 juillet 2010 et permet à partir du 1er juillet 2017 l'admission sur dossier, en deuxième année d'études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et de sage-femme des titulaires d'un « diplôme d'État d'auxiliaire médical […] sanctionnant au moins trois années d'études supérieures […] (et) justifiant d'un exercice professionnel en lien avec ce diplôme de deux ans à temps plein »[1030]. Cette réforme

[1027] Loi nº 2009-833 du 7 juillet 2009 portant création d'une première année commune aux études de santé et facilitant la réorientation des étudiants, JORF nº 156 du 8 juillet 2009, texte nº 2.

[1028] Arrêté du 26 juillet 2010 relatif aux modalités d'admission en deuxième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme, JORF nº 202 du 1er septembre 2010, texte nº 36.

[1029] Arrêté du 24 mars 2017 relatif aux modalités d'admission directe en deuxième ou troisième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme, JORF nº 94 du 21 avril 2017, texte nº 8.

[1030] Article 2 de l'arrêté du 24 mars 2017, *ibid.*

dispense ainsi les titulaires du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute de valider la première année de médecine. L'exigence d'une expérience professionnelle d'une durée de deux ans a été depuis supprimée. En outre, ce mode d'admission présente le grand avantage d'être plus viable économiquement, parce qu'il n'oblige aucunement les praticiens paramédicaux à cesser leur activité professionnelle sans l'assurance d'un succès aux épreuves de sélection. La transversalité des parcours professionnels est ainsi facilitée.

906- Légitimement, il pourrait en être attendu la multiplication de professionnels à double compétence, c'est-à-dire médecin et masseur-kinésithérapeute, qui pourraient œuvrer ensemble à l'évolution de la profession de masseur-kinésithérapeute, notamment vers un métier en santé de niveau intermédiaire[1031]. Cette hypothèse, séduisante, apparaît malheureusement très peu probable, pour plusieurs raisons. Tout d'abord, les Docteurs en médecine occupent, actuellement, la place centrale du système de santé. Un masseur-kinésithérapeute ayant validé la thèse d'exercice en médecine n'a dès lors aucun intérêt, d'un point de vue individuel, à revendiquer sa qualité de masseur-kinésithérapeute, pas plus qu'à œuvrer à l'évolution du corps professionnel. De plus, les liens que celui-ci a tissés avec son corps originel, à l'issue des études médicales, ne peuvent qu'être fortement distendus, voire déliquescents, alors que ceux noués avec le corps médical sont bien plus importants, ne serait-ce qu'à l'aune de la durée des études menées en seconde intention. Il convient dès lors de se résoudre à l'évidence : un masseur-kinésithérapeute ayant mené à bien des études médicales ne peut que transférer vers le corps professionnel des Docteurs en médecine.

907- La réforme des études préparatoires au diplôme d'État n'a manifestement eu ni pour objet ni pour effet de permettre au corps des masseurs-kinésithérapeutes de constituer en son sein un noyau d'enseignants-chercheurs universitaires. Elle ne lui a pas plus permis de se singulariser vis-à-vis des corps des praticiens circonvoisins. Pour ces raisons, les impacts de cette réforme doivent être regardés comme limités.

[1031] Pour l'étude du rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire, *cf.* Chapitre 1 : Une évolution déterminée par une proposition doctrinale préconisant la création de métiers en santé de niveau intermédiaire, p. 226.

Paragraphe 2 : Les impacts limités de la réforme sur la singularité du masseur-kinésithérapeute

908- Les textes réglementaires du 2 septembre 2015 ont le mérite de rendre, du moins en partie, les études préparatoires au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute conformes aux standards universitaires, de rapprocher les instances des universités des directions des IFMK et de permettre, dans une certaine mesure, aux titulaires du nouveau diplôme d'État de poursuivre des études inscrites dans le cadre universitaire. Néanmoins, en tout état de cause, ces textes n'ont apporté aucune réelle réponse aux difficultés identitaires rencontrées par le corps professionnel. À ce titre, cette réforme peut être regardée comme n'ayant eu que des impacts limités.

909- Cette affirmation appelle à étudier, dans un premier temps, la limite constituée par le non-octroi durable du grade de master au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute (A), puis à exposer, dans un second temps, en quoi cet octroi apparaît indispensable à la dynamique de singularisation du masseur-kinésithérapeute (B).

A. Une limite majeure résidant dans le non-octroi durable du grade de master au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute

910- L'intégration des masseurs-kinésithérapeutes dans le système universitaire a été amorcée en septembre 2015. La réforme opérée laisse donc croire aux organisations représentatives du corps professionnel qu'elles sont en passe d'obtenir des pouvoirs publics la juste reconnaissance du diplôme d'État au grade universitaire de master. En effet, toutes les conditions, tant extrinsèques qu'intrinsèques, semblent réunies pour que survienne rapidement un arbitrage ministériel en conformité avec leurs attentes. Or, celui-ci n'arrive pas.

911- Afin de mettre en évidence la longue attente des masseurs-kinésithérapeutes pour que leur diplôme d'État soit enfin promis à être reconnu au grade de master, il est proposé d'exposer, dans un premier temps, les circonstances du non-octroi du grade universitaire de master au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute (a), avant d'expliquer, dans un second temps, en quoi les attributs dont ce dernier est désormais doté justifiaient pourtant pleinement l'octroi du grade tant attendu (b).

a) Les circonstances du non-octroi du grade universitaire de master au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute

912- Le grade susceptible d'être octroyé au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute fait l'objet d'une attention toute particulière par l'ensemble des membres du corps professionnel. En effet, ceux-ci pensent qu'un tel octroi obligerait à l'intégration complète du masseur-kinésithérapeute dans le système universitaire et rendrait leur corps singulier vis-à-vis des corps circonvoisins. C'est notamment pour cette raison que les organisations représentatives n'ont de cesse d'exhorter les pouvoirs publics à inscrire le diplôme d'État au rang des diplômes en santé reconnus au grade de master.

913- L'exposition des circonstances du non-octroi du grade de master au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute nécessite d'étudier, dans un premier temps, les grades universitaires qui ont été consentis à certains autres diplômes paramédicaux (1), avant d'aborder, dans un second temps, les circonstances du refus réitéré des pouvoirs publics d'octroyer le grade tant convoité au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute (2).

1. Des grades universitaires consentis à plusieurs autres diplômes d'État paramédicaux

914- Dès 2008, les ministères chargés de la Santé et de l'Enseignement supérieur engagent le processus de « réingénierie des diplômes paramédicaux », qui vise l'intégration de ceux-ci dans le système LMD. Pour ce faire, les ministres en exercice s'appuient sur une proposition formulée dans un rapport relatif aux missions de l'hôpital[1032], reprise quelques mois plus tard dans un rapport conjoint de l'IGAS et l'IGAENR[1033], laquelle invite à faire reposer les formations des professionnels de santé « sur des référentiels de formation élaborés à partir d'un référentiel des métiers et des compétences »[1034]. À cette fin, il est demandé aux membres des organisations représentatives des différentes professions paramédicales de rédiger, dans un temps relativement court, les référentiels afférents à leur profession.

915- De nombreux référentiels professionnels voient ainsi le jour. Sur la base de ceux-ci sont

---

[1032] LARCHER Gérard, *Les missions de l'hôpital*, Paris, La Documentation française, avril 2008.

[1033] MORELLE Aquilino, VEYRET Jacques, LESAGE Gérard *et al*., *Évaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales*, Paris, La Documentation française, octobre 2008, nº RM2008-081P.

[1034] *Ibid*. p. 81.

entreprises les réformes de la profession d'infirmier[1035], d'ergothérapeute[1036], de manipulateur d'électroradiologie médicale[1037], de pédicure-podologue[1038], d'orthophoniste[1039], d'orthoptiste[1040] et de masseur-kinésithérapeute. Les négociations menées avec le ministère concerné permettent l'inscription à l'article D. 636-69 du Code de la santé publique, dans lequel figure la liste des « diplômes relevant du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique délivrés au nom de l'État » auxquels est attribuée de plein droit le grade de licence, des diplômes d'État d'infirmier[1041], d'ergothérapeute[1042] et de manipulateur d'électroradiologie médicale[1043]. Tel qu'il est précisé dans la notice du décret du 30 août 2013[1044], le certificat de capacité d'orthophoniste est reconnu quant à lui au grade de master. Il figure, à ce titre, au sein de l'article D. 612-34 du Code de l'éducation. Il n'est toutefois nullement inscrit au rang des diplômes figurant dans la liste de l'article D. 636-69-1 du Code de l'éducation[1045]. En effet, cette liste ne comprend à ce jour que le « diplôme d'État d'infirmier anesthésiste à compter de septembre 2014 », lequel a été réformé par un décret du 23 juillet 2012[1046].

916- En tout état de cause, les pouvoirs publics se sont véritablement engagés à octroyer un grade universitaire à chacun des diplômes d'État paramédicaux. Lorsque le diplôme considéré sanctionne trois années d'études, le corps professionnel se satisfait généralement d'une reconnaissance au

---

[1035] Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier, JORF n° 181 du 7 août 2009, texte n° 18, BO n° 7 du 15 août 2009, p. 246.

[1036] Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute, *op. cit.*

[1037] Arrêté du 14 juin 2012 relatif au diplôme d'État de manipulateur d'électroradiologie médicale, *op. cit.*

[1038] Arrêté du 5 juillet 2012 relatif au diplôme d'État de pédicure-podologue, JORF n° 161 du 12 juillet 2012, texte n° 3, B O Santé – Protection sociale – Solidarité n° 6 du 15 juillet 2012, p. 219, ultérieurement modifié par l'arrêté du 19 mai 2016, JORF n° 119 du 24 mai 2016, texte n° 33.

[1039] Décret n° 2013-798 du 30 août 2013 relatif au régime des études en vue du certificat de capacité d'orthophoniste, JORF n° 203 du 1er septembre 2013, texte n° 9.

[1040] Arrêté du 20 octobre 2014 relatif aux études en vue du certificat de capacité d'orthoptiste, JORF n° 291 du 17 décembre 2014, texte n° 16.

[1041] Décret n° 2010-1123 du 23 septembre 2010 relatif à la délivrance du grade de licence aux titulaires de certains titres ou diplômes relevant du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique, JORF n° 224 du 26 septembre 2010, texte n° 10.

[1042] L'ergothérapeute a été intégré à la liste des professions concernées par le décret n° 2013-756 du 19 août 2013 relatif aux dispositions réglementaires des livres VI et VII du code de l'éducation, qui a codifié les dispositions au sein de l'article D. 636-69 de ce code, *cf.* Décret n° 2013-756 du 19 août 2013 relatif aux dispositions réglementaires des livres VI et VII du code de l'éducation (Décrets en Conseil d'État et décrets), JORF n° 192 du 20 août 2013, texte n° 28.

[1043] Décret n° 2016-21 du 14 janvier 2016 attribuant le grade de licence aux titulaires du diplôme de technicien supérieur en imagerie médicale et radiologie thérapeutique et aux titulaires du diplôme d'État de manipulateur d'électroradiologie médicale, JORF n° 13 du 16 janvier 2016, texte n° 18.

[1044] Décret n° 2013-798 du 30 août 2013 relatif au régime des études en vue du certificat de capacité d'orthophoniste, *op. cit.*

[1045] Lequel a été créé par un décret du 15 décembre 2014, *cf.* Décret n° 2014-1511 du 15 décembre 2014 relatif aux diplômes de santé conférant le grade master, JORF n° 291 du 17 décembre 2014, texte n° 15.

[1046] Arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier anesthésiste, JORF n° 175 du 29 juillet 2012, texte n° 6, B O Santé – Protection sociale – Solidarité n° 6 du 15 juillet 2012, p. 219, ultérieurement modifié par l'arrêté du 19 mai 2016, JORF n° 119 du 24 mai 2016, texte n° 33.

grade de licence, ce qui semble logique. Lorsque le diplôme est obtenu après cinq années d'études, l'octroi d'un grade de master au diplôme correspondant apparaît légitime, ce qui est notamment le cas du certificat de capacité d'orthophoniste. Inévitablement, une difficulté survient lorsque les études préparatoires au diplôme d'État paramédical ont une durée de quatre ans. Le processus d'octroi d'un grade universitaire prend alors la forme de négociations entre les parties prenantes, à savoir les pouvoirs publics et les organisations représentatives de la profession. Ces négociations conduisent à une proposition, appelée « arbitrage ministériel ». Quand celui-ci ne satisfait pas pleinement les organisations représentatives, de nouvelles négociations sont ouvertes. Elles débouchent généralement sur un nouvel arbitrage ministériel. Or, lorsque celui-ci est à nouveau refusé par les organisations représentatives, peut survenir une situation de blocage. L'exemple le plus probant en la matière est justement celui des masseurs-kinésithérapeutes.

2. Le refus réitéré d'octroi du grade universitaire de master au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute

917- Dans les suites des rapports publics préconisant à chaque corps professionnel d'élaborer, aux fins de mettre en œuvre une réforme des études préparatoires à leur diplôme d'État, des référentiels d'activité, de compétences et de formation propres, les membres du Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes ont établi une première version d'un référentiel intitulé « métier et compétences des masseurs-kinésithérapeutes »[1047], publié le 20 mai 2011. Cependant, son contenu est rapidement refondé. Une nouvelle version voit le jour en décembre 2012. Devenu « le référentiel de la profession »[1048], les trente-deux pages initiales laissent alors place à un ouvrage de deux cent dix-huit pages.

918- Le désir des membres ordinaux d'obtenir des instances gouvernementales la reconnaissance du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute au grade de master est manifeste. Toutefois, la durée de formation initiale, qui est à cette période de trois ans, ne peut fonder l'octroi d'un grade qui correspond à cinq années d'études universitaires. Afin de justifier d'une telle correspondance de durée d'études, les membres ordinaux insèrent alors dans le référentiel de la profession de masseur-kinésithérapeute des activités et des actes pratiques exercés, en l'état du droit positif, par les

[1047] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Référentiel du métier et des compétences des masseurs-kinésithérapeutes* [en ligne], publié le 20 avril 2011, https://ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/05/referentiel.pdf/

[1048] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Le référentiel de la profession* [en ligne], publié en décembre 2012, http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2012/12/Le-r%C3%A9f%C3% A9rentiel.pdf/

titulaires du titre d'ostéopathe[1049]. Cette insertion apparaît pour eux tout à fait justifiée, dans la mesure où l'ostéopathie constitue, selon eux, « un exercice spécifique dans un domaine particulier des compétences professionnelles »[1050].

919- L'arbitrage ministériel est particulièrement attendu. Alors que le blocage est dénoncé par différents parlementaires[1051], le Gouvernement, par la voix du ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, opère une distinction entre « la formation généraliste en masso-kinésithérapie » et « la formation en masso-kinésithérapie avancée »[1052], qui permet *in fine* à l'instance gouvernementale de justifier son refus de prendre en compte, pour la détermination d'un grade universitaire équivalent au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, les activités et les actes en ostéopathie. Peu de temps après, si les ministères en charge de la Santé et de l'Enseignement supérieur semblent pouvoir s'accorder sur une équivalence de niveau universitaire master 1, susceptible de satisfaire plus ou moins le corps des masseurs-kinésithérapeutes, l'arbitrage ministériel du 25 janvier 2013[1053] propose l'octroi du grade de licence.

920- Les membres du Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes s'empressent de dénoncer l'arbitrage ministériel, qui constitue selon eux « une atteinte injuste à la reconnaissance de la profession au sein des autres professions de santé »[1054]. En conséquence, les ministres en charge de l'Enseignement supérieur et de la Santé s'engagent, dans un communiqué conjoint[1055], à reprendre les travaux de réingénierie des études préparatoires au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute. Quelques mois plus tard, soit le 15 octobre 2013, les organisations syndicales, à leur tour, dénoncent l'arbitrage initial et exhortent les pouvoirs publics à conférer à leur diplôme d'État le grade de master[1056]. Les négociations s'enlisent. Un peu moins de deux ans plus tard, le

---

[1049] D'ailleurs, cette volonté de confusion n'est aucunement cachée, puisque les membres ordinaux mentionnent explicitement au sein de ce référentiel les compétences propres du MKO, entendu comme le masseur-kinésithérapeute ostéopathe. Pour une étude des compétences du masseur-kinésithérapeute titulaire du titre d'ostéopathe, *cf.* Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Le référentiel de la profession*, *op. cit.* p. 59.

[1050] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Commission « Ostéopathie »*, *op. cit.* p. 4.

[1051] FAUCONNIER Alain, *Question écrite au gouvernement,* n° 19795, JO Sénat du 11 août 2011, p. 2086 ; COURTEAU Roland, *Question écrite au gouvernement*, n° 20152, JO Sénat du 29 septembre 2011, p. 2487.

[1052] COURTEAU Roland, *op. cit.*

[1053] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Communiqué du Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes* [en ligne], 28 janvier 2013, http://vendee.ordremk.fr/files/2013/01/CNOMK-Communiqu%C3%A9-arbitrage-ministeriel-%C3%A9tudes-de-MK-28-01-2013.pdf/

[1054] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Arbitrage ministériel sur la réingénierie de la formation des MK*, Bull. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, 2e trimestre 2013, n° 23, p. 19.

[1055] Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, *Intégration au processus L.M.D. de la formation des masseurs-kinésithérapeutes* [en ligne], publié le 25 février 2013, [consulté le 2 septembre 2019], http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid68981/integration-au-processus-l.m.d.-de-la-formation-des-masseurs--kinesitherapeutes.html/

[1056] Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs, *Pour une réingénierie du diplôme à la hauteur des enjeux : le grade de MASTER* [en ligne], publié le 22 novembre 2013, [consulté le 3 septembre 2019], https://www.ffmkr.org/actualites/nos-actualites/22-nov-2013-pour-une-reingenierie-du-diplome-a-la-hauteur-des-enjeux

mode de sélection des étudiants par voie universitaire et la réforme des études préparatoires sont tous deux mis en œuvre. Ces dernières se déroulent dorénavant en quatre années, réparties en deux cycles de quatre semestres chacun.

921- Les organisations représentatives de la profession saluent « des indicateurs positifs, mais (déplorent qu'il existe) encore trop d'incertitudes »[1057]. En effet, si rien ne semble s'opposer à ce date à la reconnaissance rapide du diplôme d'État au grade de master, celle-ci ne survient toujours pas. Cette situation est dénoncée par l'IGAS et l'IGAENR, qui ont fait valoir dans un rapport conjoint qu'il conviendrait de conférer le grade de master aux « diplômes de niveau bac+5, qui sont officiellement crédités de 300 ECTS, tel celui de kinésithérapeute compte tenu du recrutement intégral par une première année universitaire »[1058].

922- Cinq ans après ce rapport, la situation des masseurs-kinésithérapeutes semble soudainement se débloquer. En effet, contre toute attente, le 17 mai 2021, Olivier VÉRAN, ministre des Solidarités et de la Santé, annonce que leur diplôme d'État sera prochainement reconnu au grade de master[1059]. Bien que cette reconnaissance ne semble devoir s'appliquer qu'aux diplômes délivrés à l'issue de l'année scolaire 2020-2021, l'évolution à venir est saluée par l'ensemble du corps professionnel. Cela se comprend : jusque-là, le non-octroi du grade de master était totalement incompréhensible au regard des attributs dont est doté le nouveau diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute.

b) Un non-d'octroi incompréhensible au regard des attributs du nouveau diplôme d'État

923- Avant qu'Olivier VÉRAN annonce le contraire, le diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute ne semblait pouvoir être reconnu au grade universitaire de master. Les arbitrages ministériels étaient systématiquement en contrariété avec les attentes du corps professionnel, qui n'acceptaient pas qu'à son diplôme soit octroyé le grade de licence. Vraisemblablement, celui avait totalement raison : les attributs dont le nouveau diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute est doté justifient pleinement

-le-grade-de-master/

[1057] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Proposition d'arbitrage interministériel sur la réforme de la formation initiale des kinésithérapeutes : des indicateurs positifs, mais encore trop d'incertitudes* [en ligne], publié le 19 novembre 2014, [consulté le 4 septembre 2019,] https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/05/Newsletter-35.pdf/

[1058] DEBEAUPUIS Jean, ESSID Axel, ALLAL Patrick *et al.*, *Pour une meilleure intégration des formations paramédicales à l'université : mise en œuvre des mesures 5, 6 et 13 de la Grande conférence de santé*, Paris, La Documentation française, juin 2017, nº 2016-123R, p. 59.

[1059] Olivier VÉRAN, ministre des Solidarités et de la Santé a annoncé le 17 mai 2021, à l'occasion d'un échange en visioconférence avec Pascale MATHIEU, présidente du Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, que le diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute serait prochainement reconnu au grade de master. Pour une visualisation de cette conférence, *cf*. Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Visioconférence : retrouvé le replay* [en ligne], publié le 19 mai 2021, [consulté le 29 juillet 2021], https://www.ordremk.fr/actualites/kines/visioconference-retrouvez-le-replay/

sa reconnaissance au grade de master.

924- Dans la perspective de démontrer cette dernière affirmation, seront exposés les attributs du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute. À cette fin, il importe de se pencher, dans un premier temps, sur l'octroi de crédits européens dont a bénéficié ce diplôme (1), avant de s'attarder, dans un second temps, sur l'inscription de celui-ci au Registre national des certifications professionnelles (2).

1. Un attribut constitué par des crédits européens

925- La difficulté majeure pour les organisations représentatives de la profession, dans le cadre des négociations, résidait dans le calcul des crédits européens (ECTS) auquel correspond le diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute. Le crédit européen, tel que le souligne la Commission européenne sur son site internet, « constitue un instrument central du processus de Bologne, qui vise à rendre les systèmes nationaux plus compatibles […] (afin de) faciliter la mobilité des étudiants entre différents pays »[1060]. Adopté par l'Espace européen de l'enseignement supérieur, il oblige les États membres à faire correspondre un nombre certain de crédits à chaque cycle de formation. Ces crédits sont généralement au nombre de soixante par année universitaire validée et sont délivrés par les établissements d'Enseignement supérieur. Ils ne peuvent être confondus avec le grade universitaire, lequel est délivré au nom de l'État.

926- Le grade de licence est conféré en vertu de l'article D. 612-32-5 du Code de l'éducation aux titulaires d'un diplôme national de l'enseignement supérieur sanctionnant des études de premier cycle universitaire, lequel se déroule sur trois années et correspond à 180 crédits européens. Le grade de master, quant à lui, sanctionne « un niveau correspondant à l'obtention de 120 crédits européens au-delà du grade de licence »[1061], généralement acquis par la validation de deux années universitaires. Il existe ainsi, de manière évidente, un lien supposé entre le grade universitaire reconnu et le nombre d'ECTS délivré.

927- En ce qui concerne les diplômes d'État paramédicaux, ceux-ci doivent faire l'objet, aux fins d'octroi d'un grade universitaire, d'une mesure réglementaire. Ceci peut certainement expliquer l'emploi par les instances ministérielles du verbe « correspondre » dans la lettre de l'article 8 du

[1060] Commission européenne, *Système européen de transfert et d'accumulation de crédits (ECTS)* [en ligne], [consulté le 6 septembre 2019], https://ec.europa.eu/education/resources/european-credit-transfer-accumulation-system_fr/

[1061] Article D. 612-36-1 du Code de l'éducation.

décret du 2 septembre 2015[1062], alors que le verbe « équivaloir » aurait pu être utilisé en l'espèce. Or, le verbe issu du latin *aequivalere* détermine une identité de valeur quantitative[1063], soit un attribut intrinsèque à l'objet considéré. Il semble, de cette manière, s'opposer au verbe « correspondre », qui, issu de l'association latine de *cum*, signifiant « avec », et *respondeo,* signifiant « répondre », renvoie plus à un rapport d'analogie, caractérisant ainsi un attribut qui serait extrinsèque de l'objet en question.

928- C'est à la lumière de ces explications, qui révèlent, dans une certaine mesure, l'état d'esprit des pouvoirs publics qu'il convient d'appréhender les âpres discussions qui se sont déroulées entre les services du ministère de la Santé et les organisations représentatives de la profession, au premier titre duquel figure le Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, sur le grade auquel il convenait de reconnaître le diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute. L'instance ordinale défendait l'octroi du grade de master, alors que les services ministériels ne proposaient que le grade de licence, tel qu'il a été notamment fait pour les diplômes d'infirmier, d'ergothérapeute et de manipulateur en électroradiologie médicale.

929- Sans avoir la volonté ni la capacité de trancher le débat, il peut être relevé que les diplômes précédemment mentionnés ne sont aucunement équivalents à celui de masseur-kinésithérapeute. En effet, les diplômes d'infirmier, ergothérapeute et manipulateur en électroradiologie médicale correspondent, et ce de manière explicite, à 180 crédits européens[1064], alors que les « candidats […] déclarés reçus au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute […] obtiennent les 240 crédits correspondants »[1065], selon les termes mêmes de l'arrêté du 2 septembre 2015. Par ailleurs, les candidats en masso-kinésithérapie ne sont admis en Institut de formation qu'à l'issue d'« une première année universitaire validée et (l')obtention de 60 crédits européens »[1066]. Eu égard à l'exigence arithmétique, les étudiants en question, à l'issue de leur formation initiale, ont bel et bien validé un total de 300 crédits européens. Ils semblent à ce titre tout à fait légitimes à obtenir la titularité d'un diplôme de grade master.

930- Néanmoins, il peut être douté de la possibilité d'additionner les crédits européens octroyés au

---

[1062] L'article 8 du décret en question modifie l'article D. 4321-20 du Code de la santé publique, selon lequel, désormais, « le diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute correspond à 240 crédits européens », *cf.* Décret n° 2015-1110 du 2 septembre 2015, *op. cit.*

[1063] Le Centre national de ressources textuelles et lexicales et le dictionnaire LE PETIT ROBERT donnent tous deux au verbe « équivaloir » la même définition : « être de même valeur quantitative ».

[1064] Article 17 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier, *op. cit.* ; article 6 de l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute, *op. cit.* ; article 8 de l'arrêté du 14 juin 2012 relatif au diplôme d'État de manipulateur d'électroradiologie médicale, *op. cit.*

[1065] Article 21 de l'arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, *op. cit.,* qui reprend le contenu de l'article 8 du décret n° 2015-1110 du 2 septembre 2015, *op. cit.*

[1066] Article 6 du décret n° 2015-1110 du 2 septembre 2015, *op. cit.*

terme de l'année de sélection aux crédits délivrés en vertu des études préparatoires au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute. Contre cette possibilité, deux arguments peuvent être soulevés. Le premier argument se fonde sur la lettre de l'article D. 612-36-1 du Code de l'éducation, selon lequel « le diplôme de master sanctionne un niveau correspondant à l'obtention de 120 crédits européens au-delà du grade de licence ». Seules semblent pouvoir permettre la délivrance d'un diplôme de grade master les études dont la validation des trois premières années correspond à un premier diplôme de grade licence, ce qui n'est nullement le cas des études préparatoires au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute. Cet argument trouve cependant, dans une certaine mesure, la démonstration contraire dans le cas du certificat de capacité d'orthophoniste, qui a été reconnu au grade de master sans que ne soit prévue la délivrance préalable d'un diplôme de grade de licence. Le second argument réside dans la différence des champs disciplinaires utilisés pour sélectionner les étudiants à admettre en IFMK. Si, l'année validée assure la délivrance effective de 60 crédits européens, rien ne permet de penser que ceux-ci puissent être utilement additionnés aux 240 crédits correspondant au diplôme d'État, faute d'identité entre les champs disciplinaires étudiés. Si tel était le cas, il suffirait de valider cinq premières années de licence, dans cinq champs disciplinaires différents, pour prétendre à un diplôme de master !

931- En tout état de cause, si le diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute est aujourd'hui promis à être reconnu au grade de master, c'est certainement en grande partie parce qu'il correspond au niveau 7 du Registre national des certifications professionnelles.

2. Un attribut conféré par l'inscription au niveau 7 du RNCP européen

932- Le diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute possède, avant toute chose, une vocation professionnelle. Il ne peut en être raisonnablement douté. Par conséquent, il apparaît logique que celui-ci ait fait l'objet d'une inscription au Répertoire national des certifications professionnelles, lequel a été créé par une loi du 17 janvier 2002[1067]. La Commission instituée, régie au départ par des dispositions du Code de l'éducation, a initialement pour mission de classer les diplômes et titres à finalité professionnelle par domaine d'activité et par niveau, au sein d'une nomenclature constituée de cinq niveaux et considérée comme « susceptible de permettre des comparaisons européennes et internationales »[1068].

[1067] Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, JORF du 18 janvier 2002, texte n° 1.

[1068] Article R. 335-31 du Code de l'éducation, abrogé par le décret n° 2018-1172 du 18 décembre 2018 relatif aux conditions d'enregistrement des certifications professionnelles et des certifications et habilitations dans les répertoires nationaux, publié au JORF n° 29 du 20 décembre 2018 et correspondant au texte n° 46.

933- Désormais régies par le Code du travail[1069], les certifications permettent « une validation des compétences et des connaissances acquises nécessaires à l'exercice d'activités professionnelles […] définies notamment par un référentiel d'activités […], un référentiel de compétences […] et un référentiel d'évaluation »[1070]. Le nouveau cadre national des certifications professionnelles, mis en conformité avec le cadre européen et redéfini par un décret complété d'un arrêté parus au Journal officiel du 9 janvier 2019[1071], vise à évaluer le niveau de compétences requises pour l'exercice des activités professionnelles. Aux fins de classement, les critères employés permettent notamment de révéler « 1° La complexité des savoirs associés à l'exercice de l'activité professionnelle ; 2° Le niveau des savoir-faire, qui s'apprécie notamment en fonction de la complexité et de la technicité d'une activité dans un processus de travail ; 3° Le niveau de responsabilité et d'autonomie au sein de l'organisation de travail »[1072]. Les activités professionnelles concernées sont réparties au sein des sept catégories définies à l'article D. 6113-19 du code précité.

934- En ce qui concerne le diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, celui-ci est désormais reconnu, tel que précisé dans l'annexe de l'arrêté du 2 septembre 2015, tel que modifié par l'arrêté du 2 mai 2017[1073], au niveau 7 de la nomenclature européenne. Cette reconnaissance oblige à regarder le corps correspondant comme doté de « connaissances hautement spécialisées, dont certaines sont à l'avant-garde du savoir dans un domaine et sont à l'interface de plusieurs domaines de travail »[1074], et, à ce titre, pourvu de « la capacité à élaborer et mettre en œuvre des stratégies alternatives pour le développement de l'activité professionnelle dans des contextes professionnels complexes, ainsi qu'à évaluer les risques et les conséquences de son activité »[1075]. Le masseur-kinésithérapeute semble donc caractériser par « un niveau élevé d'autorité, d'innovation, d'autonomie, d'intégrité scientifique ou professionnelle et un engagement soutenu vis-à-vis de la production de nouvelles idées ou de nouveaux processus dans un domaine d'avant-garde de travail ou d'études, y compris en matière de recherche »[1076].

[1069] Cette modification a été opérée par la loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel, JORF n° 205 du 6 septembre 2018, texte n° 1.

[1070] Selon l'article L. 6113-1 du Code du travail, créé par l'article 31 de la loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018, *op. cit.*

[1071] Décret n° 2019-14 du 8 janvier 2019 relatif au cadre national des certifications professionnelles, JORF n° 7 du 9 janvier 2019, texte n° 11 ; arrêté du 8 janvier 2019 fixant les critères associés aux niveaux de qualification du cadre national des certifications professionnelles, JORF n° 7 du 9 janvier 2019, texte n° 13.

[1072] Article D. 6113-10 du Code du travail, créé par le décret n° 2019-14 du 8 janvier 2019, *op. cit.*

[1073] Arrêté du 2 mai 2017 modifiant l'arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, *op. cit.*

[1074] Arrêté du 8 janvier 2019 fixant les critères associés aux niveaux de qualification du cadre national des certifications professionnelles, *op. cit.*

[1075] Article D. 6113-19 du Code du travail.

[1076] Union européenne, *Le cadre européen des certifications pour l'éducation et la formation tout au long de la vie* [en ligne], publié en février 2008, [consulté le 4 septembre 2019], https://ec.europa.eu/ploteus/sites/eac-eqf/files/leaflet_fr.pdf/

935- Il n'est donc pas surprenant que le Conseil national ait salué, au moment de la certification, cette avancée et entrepris de faire de « l'obtention du grade master, demande constante et attente forte de la profession auxquelles plus rien techniquement ne s'oppose »[1077], la prochaine étape de l'évolution du corps professionnel. Manifestement, celui-ci a atteint à son objectif. L'annonce d'Olivier VÉRAN faite le 17 mai 2021 constitue un événement heureux pour le corps des masseurs-kinésithérapeutes, qui va enfin pouvoir amorcer une dynamique de singularisation efficace vis-à-vis des corps des praticiens circonvoisins.

B. Un octroi indispensable à la dynamique de singularisation du corps des masseurs-kinésithérapeutes

936- Depuis le début des années 2010, les masseurs-kinésithérapeutes cherchent à faire reconnaître la singularité de leur exercice professionnel. En effet, la concurrence qui leur est imposée par les ostéopathes et les enseignants en Activité Physique Adaptée constitue une problématique majeure, à laquelle ils doivent nécessairement remédier[1078]. Pour l'ensemble du corps professionnel, une partie de la réponse réside dans la reconnaissance du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute au grade de master. Il doit leur être donné partiellement raison. Si le grade ne confère en lui-même qu'une singularité relative au masseur-kinésithérapeute vis-à-vis des praticiens circonvoisins, il constitue véritablement une étape essentielle d'une dynamique de singularisation qui se veut efficace.

937- Afin de démontrer ce point, il importe d'aborder la situation du masseur-kinésithérapeute titulaire d'un diplôme d'État reconnu au grade de master vis-à-vis de l'ostéopathe (a) puis vis-à-vis de l'enseignant en Activité Physique Adaptée (b), avant d'exposer en quoi cette reconnaissance constitue véritablement une étape essentielle de la dynamique par laquelle le corps professionnel des masseurs-kinésithérapeutes pourrait recouvrer sa singularité (c).

a) Une éphémère singularité prévisible vis-à-vis de l'ostéopathe

938- En 2010, pour les membres du Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes

---

[1077] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Publication au BO du ministère de la Santé de l'obtention du niveau 1 français, niveau 7 européen, du diplôme de masseur-kinésithérapeute* [en ligne], publié le 18 mai 2017, [consulté le 6 septembre 2019,] https://www.ordremk.fr/actualites/etudiants/publication-au-bulletin-officiel-du-ministere-de-la-sante-de-lobtention-du-niveau-1-francais-niveau-7-europeen-du-diplome-de-masseur-kinesitherapeute/

[1078] Ce qui est notamment démontré dans la première partie de cette thèse.

l'ostéopathie constituait indéniablement une spécialité de la masso-kinésithérapie[1079]. Pour eux, devaient ainsi être adjointes aux trois années des études préparatoires au diplôme d'État[1080] deux années supplémentaires d'ostéopathie. La nature médicale[1081] de celle-ci était notamment révélée par le démembrement du champ de pratiques ostéopathique qu'ils s'évertuaient de manière assidue à réaliser[1082]. De cette manière, qui peut être qualifiée de maladroite dans la mesure où cette doctrine ordinale a largement participé à la cristallisation de la confusion qui règne encore aujourd'hui entre ces deux activités de santé, les membres de l'instance faisaient valoir des arguments qui justifiaient, à leurs yeux, que le diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute soit reconnu au grade universitaire de master. Dans un même temps, cet élément objectif présentait un intérêt évident : il permettait d'entrevoir une distinction entre les deux corps professionnels.

939- La question du grade universitaire du diplôme dont chacun est titulaire a ressurgi à l'occasion de la réforme du 2 septembre 2015. À cette date, la durée des études préparatoires au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute est étendue à quatre ans et la sélection des étudiants admis à poursuivre la formation en masso-kinésithérapie est, en post-baccalauréat, organisée au travers d'une année universitaire. Les cinq années d'études auxquelles correspond le grade de master sont ainsi, hypothétiquement, acquises. Sans surprise, à partir de septembre 2015, l'instance ordinale abandonne la doctrine assimilative qu'elle n'a eu de cesse de développer vis-à-vis de l'ostéopathie. Son choix est pleinement justifié. En effet, en présentant, les deux années d'études supplémentaires en ostéopathie comme propres à justifier l'octroi du grade de master au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, le Conseil national de l'Ordre a longtemps tacitement conforté les revendications des organisations représentatives des ostéopathes exclusifs, qui réclamaient la reconnaissance du diplôme d'ostéopathie, délivré à l'issue de cinq années d'études, au grade de master.

940- Une question se fait pressante. Peut-il être considéré que l'octroi d'un grade de master au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute conférera au corps professionnel correspondant une singularité vis-à-vis des ostéopathes ? La réponse, affirmative, doit être tempérée. En effet, une fois le grade de master délivré, les masseurs-kinésithérapeutes posséderont un statut de professionnel de santé paramédical et un diplôme d'État reconnu au grade de master[1083], alors que les ostéopathes, dont l'exercice professionnel n'est aucunement inscrit dans le Code de la santé publique, ne seront

[1079] Pour plus de précisions sur la question, *cf.* b) Une incorporation de la formation en ostéopathie dans les études préparatoires du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, p. 102.

[1080] Pour rappel, la durée des études préparatoires au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute a été portée à 4 ans par la réforme opérée par deux textes réglementaires du 2 septembre 2015.

[1081] Pour la distinction douteuse entre l'ostéopathie médicale et l'ostéopathie non médicale, *cf.* a) Une appropriation légitimée par la nature médicale de l'ostéopathie pratiquée par les masseurs-kinésithérapeutes, p. 96.

[1082] Pour l'étude de ce démembrement, *cf.* Paragraphe 2 : Une doctrine ordinale réalisant le démembrement du champ de pratiques ostéopathique, p. 104.

que titulaires d'un diplôme sans reconnaissance universitaire et délivré par des établissements d'enseignement privés agréés. En outre, ce grade de master pourvoira la masso-kinésithérapie, du moins dans l'esprit du plus grand nombre, d'une certaine légitimité scientifique, qui fera apparaître le processus de démembrement du champ de pratiques ostéopathique opéré par le Conseil national de l'Ordre *a priori* justifié et valide. Les masseurs-kinésithérapeutes se trouveront ainsi dans une situation favorable vis-à-vis des ostéopathes, ce qui ne manquera pas de s'exprimer *in fine* au sein des réglementations de leurs exercices professionnels respectifs. Ainsi, il peut être pensé que le grade de master permette au corps des masseurs-kinésithérapeutes de rattraper le retard pris sur les ostéopathes exclusifs, qui sont parvenus à obtenir des pouvoirs publics une formation initiale en cinq années.

941- Cette analyse doit toutefois être relativisée. En effet, les ostéopathes exclusifs ont bénéficié, par un arrêté du 12 décembre 2014[1084], d'une réforme de leur formation initiale, notamment fondée sur les référentiels d'activités, de compétences et de formation rédigés par les organisations représentatives de la profession. Or, dans ces référentiels peuvent être relevées les prémices d'une conformité aux standards universitaires. En effet, les enseignements ostéopathiques sont désormais organisés en unités d'enseignement et la gouvernance des écoles est assurée par des instances qui présentent de grandes similitudes avec celles chargées de la gouvernance des IFMK[1085]. À cet égard, la « commission de validation des unités de formation et des compétences professionnelles »[1086] fait immanquablement écho à la commission d'attribution des crédits des institutions universitaires. Il existe de fortes raisons de penser que les ostéopathes exclusifs pourraient, à court terme, également bénéficier d'une relative intégration de leur formation initiale dans le système universitaire et de la reconnaissance de leur diplôme au grade universitaire de master.

942- Dès lors, si l'octroi du grade de master au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute apparaît de nature à conférer au corps des masseurs-kinésithérapeutes une certaine singularité vis-à-vis des ostéopathes, celle-ci semble vouée à rapidement disparaître, notamment dès que les pouvoirs publics s'attacheront à réformer la formation en ostéopathie. En tout état de cause, la singularité escomptée vis-à-vis des enseignants en Activité Physique Adaptée peut être encore plus relativisée.

[1083] Pour mémoire, il doit être rappelé qu'aujourd'hui, au sein des professions paramédicales, seuls les orthophonistes possèdent ces deux attributs.

[1084] Arrêté du 12 décembre 2014 relatif à la formation en ostéopathie, *op. cit.*

[1085] Arrêté du 17 avril 2018 modifiant l'arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, *op. cit.*

[1086] Article 28 de l'arrêté du 12 décembre 2014 relatif à la formation en ostéopathie, *op. cit.*

b) Une relative singularité vis-à-vis de l'enseignant en Activité Physique Adaptée

943- Le corps professionnel des enseignants en Activité Physique Adaptée est caractérisé, en vertu de son histoire, par un rattachement indéfectible au système universitaire. Composé de praticiens titulaires d'un diplôme spécifique de niveau licence, master ou doctorat, délivré à l'issue d'études validées au sein de l'institution universitaire, il ne peut vraisemblablement pas souffrir d'une quelconque comparaison avec le corps des masseurs-kinésithérapeutes.

944- Cependant, l'articulation instituée entre les deux corps professionnels dans le cadre restreint de la prescription médicale d'activité physique adaptée[1087] semble totalement indifférente aux grades universitaires reconnus à leurs diplômes respectifs. Si les masseurs-kinésithérapeutes sont habilités à intervenir auprès des patients présentant des limitations fonctionnelles sévères, c'est-à-dire auprès des patients les plus vulnérables, c'est notamment en vertu de leur qualité de professionnel de santé, et non d'un grade universitaire auquel ils pourraient prétendre ou être reconnus. Cette prééminence ne peut être niée, alors que l'article D. 1172-3 du Code de la santé publique précise que l'enseignant en APA peut, « lorsque les patients ont atteint une autonomie suffisante et présentent une atténuation des altérations » de ses capacités fonctionnelles, intervenir « en complémentarité » du masseur-kinésithérapeute.

945- Il n'en demeure pas moins qu'au sein d'un service de santé, certains enseignants en Activité Physique Adaptée titulaires d'un diplôme de master ou d'un doctorat apparaissent aujourd'hui plus légitimes à dispenser des soins aux patients présentant des ALD que les masseurs-kinésithérapeutes, notamment en raison du grade reconnu à leur diplôme. Peuvent-ils, dès lors, accepter durablement d'intervenir conformément au bilan établi par ces derniers, alors qu'ils les regardent, peut-être à juste titre, comme dotés de qualifications professionnelles inférieures aux leurs ? En tout état de cause, ce corps professionnel souffre surtout d'une de ses caractéristiques essentielles, qui réside dans l'hétérogénéité des diplômes dont ses membres sont titulaires, à savoir la licence, le master ou le doctorat. En effet, alors que les missions confiées à chacun devraient logiquement dépendre du diplôme détenu, tous réalisent dans leur exercice quotidien des actes et des techniques de base, parfois très en deçà de leurs véritables compétences.

946- L'octroi d'un grade de master au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute devrait donc permettre au corps professionnel de bénéficier d'une singularité toute relative vis-à-vis du corps des enseignants en Activité Physique Adaptée. En effet, les masseurs-kinésithérapeutes se distingueront des autres corps par leurs compétences, connues et enfin reconnues en vertu d'un diplôme attestant

[1087] Pour une étude du partage de compétences entre les corps professionnels habilités, *cf.* a) Un partage réalisé en considération de la sévérité des limitations fonctionnelles, p. 215.

de leur expertise en santé. Cependant, il faut se l'avouer : ils ne feront au mieux que jeu égal avec les enseignants en Activité Physique Adaptée, titulaires d'un diplôme de master, voire d'un doctorat, jusqu'à ce que les pouvoirs publics se décident à confier à ces derniers un rôle dans le système de santé à la hauteur de leur niveau universitaire.

947- Il ne semble pouvoir être attendu de l'octroi au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute du grade de master qu'une relative et éphémère singularité du corps professionnel vis-à-vis des corps des praticiens circonvoisins. Pourtant, cet octroi mérite d'être fortement salué. En effet, en tout état de cause, il constitue indéniablement une étape essentielle de la dynamique de singularisation des masseurs-kinésithérapeutes.

c) Un octroi constitutif d'une étape essentielle de la dynamique de singularisation du corps des masseurs-kinésithérapeutes

948- Si l'octroi du grade de master au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute a pu être regardé par certains comme un but à atteindre, suffisant en lui-même, il constitue véritablement une étape essentielle de la dynamique de singularisation du corps professionnel. Afin de le démontrer, doit être présentée l'évolution du corps professionnel que semble permettre un tel octroi.

949- En propos liminaire, il n'y a pas lieu ici de revenir sur l'organisation actuelle des professions de santé[1088], dont le caractère rigide et médico-centrée est régulièrement dénoncé. Cependant, il convient de rappeler le fondement principal de la prééminence du corps médical, qui présente une dimension historique indéniable et ne semble *a priori* pas pouvoir être remise en question. Celui-ci réside manifestement dans l'unicité et la primauté du champ disciplinaire en santé, qui est de nature médicale.

950- En effet, il n'existait, avant le 30 octobre 2019[1089], qu'un seul et unique champ disciplinaire en santé, à savoir la médecine, laquelle était appréhendée de manière élargie. Il en résultait qu'aucune activité de santé, qu'elle soit préventive ou thérapeutique, n'échappait à son pouvoir attractif, lequel était assuré tant par la définition qui est donnée de l'exercice illégal de la médecine[1090] que par la sémantique utilisée pour déterminer le rôle joué par les corps professionnels paramédicaux[1091]. Dès

[1088] Ce sujet a d'ores et déjà été abordé dans un paragraphe relatif au rapport de la mission présidée par Laurent HÉNART, *cf.* a) La démonstration d'une organisation médico-centrée des professions de santé, p. 267.

[1089] Pour une explication de cette date, *cf. infra.*

[1090] À cet égard, voir les développements n°758 et suivants, p. 267.

[1091] Pour plus de précisions sur le sujet, *cf.* le développement n° 763, p. 269.

lors, si l'ébauche d'autres champs disciplinaires en santé pouvait être amorcée[1092] ou la pénétration de champs existants dans le domaine de la santé envisagée[1093], ceux-ci ne pouvaient que subir le diktat de l'autorité médicale.

951- La titularité, par les membres d'un corps paramédical, d'un diplôme reconnu au grade de master ne pouvait, en soi, aucunement modifier cette situation. Heureusement, depuis, les pouvoirs publics ont inscrit les « Sciences de la rééducation et de la réadaptation » à la 91e section du Conseil national des universités[1094]. Aujourd'hui totalement distincte des Sciences médicales, cette nouvelle discipline en santé doit prendre pleinement son essor. Cependant, pour ce faire, elle nécessite que puisse s'ériger, dans un temps relativement court, un corps d'enseignants-chercheurs universitaires spécifique, propre à dispenser à l'Université, au sein d'unités de formation dédiées, les formations appropriées. Cela permettra surtout à la discipline naissante de prendre ses distances avec les savoirs existants, dont ceux médicaux[1095], mais offrira également la chance que soient consacrés distinctement des champs disciplinaires correspondant aux différentes activités paramédicales.

952- C'est en cela que l'octroi du grade de master au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute pourra servir les desseins du corps professionnel. Il permettra, logiquement, de susciter l'intérêt des nouveaux diplômés et leur donner l'opportunité de s'engager rapidement dans des études doctorales qui correspondent à leur formation initiale. De cette manière pourra sans nul doute émerger, à très bref délai, un corps d'enseignants-chercheurs masseurs-kinésithérapeutes. Celui-ci est indispensable à la dynamique de singularisation du corps professionnel, dans la mesure où la singularité ne peut résulter que de la consécration d'un champ disciplinaire spécifique à la masso-kinésithérapie[1096], nécessitant la détermination d'éléments propres à constituer l'essence même du champ disciplinaire en question.

953- L'intégration partielle des masseurs-kinésithérapeutes, opérée au mois de septembre 2015, n'a eu que des impacts limités sur les difficultés identitaires des masseurs-kinésithérapeutes. En effet, elle n'a aucunement pourvu le masseur-kinésithérapeute d'une quelconque singularité ni conduit à

[1092] Les professions paramédicales proviennent pour la grande majorité de champs disciplinaires émergents que certaines membres du corps médical se sont appropriés, ont développés et étudiés, en d'autres termes médicalisés. Pour le cas du massage et de la gymnastique médicale, *cf.* MONET Jacques*, Émergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIXe et au début du XXe siècle : une spécialité médicale impossible, Genèse, acteurs et intérêts de 1880 à 1914*, *op. cit.*

[1093] Tel que par exemple l'Activité Physique Adaptée.

[1094] Décret no 2019-1107 du 30 octobre 2019, *op. cit.*

[1095] Pour la distinction à opérer entre les savoirs et les champs disciplinaires, *cf.* 29, p. 14.

[1096] C'est la thèse qui est développée dans le titre II de la présente partie. Pour plus de précisions, *cf.* Titre 2 : Une évolution au travers de la consécration d'un champ disciplinaire spécifique à la masso-kinésithérapie, p. 378.

la reconnaissance du diplôme d'État de celui-ci au grade de master. Si cette reconnaissance est *in fine* annoncée par le ministre en charge de la Santé et en voie d'être opérée, c'est très certainement grâce au travail des membres du Conseil national de l'Ordre, qui œuvrent depuis de nombreuses années en ce sens. En tout état de cause, quelle qu'en soit la cause, cette reconnaissance constitue de manière indéniable une étape essentielle de la dynamique de singularisation du corps professionnel, laquelle semble devoir être réalisée au travers de la consécration d'un champ disciplinaire spécifique à la masso-kinésithérapie. Les éléments essentiels de celui-ci devront être déterminés. À cette fin, les enseignants-chercheurs masseurs-kinésithérapeutes devraient notamment s'appuyer sur l'étude du nouveau domaine de compétences, renouvelé à la fin du mois de janvier 2016.

Section 2 : Les impacts limités de la définition renouvelée du domaine de compétences du masseur-kinésithérapeute

954- Les débats parlementaires relatifs au chapitre 2 du projet de loi porté par Marisol TOURAINE, composé de mesures visant à « innover pour préparer les métiers de demain »[1097], ont offert aux organisations représentatives des masseurs-kinésithérapeutes l'opportunité de faire entendre leur voix et obtenir du pouvoir réglementaire une réforme de la définition juridique de leur profession, qui est à cette date toujours marquée des termes de la loi du 30 avril 1946[1098]. En effet, lors de la 3e séance du 9 avril 2015 de l'Assemblée nationale[1099] est présenté l'amendement no 1983 rectifié[1100]. Adopté, celui-ci est à l'origine de l'article 123 de la loi du 26 janvier 2016[1101], lequel modifie dans son intégralité la lettre de l'article L. 4321-1 du Code de santé publique, au sein duquel est défini le domaine de compétences du masseur-kinésithérapeute.

955- L'événement est salué par l'ensemble des membres du corps professionnel, qui considèrent que la nouvelle définition masso-kinésithérapique a eu pour objet et pour effet de leur confier un rôle prépondérant dans le système de santé. S'il faut reconnaître que la réforme de l'article L. 4321-1 constitue une avancée majeure pour la profession, la portée de leur interprétation mérite d'être relativisée. En effet, la nouvelle définition du domaine de compétences du masseur-kinésithérapeute ne permet de distinguer celui-ci des praticiens circonvoisins que de manière très incertaine, ce qui oblige à nuancer fortement la singularité du rôle qui semble lui avoir été assigné. Au plus, il peut être admis que la réforme opérée amorce un début de réponse aux difficultés identitaires rencontrées par le corps professionnel.

956- La démonstration des impacts de ce renouvellement du domaine de compétences nécessite d'exposer, dans un premier temps, les apports principaux de la réforme considérée (paragraphe 1), puis de préciser, dans un second temps, en quoi celle-ci ne produit que des impacts limités sur la dynamique de singularisation du corps professionnel (paragraphe 2).

[1097] Tel qu'il apparaît dans le projet de loi porté par Marisol TOURAINE, *op. cit.*

[1098] Loi no 46-857 du 30 avril 1946, *op. cit.*

[1099] Assemblée nationale, *Débats parlementaires, Compte rendu intégral des séances, Session ordinaire, 3e séance du jeudi 9 avril 2015*, JO A.N. no 48 [3] du 10 avril 2015.

[1100] TOURAINE Marisol, *Amendement no 1983 rectifié à la loi relatif à la santé*, *op. cit.*

[1101] Loi no 2016-41 du 26 janvier 2016, *op. cit.*

Paragraphe 1 : Le domaine de compétences renouvelé du masseur-kinésithérapeute

957- Le renouvellement du domaine de compétences du masseur-kinésithérapeute, opéré par l'article 123 de la loi du 26 janvier 2016, est salué par l'ensemble des membres du corps professionnel, qui voient dans la nouvelle définition de la profession, formulée à l'article L. 4321-1 du Code de la santé publique, la reconnaissance de leur haut niveau d'expertise, l'affirmation du rôle prépondérant qu'ils sont voués à jouer dans le système de santé et la promesse d'une évolution substantielle à venir de leurs conditions d'exercice. Si l'on ne partage pas pleinement ce point de vue, il apparaît en revanche nécessaire d'exposer, en toute objectivité, les bouleversements provoqués par cette réforme sur la manière dont la pratique de la masso-kinésithérapie doit être appréhendée.

958- Dans cette perspective, il est proposé d'exposer, dans un premier temps, en quoi cette réforme a véritablement procédé au renouvellement des fondements professionnels masso-kinésithérapiques (A), avant de présenter, dans un second temps, les caractéristiques remarquables dont est désormais doté le domaine de compétences du masseur-kinésithérapeute (B).

A. Le renouvellement des fondements professionnels masso-kinésithérapiques

959- L'article 123 de la loi du 26 janvier 2016 réalise une réforme substantielle de la profession du masseur-kinésithérapeute, dont la définition juridique n'avait jamais fait, depuis l'année 1946, l'objet d'une véritable évolution. De manière notable, cette réforme procède au renouvellement des fondements professionnels masso-kinésithérapiques. Sont ainsi rénovés le paradigme sur lequel repose l'exercice professionnel et la nature des éléments qui définissent le domaine de compétences du corps professionnel. Ensemble, ces nouveaux fondements emportent des conséquences majeures sur la manière dont doit être appréhendée la masso-kinésithérapie, mais également sur l'évolution que celle-ci devrait être amenée à connaître.

960- Dans l'objectif de présenter ces nouveaux fondements professionnels et expliquer en quoi ils transforment la manière d'appréhender l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, il convient de se pencher, dans un premier temps, sur la modification de paradigme professionnel

opérée dans la lettre de l'article L. 4321-1 du Code de la santé publique (a), avant de s'arrêter, dans un second temps, sur la nouvelle définition qui est donnée du domaine de compétences masso-kinésithérapique (b).

a) Le nouveau paradigme de l'exercice professionnel du masseur-kinésithérapeute

961- Il apparaît nécessaire de s'interroger sur la consistance de la notion de « profession de masseur-kinésithérapeute », laquelle a été totalement supprimée de la lettre de l'article L. 4321-1 du Code de la santé publique. En effet, par la loi du 26 janvier 2016, le législateur a substitué à cette formule inaugurale, qui a prévalu pendant près de soixante-dix ans, « la pratique de la masso-kinésithérapie ». Bien que d'aucuns considèreront ces formules, et les notions juridiques qui y sont rattachées, comme équivalentes, l'étude de cette substitution doit être réalisée, dans la mesure où elle est à l'origine d'un renouvellement du paradigme sur lequel repose l'exercice professionnel du masseur-kinésithérapeute.

962- Afin de circonscrire les bouleversements qui résultent de ce changement de paradigme professionnel, sera étudié, dans un premier temps, le cadre conceptuel que constitue « la profession » de masseur-kinésithérapeute (1), puis analysé, dans un second temps, les apports d'un paradigme professionnel fondé sur « la pratique » d'une activité de santé (2).

1. Les conséquences d'un cadre conceptuel basé sur « la profession »

963- Il est ici proposé d'expliquer en quoi la suppression de la mention « la profession de masseur-kinésithérapeute » du premier alinéa de l'article L. 4321-1 du Code de la santé publique constitue un bouleversement majeur du paradigme sur lequel repose l'exercice professionnel du masseur-kinésithérapeute.

964- À cette fin, il doit tout d'abord être rappelé que l'ensemble des activités en lien avec la santé sont, depuis les premières réglementations du système de santé, organisées autour de la discipline médicale. Cette dernière constitue la pierre angulaire de l'édifice du système de santé et revêt un caractère attractif absolu, auquel il est difficile d'échapper. Dès lors, toutes les prérogatives qui semblent, de près ou de loin, pouvoir être rattachées à la santé sont, sans exception, considérées comme faisant partie intégrante du champ médical. Celui-ci comprend ainsi, nécessairement, les actes pratiques et intellectuels qui sont du ressort du médecin, à savoir, entre autres, l'appréciation

de l'état du patient, l'analyse des signes cliniques, la formulation du diagnostic et la mise en œuvre du traitement, mais également toutes les pratiques empiriques réalisées sur le corps d'autrui, qui ont été au cours des siècles précédents médicalisées.

965- En effet, au cours du XX^e^ siècle, le corps médical a éprouvé la nécessité de se doter d'aides, auxquelles pouvaient être délégués certains actes techniques, pour la réalisation desquels un faible niveau d'études était requis. Pour y répondre, le législateur a créé un statut d'auxiliaire médical et organisé des professions réglementées. Au sein du premier Code de la santé publique, institué par le décret du 5 octobre 1953[1102], la catégorie des professions d'auxiliaires médicaux regroupait alors « la profession d'infirmier », « la profession de masseur-kinésithérapeute », « la profession de pédicure-podologue » et « la profession d'opticien-lunetier ». L'exercice de ces professions était, et reste d'ailleurs toujours aujourd'hui, défini comme des dérogations au monopole médical. Il en résultait que les corps professionnels correspondants ne possédaient rien. Ils n'étaient pourvus d'aucun diagnostic propre ni compétence particulière. Il ne semblait d'ailleurs pouvoir être attendu d'eux que leur participation ou leur contribution[1103] au traitement mis en œuvre par le médecin, lesquelles consistaient uniquement en la réalisation des actes médicaux qui pouvaient être délégués.

966- Cette analyse se retrouve dans l'arrêté du 6 janvier 1962[1104], qui précise l'ensemble « des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoires d'analyse médicales non médecins ». Les différentes réglementations en rapport avec l'exercice des professions d'auxiliaires médicaux, quant à elles, rappellent nécessairement la qualité « médicale » des actes confiés, ainsi que le caractère dérogatoire des exercices professionnels correspondants. Concernant spécifiquement le masseur-kinésithérapeute, le décret du 26 août 1985 confirme que « sur prescription médicale, le masseur-kinésithérapeute est habilité à participer aux traitements suivants »[1105], que « sur prescription médicale, un médecin étant présent ou à proximité et pouvant intervenir à tout moment, le masseur-kinésithérapeute est habilité à participer à »[1106], que « pour la mise en œuvre de traitements prescrits par le médecin, le masseur-kinésithérapeute est habilité à effectuer »[1107] et que « pour la mise en

[1102] Décret n° 53-1001 du 5 octobre 1953, *op. cit.*

[1103] Pour une explication de ces termes, *cf.* développement n° 763, p. 269.

[1104] Arrêté du 6 janvier 1962 fixant 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 laboratoires d'analyses médicales non-médecins, *op. cit.*

[1105] Article 3 du décret n° 85-918 du 26 août 1985, *op. cit.*

[1106] Article 4 du décret n° 85-918 du 26 août 1985, *op. cit.*

[1107] Article 5 du décret n° 85-918 du 26 août 1985, *op. cit.*

œuvre de traitements prescrits par le médecin, le masseur-kinésithérapeute est habilité à utiliser »[1108].

967- Ainsi, au cours des décennies, un lien infrangible est établi entre l'essence professionnelle des activités des auxiliaires médicaux, la qualité médicale des actes qui leur ont été délégués et la dérogation au monopole médical que constituent leurs exercices. La « profession » est alors le cadre conceptuel propre à permettre de contenir les revendications émancipatrices des corps des auxiliaires médicaux. Tant que ceux-ci ne seront appréhendés qu'au travers de leur profession, ils ne peuvent manifestement pas prétendre à un autre statut que celui d'auxiliaire médical ni espérer exercer des prérogatives qui n'appartiennent pas à l'activité médicale. S'extraire de cette condition de « professionnel » constitue ainsi un enjeu majeur pour tous ces praticiens du système de santé.

968- C'est notamment pour cette raison que la suppression de la mention « la profession de » du premier alinéa de l'article L. 4321-1 du Code de la santé publique doit être considérée comme un événement majeur qui ne manquera pas de marquer profondément l'évolution du corps des masseurs-kinésithérapeutes[1109]. Aujourd'hui, l'exercice de celui-ci est fondé sur « la pratique de la masso-kinésithérapie ».

2. Les apports d'un paradigme fondé sur « la pratique de la masso-kinésithérapie »

969- L'analyse littérale de l'article L 4321-1 du Code de la santé publique oblige à considérer que la profession de masseur-kinésithérapeute, telle qu'elle a prévalu pendant près de soixante-dix ans, n'est plus. Il n'a échappé en effet à personne que la formule inaugurale et originelle[1110] de l'article en question, à savoir « la profession de masseur-kinésithérapeute », a été remplacée au début de l'année 2016 par « la pratique de la masso-kinésithérapie ».

970- Il convient dès lors aujourd'hui d'appréhender l'activité du masseur-kinésithérapeute en tant que pratique en santé qui a vraisemblablement pour objet « la masso-kinésithérapie ». Si, ce faisant, le législateur a tranché nettement avec la manière dont il a toujours défini l'exercice des activités de santé, c'est-à-dire en référence à une profession, peut-il pour autant être conclu que la profession de masseur-kinésithérapeute, n'existe plus ? La question est audacieuse. Une réponse affirmative

[1108] Article 6 du décret n° 85-918 du 26 août 1985, *op. cit.*

[1109] Toutefois, en l'espèce, le masseur-kinésithérapeute ne constitue aucunement une exception à la règle, puisque la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 réalise, dans le même temps, cette même transformation pour l'orthophoniste et l'orthoptiste.

[1110] Pour rappel, l'article L. 4321-1 du Code de la santé publique, dans sa rédaction issue de la loi n° 46-857 du 30 avril 1946, précisait que « la profession de masseur-kinésithérapeute consiste à pratiquer habituellement le massage et la gymnastique médicale ».

apparaîtrait aberrante. Elle serait d'ailleurs totalement fausse. En effet, tout d'abord, il semble bien difficile de qualifier le masseur-kinésithérapeute autrement que comme un professionnel. Par ailleurs, le titre III du livre III de la quatrième partie du Code de la santé publique possède toujours pour intitulé « la profession de masseur-kinésithérapeute et de pédicure-podologue ». La thèse de la disparition de la profession de masseur-kinésithérapeute ne peut dès lors être raisonnablement soutenue.

971- En revanche, il peut être démontré qu'en organisant la lettre de l'article L. 4321-1 du Code de la santé publique autour de la notion de « pratique de la masso-kinésithérapie », les pouvoirs publics ont opéré un véritable bouleversement du paradigme sur lequel repose l'exercice professionnel de cette activité de santé. En effet, dans la mesure où exercer la profession de masseur-kinésithérapeute consiste désormais à « pratiquer la masso-kinésithérapie », cette dernière constitue indéniablement la nouvelle clef de voûte de l'activité professionnelle du masseur-kinésithérapeute. À ce titre, elle se substitue totalement à la médecine[1111], laquelle a longtemps fondé l'exercice de toutes les activités paramédicales. La référence explicite à la masso-kinésithérapie comme fondement de la pratique du corps des masseurs-kinésithérapeutes annihile ainsi, en elle-même, du moins pour le masseur-kinésithérapeute, le pouvoir attractif du champ médical, lequel n'avait jusqu'alors jamais été remis en question. En ce sens, la réforme opérée par la loi du 26 janvier 2016 initie véritablement un processus d'autonomisation du corps des masseurs-kinésithérapeutes.

972- D'un point de vue professionnel, le masseur-kinésithérapeute semble alors pourvu de champs qui lui sont propres. *Exit* l'irréfragable qualité médicale des actes qu'il exécute habituellement, ceux-ci appartiennent dorénavant à l'entité dénommée « masso-kinésithérapie ». D'un point de vue matériel, la détermination d'un champ disciplinaire spécifique semble en voie d'être amorcée[1112]. En effet, la notion de « pratique » ne semble pas irrémédiablement rattachée à la notion constituée par « la masso-kinésithérapie ». Toutes deux constituent des notions juridiques indépendantes. Celles-ci n'ont d'ailleurs pas été créées par la loi du 26 janvier 2016. Le vocable « pratique » figurait déjà au sein du premier alinéa de l'article L. 4321-1 du Code de la santé publique et renvoyait à des actes techniques élémentaires. La « masso-kinésithérapie » était, quant à elle, définie à l'article R. 4321-1 du même code et consistait, en vertu de la définition qui en était donnée, également en la réalisation d'actes techniques, qui étaient manuels ou instrumentaux. Ainsi, aujourd'hui, « la pratique de la

[1111] Jusqu'alors, la médecine constitue la référence incontestée en matière de qualification des actes exécutés et des traitements mis en œuvre par les professionnels auxiliaires médicaux. Pour une étude du sujet, *cf.* 1. Les conséquences d'un cadre conceptuel basé sur « la profession », p. 343.

[1112] Depuis, la détermination effective des éléments essentiels du champ disciplinaire masso-kinésithérapique se pose, notamment depuis la création des Sciences de la rééducation et de la réadaptation par le décret n° 2019-1107 du 30 octobre 2019, *op. cit.*

masso-kinésithérapie » ne saurait se confondre avec « la masso-kinésithérapie ». De toute évidence, cette dernière, appréhendée comme une activité de santé à part entière, prévaut sur la pratique. Elle en constitue d'ailleurs manifestement l'objet.

973- L'article 123 de la loi du 26 janvier 2016 opère ainsi le renouvellement du paradigme sur lequel repose l'exercice professionnel masso-kinésithérapique et fait de « la masso-kinésithérapie » le domaine de compétences du masseur-kinésithérapeute.

b) Le nouveau mode de définition du domaine de compétences masso-kinésithérapique

974- Au sein du nouvel article L. 4321-1 du Code de la santé publique, le législateur substitue à la définition de la profession de masseur-kinésithérapeute, fondée sur les actes emblématiques que celui-ci est autorisé à exécuter, un domaine de compétences déterminé en termes de missions de santé. L'adoption de ce nouveau mode de définition professionnelle ne surprend pas, puisque son utilisation tend à se généraliser. Dans la mesure où il participe au renouvellement des fondements masso-kinésithérapiques et porte en lui-même, du moins en partie, la modification des rôles qu'est appelé à jouer le corps des masseurs-kinésithérapeutes dans l'organisation du système de santé, son étude doit être réalisée.

975- À cet effet, il doit être étudié, dans un premier temps, cette nouvelle modalité de définition du domaine de compétences fondée sur des missions de santé (1), avant d'exposer, dans un second temps, les rôles subséquents qui semblent désormais confiés aux masseurs-kinésithérapeutes (2).

1. Une nouvelle définition du domaine de compétences fondée sur des missions de santé

976- Dans sa rédaction antérieure, issue de la loi du 30 avril 1946, l'article L. 4321-1 du Code de la santé publique énonçait que « la profession de masseur-kinésithérapeute consiste en la pratique habituelle du massage et de la gymnastique médicale ». Par cette formule, le législateur créait un lien de connexité étroit et inaltérable, pour ne pas dire une certaine confusion, entre l'exercice professionnel du masseur-kinésithérapeute et l'activité de santé qu'est la masso-kinésithérapie[1113], laquelle n'était donc regardée qu'au travers du prisme des actes qui étaient autorisés[1114]. Ce faisant, il s'assurait que le corps des masseurs-kinésithérapeutes reste durablement cantonné dans un simple

[1113] Une activité de santé ne saurait aujourd'hui être réduite à un seul exercice professionnel. Elle apparaît également posséder une dimension disciplinaire, que la consécration d'un champ disciplinaire spécifique doit révéler.

[1114] À cet égard, l'emploi du verbe « consister » avait d'ailleurs essentiellement pour objet d'assurer le caractère limitatif de la liste de ces actes autorisés dans le cadre de l'exercice professionnel.

rôle d'agent effecteur, spécialiste de l'exécution de massages et de la dispensation de séances de gymnastique médicale, et duquel il ne paraissait pas raisonnable d'attendre autre chose que la mise en œuvre efficace de ceux-ci.

977- Il n'est donc pas surprenant que le corps professionnel ne soit jamais vraiment parvenu à se défaire de cette image réductrice d'exécutant et l'évolution progressive de la manière dont étaient enseignés et dispensés les soins correspondants ni les revendications réitérées du corps professionnel cherchant à s'émanciper de ce carcan conceptuel[1115] n'aient permis de remettre en question l'appréhension strictement pratique de l'exercice masso-kinésithérapique. Toutefois, pouvait-il en être autrement, alors que la définition du domaine de compétences était exclusivement fondée sur deux actes thérapeutiques ?

978- La loi du 26 janvier 2016 marque donc une rupture dans l'histoire du corps professionnel, privé à cette date de ses fondements originels, mais désormais défini par les « missions de santé » que sont « la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement : 1° Des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne ; 2° Des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles ». Celles-ci peuvent être regardées comme particulièrement étendues[1116]. Cependant, n'est-ce pas logique, alors qu'une analyse lexicale souligne que la « mission de santé » doit être nécessairement empreinte d'une certaine généralité. Elle apparaît à ce titre difficile à circonscrire, du moins dans l'immédiateté. Elle exprime un but à atteindre, qui réside dans un objectif médiat ou final auquel il ne saurait être aisément parvenu. Intrinsèquement, elle semble inciter à une succession d'étapes ou la mise en œuvre de compétences variées afin de parvenir au résultat escompté. Ce résultat ne peut d'ailleurs résulter de la simple exécution d'actes pratiques rudimentaires.

979- Ainsi, la « mission de santé » semble devoir nécessairement comprendre une dimension clinique ou réflexive prépondérante, qui doit conduire à une prise de décision pondérée. En cela, elle s'oppose à la simple exécution d'un acte pratique, pour laquelle il suffit de s'interroger sur son indication et ses contre-indications, voire se pencher sur quelques éléments factuels. Manifestement, la prévention, la promotion de la santé et le traitement kinésithérapique répondent parfaitement à ces conditions. Celles-ci constituent vraisemblablement des objectifs en santé qui ne peuvent être poursuivis qu'en vertu de compétences variées, mises en œuvre à l'issue d'un processus réflexif

[1115] La notion de « carcan conceptuel » renvoie ici aux limites inhérentes à cette manière de concevoir l'exercice de la masso-kinésithérapie.

[1116] L'étude de la consistance des missions confiées au corps des masseurs-kinésithérapeutes fait l'objet d'un développement ultérieur. Pour plus de précisions sur ce sujet, *cf.* B. Les caractéristiques du nouveau domaine de compétences du masseur-kinésithérapeute, p. 350.

ayant conduit à une décision pondérée. En cela, la mission de santé ne peut que caractériser une activité de santé pleine et entière, composée d'une dimension professionnelle et d'une dimension disciplinaire.

980- Dorénavant, le masseur-kinésithérapeute doit donc s'attacher à mener à bien les missions de santé qui lui sont confiées. Manifestement, les rôles qu'il est amené à jouer dans le système de santé ont été totalement rénovés.

2. La question des nouveaux rôles confiés au masseur-kinésithérapeute

981- En supprimant de l'article L. 4321-1 du Code de la santé publique la mention des actes pratiques emblématiques que le masseur-kinésithérapeute est habilité à exécuter, les pouvoirs publics ont profondément modifié le rôle que ce professionnel est voué à jouer au sein du système de santé. En effet, il semble aujourd'hui attendu de lui qu'il mène à bien les missions qui lui sont confiées, lesquelles comprennent « la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement : 1° Des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne ; 2° Des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles ». L'article du Code en question est d'ailleurs précis sur les moyens dont il dispose à cette fin, puisqu'il lui est possible de mettre en œuvre « des moyens manuels, instrumentaux, éducatifs », lesquels semblent correspondre, dans un aspect disciplinaire, à des « savoirs disciplinaires et savoir-faire associés d'éducation et de rééducation en masso-kinésithérapie », que lui seul est habilité à mobiliser.

982- Or, puisque ces missions de santé apparaissent en elles-mêmes totalement incompatibles avec le rôle de simple exécutant[1117], il peut être prêté au législateur la volonté, au travers de l'article 123 de la loi du 26 janvier 2016, d'arracher le masseur-kinésithérapeute de sa condition originelle, laquelle correspond à celle de tous les auxiliaires médicaux. Peut-il pour autant être considéré qu'en vertu de cette loi le corps professionnel appartient désormais à une catégorie qui ne soit pas celle des professions paramédicales, sans pour autant avoir intégré celle des professions médicales ? En l'état, il ne peut être répondu que par la négative, puisqu'il n'existe pour le moment, au sein du Code de la santé publique, aucune catégorie de professions intermédiaires. Pour autant, la consécration de domaines de compétences définis en termes de missions de santé a engendré un véritable bouleversement dans la manière dont doivent être appréhendés les corps intervenant dans le domaine de la santé, laquelle semble annoncer une évolution prochaine de l'organisation des professions de santé.

[1117] Pour une explication de cette affirmation, *cf.* développement n° 979, p. 348.

983- À cet égard, les rôles dévolus au masseur-kinésithérapeute sont aujourd'hui duaux. Aux côtés de missions de santé publique, qui correspondent à « la prévention » et « la promotion de la santé », figurent des missions à visée thérapeutique. Celles-ci, constituées de l'élaboration d'un diagnostic spécifique et de la mise en œuvre du traitement correspondant, ont pour objet « les troubles du mouvement et de la motricité de la personne », ainsi que « les déficiences ou altérations des capacités fonctionnelles de l'individu ».

984- Le rôle dévolu au masseur-kinésithérapeute dans la mise en œuvre du traitement pose toutefois question. Le vocable « traitement » prête en effet à confusion. En effet, celui-ci peut très bien être appréhendé en tant que « moyens propres à restaurer l'état de santé originel du patient ». Dans ce cas, où le vocable « traitement » possède une dimension essentiellement matérielle, le masseur-kinésithérapeute pourrait être considéré comme un simple participant ou un simple contribuant[1118] au traitement, supposé resté entre les mains du corps des Docteurs en médecine, tel que c'était le cas auparavant. Au contraire, dans son acception en tant qu'objectif poursuivi, à savoir « la restauration de l'état de santé originel du patient », le masseur-kinésithérapeute pourrait être considéré comme en pleine possession du traitement, qui lui est par conséquent propre. Il devrait en assurer, à ce titre, la mise en œuvre.

985- Cette dernière analyse semble devoir être privilégiée. En effet, s'il est attendu du masseur-kinésithérapeute qu'il participe à la coordination des moyens mis en œuvre dans le cadre du traitement masso-kinésithérapique, tel que le précise l'article L. 4321-1 du Code de la santé publique, il ne saurait être considéré comme un simple exécutant. Dès lors, il peut être pensé que le traitement masso-kinésithérapique, autrefois appréhendé comme une dérogation au monopole médical, se soit en partie détaché de celui mis en œuvre par le médecin.

986- S'il n'est pas possible de se prononcer avec certitude sur le rôle que les pouvoirs publics ont entendu confier au masseur-kinésithérapeute, en tout état de cause celui-ci est désormais pourvu d'un domaine de compétences doté de caractéristiques remarquables.

B. Les caractéristiques du nouveau domaine de compétences du masseur-kinésithérapeute

987- La profession de masseur-kinésithérapeute, définie à l'article L. 4321-1 du Code de la santé publique, est profondément bouleversée par la loi du 26 janvier 2016. Celle-ci en a modifié les

[1118] Tel qu'auparavant. Pour plus de précisions sur le sujet, *cf.* développement n° 763, p. 269.

fondements professionnels et renouvelé le domaine de compétences. À plus d'un titre, ce domaine possède aujourd'hui des caractéristiques qui peuvent être qualifiées de remarquables, dans le sens où elles le distinguent nettement de ce qu'il était jusqu'alors. De manière notable, les missions de santé qui le composent apparaissent étendues et forment un ensemble particulièrement cohérent.

988- La mise en exergue des caractéristiques du nouveau domaine de compétences du masseur-kinésithérapeute appelle à exposer, dans un premier temps, l'étendue des missions de santé confiées au corps professionnel (a), puis à démontrer dans un second temps, à la cohérence dont est désormais pourvu le domaine de compétences masso-kinésithérapique (b).

a) L'étendue des missions confiées au masseur-kinésithérapeute

989- Le premier alinéa de l'article L. 4321-1 du Code de la santé publique, dans sa rédaction issue de la loi du 26 janvier 2016, énonce que la pratique de la masso-kinésithérapie comporte désormais quatre éléments essentiels, que sont « la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement : 1° Des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne ; 2° Des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles ». Si les deux premiers éléments de cette liste limitative peuvent raisonnablement être rattachés à des missions de santé publique[1119], les deux suivants déterminent les missions thérapeutiques spécifiques du corps professionnel. Or, ces missions apparaissent manifestement étendues, notamment dans leur comparaison aux actes techniques emblématiques qui définissaient auparavant le domaine de compétences du masseur-kinésithérapeute.

990- Démontrer l'extension du domaine de compétences résultant de la réforme de la profession de masseur-kinésithérapeute oblige à se pencher, dans un premier temps, sur les missions de santé publique confiées aux membres du corps professionnel (1), avant de s'attarder, dans un second temps, sur les missions thérapeutiques qui leur ont été dévolues (2)

1. Des missions de santé publique

991- Dans sa rédaction actuelle, l'article L. 4321-1 du Code de la santé publique confie au corps des masseurs-kinésithérapeutes le soin d'assurer la prévention et la promotion de la santé auprès des usagers du système de santé. Immédiatement, il peut être relevé que ces missions de santé, qui

[1119] Ceux-ci sont étudiés dans le développement correspondant, *cf.* b) Le nouveau mode de définition du domaine de compétences masso-kinésithérapique, p. 347.

peuvent raisonnablement être qualifiées « de santé publique », ne sont pas réservées aux seuls membres du corps professionnel. En effet, la loi du 26 janvier 2016 ne s'est pas contentée d'introduire ce type de missions uniquement dans le domaine de compétences du masseur-kinésithérapeute. Elle en a également doté l'orthophoniste et l'orthoptiste[1120].

992- En ce qui concerne le masseur-kinésithérapeute, ces missions sont assez peu précises. En effet, alors que pour les trois autres professionnels paramédicaux concernés, s'il peut être mis de côté le cas de l'infirmier, les actions en santé publique sont circonscrites à une fonction précise du corps humain, à savoir celle qui constitue l'élément cardinal de leur domaine de compétences respectifs, à savoir la nutrition pour le diététicien, les fonctions oro-myo-fasciales pour l'orthophoniste et la vision pour l'orthoptiste, la pratique de la masso-kinésithérapie comporte « la promotion de la santé » et « la prévention » sans que n'y soit adjointe la moindre mention limitative. Dès lors, ces missions de santé peuvent être appréhendées le plus largement possible.

993- Si le législateur avait réellement souhaité limiter les interventions masso-kinésithérapiques en santé publique à une fonction ou des champs d'intervention précis, il aurait extrait ces missions du premier alinéa de l'article L. 4321-1 du Code de la santé publique, les aurait inséré, à l'instar de ce qu'il a fait notamment pour la profession d'infirmier[1121], au sein du deuxième alinéa et établi un lien infrangible avec la pratique masso-kinésithérapique. Le texte de l'alinéa en question aurait ainsi très certainement pris la forme suivante : « Le masseur-kinésithérapeute participe à différentes actions en relation avec sa pratique, notamment en matière de prévention et de promotion de la santé, et peut concourir à la formation initiale et continue ainsi qu'à la recherche »[1122].

994- D'aucuns pourront faire valoir que cette remarque trouve à s'appliquer aux trois autres corps professionnels paramédicaux sus-cités, ce qui conduirait à considérer que les missions confiées à ceux-ci doivent également être regardées comme étendues. Il peut leur être donné *a priori* raison. Néanmoins, les corps professionnels dont il est ici question possèdent un domaine de compétences déjà fortement circonscrit par les missions thérapeutiques qui leur sont confiées, contrairement à celui des masseurs-kinésithérapeutes, qui lui est pourvu en la matière de compétences étendues[1123]. Raisonnablement, un lien entre les missions thérapeutiques et celles en santé publique doit être établi. Les domaines de compétences ne sauraient être regardés comme le simple cumul de missions

[1120] En étaient déjà pourvus le diététicien et l'infirmier.

[1121] Article L. 4311-1 du Code de la santé publique.

[1122] Le deuxième alinéa de l'article L. 4321-1 du Code de la santé publique, dans sa rédaction issue de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, dispose que « le masseur-kinésithérapeute peut également concourir à la formation initiale et continue ainsi qu'à la recherche ».

[1123] Pour l'étude de l'étendue des missions thérapeutiques du masseur-kinésithérapeute, *cf.* 2. Des missions thérapeutiques, p. 353.

qui n'entretiennent entre elles que des rapports lointains.

995- Considérant ce point, il semble attendu du masseur-kinésithérapeute qu'il mette en œuvre des actions de prévention et de promotion de la santé en relation avec le mouvement, la motricité et les capacités fonctionnelles. Il s'agit là d'un vaste programme, dans la mesure où les capacités fonctionnelles recouvrent l'ensemble des fonctions nécessaires au fonctionnement optimal du corps humain ! En tout état de cause, le corps professionnel considéré ne semble ainsi, contrairement aux trois autres corps paramédicaux, aucunement limité par les objets cardinaux de son domaine de compétences.

996- Les missions de santé publique confiées au masseur-kinésithérapeute peuvent ainsi être considérées comme particulièrement étendues. Il en est de même de ses missions thérapeutiques.

2. Des missions thérapeutiques

997- Attribuer aux masseurs-kinésithérapeutes une compétence générale pour traiter les troubles du mouvement et de la motricité de la personne voue ceux-ci à prendre en charge un nombre important de patients présentant des pathologies extrêmement variées. D'aucuns pourraient considérer, dans la mesure où le mouvement est défini, en médecine, comme le « changement de position d'une partie du corps, dans l'espace ou par rapport à une autre partie »[1124] et la motricité comme la « fonction qui permet à un organisme vivant de se déplacer ou de changer la position d'une partie du corps par rapport à une autre »[1125], que les interventions thérapeutiques du masseur-kinésithérapeute se limitent à la seule rééducation du mouvement produit au sein de l'appareil musculo-squelettique de l'individu. Son domaine de compétences doit dès lors être plutôt qualifié de restreint.

998- Il pourra leur être opposé, *a minima,* que la réalisation optimale des mouvements musculo-squelettiques nécessite la mise en œuvre et le parfait fonctionnement d'autres systèmes du corps humain, au premier titre duquel figure le système nerveux, mais également l'absence de troubles limitant le mouvement, notamment au niveau tégumentaire[1126]. Également, l'absence de précision de la zone topographique qui est le siège du mouvement permet de considérer que l'intervention masso-kinésithérapique n'est aucunement limitée à ses champs d'intervention antérieurs[1127]. Le

[1124] Académie nationale de médecine, *Dictionnaire*, *op. cit.*

[1125] *Loc. cit.*

[1126] À titre d'exemple, les brides cicatricielles peuvent être à l'origine d'un trouble de mouvement, notamment quand elles sont localisées au niveau d'une articulation, dans la zone de flexion. L'hypoextensibilité cutanée empêche à ce moment-là l'extension complète de l'articulation.

[1127] Pour plus de précisions sur ce sujet, *cf.* développement n° 508, p. 181.

masseur-kinésithérapeute semble plutôt posséder en la matière une compétence générale. L'absence de limite apparente incite même à penser que le masseur-kinésithérapeute peut connaître des troubles de mobilité pris en charge par d'autres professionnels de santé, tels notamment que les troubles de la mobilité oculaire[1128] ou encore linguale[1129]. Enfin, l'Académie nationale de médecine ne semble pas concevoir la mobilité uniquement dans une dimension volontaire. En effet, elle précise au sein de son dictionnaire qu'il existe des « mouvements des organes végétatifs, par exemple circulation et digestion »[1130]. Cette acception extrêmement élargie peut ainsi ouvrir la voie aux traitements masso-kinésithérapiques des organes intra-abdominaux ou pelviens.

999- D'ailleurs, le 2° du premier alinéa de l'article L. 4321-1 du Code de la santé publique, dans sa rédaction actuelle, confirme parfaitement cette analyse. En effet, dans la mesure où cet article fait « des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles » des objets du traitement masso-kinésithérapique et une analyse *a contrario* de la définition d'« incapacité » formulée dans le dictionnaire en ligne de l'Académie nationale de médecine présente les capacités fonctionnelles comme l'ensemble des fonctions qui permettent d'accomplir une tâche assignée[1131], il peut être admis que le masseur-kinésithérapeute est compétent pour l'ensemble des troubles des systèmes qui participent à la genèse ou la réalisation du mouvement du corps humain, tels que le système cardiaque, respiratoire, digestif, etc.

1000- Suite à la réforme du début de l'année 2016, le masseur-kinésithérapeute possède donc un domaine de compétences étendu, qui contraste fortement avec celui d'antan. En outre, celui-ci est désormais marqué d'une particulière cohérence.

b) Un domaine de compétences cohérent

1001- Au début de l'année 2016, le domaine de compétences du masseur-kinésithérapeute est profondément remanié. Aux anciens éléments constitutifs sont substitués des éléments nouveaux. Or, compte tenu de la généralité apparente des notions auxquelles ceux-ci renvoient, il aurait très bien pu être pensé que le domaine de compétences actuel a hérité de l'aspect éclaté de celui d'antan. L'étude des éléments en question oblige à conclure le contraire. En effet, si la réforme du début de

[1128] Les troubles de la mobilité oculaire sont responsables d'altérations de la vision fonctionnelle, lesquelles correspondent au domaine de compétences de l'orthoptiste, en vertu de l'article L. 4342-1 du Code de la santé publique, dans sa rédaction issue de la loi nº 2016-41 du 26 janvier 2016, *op. cit.*

[1129] La rééducation de la déglutition est une compétence actuellement partagée entre les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes.

[1130] Académie nationale de médecine, *Dictionnaire*, *op. cit.*

[1131] Pour plus de précisions, *cf.* note de bas de page nº 188, p. 75.

l'année 2016 a considérablement étendu les missions confiées au masseur-kinésithérapeute, elle a surtout permis de pourvoir celui-ci d'un domaine de compétences cohérent.

1002- Afin de le démontrer, il est proposé d'exposer, dans un premier temps, en quoi le domaine de compétences masso-kinésithérapique était jusqu'à cette date marqué d'une particulière incohérence (1), avant d'expliquer, dans un second temps, en quoi il apparaît, dans sa forme actuelle, cohérent (2).

1. Un domaine de compétences antérieurement incohérent

1003- Dans son ancienne formulation, le domaine de compétences du masseur-kinésithérapeute était particulièrement incohérent. En ce sens, ses éléments constitutifs manquaient « d'accord, d'unité, de lien logique »[1132]. Afin de le démontrer, doivent être étudiés les points de convergence, mais surtout les points de divergence des deux notions que sont « le massage » et « la gymnastique médicale », lesquelles déterminaient sous le régime de la loi du 30 avril 1946 l'exercice masso-kinésithérapique.

1004- Ces deux notions renvoient à deux pratiques à vocation thérapeutique susceptibles d'être mises en œuvre au sein d'une même séance et auxquelles est rattachée l'efficacité de la prise en charge masso-kinésithérapique. Elles constituent les deux aspects essentiels et complémentaires de l'exercice professionnel du masseur-kinésithérapeute. Elles restent toutefois fortement différentes, tant par les manœuvres qu'elles impliquent que par leurs origines. À cet égard, il doit être rappelé que le corps correspondant a été créé en 1946 par la réunion de deux corps professionnels distincts, à savoir les masseurs médicaux et les gymnastes médicaux. Bien que tous deux possèdent des origines qui peuvent être regardées comme similaires, puisque leur formation et leur légitimité proviennent de l'appropriation et la conceptualisation, à un moment donné, de pratiques séculaires mises en œuvre de manière dispersée dans la société française d'alors, leur réunion ne s'est pas réalisée sans heurts. Les dissensions professionnelles ont été importantes. Le choix de la dénomination « masseur-kinésithérapeute » n'a-t-il pas été opéré dans le but premier de limiter l'influence des gymnastes médicaux dans la direction du nouveau corps ?[1133]

1005- À cet égard, la réunion du massage et de la gymnastique médicale n'a jamais été totalement réalisée. Si, d'un point de vue juridique, ils constituent les deux éléments constitutifs d'un même

[1132] Centre national de ressources textuelles et lexicales, *Incohérence* [en ligne], [consulté le 3 mai 2020], http://www.cnrtl.fr/definition/incohérence/

[1133] MONET Jacques, *Émergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIX^e^ et au début du XX^e^ siècle : une spécialité médicale impossible, Genèse, acteurs et intérêts de 1880 à 1914*, *op. cit.*

domaine de compétences, leurs liens n'ont jamais été que ténus. Si leur définition respective est précisée en août 1985 dans un même décret[1134], celles-ci figurent au sein de deux articles distincts. Elles restent, à l'issue de la réorganisation du Code de la santé publique en 2004[1135], totalement séparées, alors même que la réunion des définitions considérées au sein d'un même article fédérateur aurait pu pourvoir « la masso-kinésithérapie » de l'époque d'une certaine cohérence. Par ailleurs, celle-ci reste appréhendée, à cette date, comme un ensemble disparate. En effet, tel que le précise l'article R. 4321-1 du code sus-cité, la masso-kinésithérapie correspond alors à l'ensemble des « actes réalisés de façon manuelle ou instrumentale, notamment à des fins de rééducation […] (dans le) but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer »[1136]. Ces actes sont alors limitativement énumérés à l'article R. 4321-7 du même code[1137]. De manière patente, aux deux actes constitutifs du domaine de compétences du masseur-kinésithérapeute, formulés dans la partie législative du code considéré, répond une liste énumérative d'actes secondaires, figurant dans la partie réglementaire du même code.

1006- À cette date, la notion correspondant à la « masso-kinésithérapie » ne pouvait donc à elle seule assurer la cohésion de tous les actes exercés dans le cadre de l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute. Aujourd'hui, tel n'est plus le cas.

2. La cohérence acquise du domaine de compétences du masseur-kinésithérapeute

1007- En fondant explicitement l'exercice du masseur-kinésithérapeute sur « la pratique de la masso-kinésithérapie »[1138], le législateur a permis l'appréhension du corps professionnel autrement qu'au travers de considérations exclusivement techniques et fournit à celui-ci un cadre conceptuel cohérent au sein duquel peuvent se situer les missions qui sont désormais les siennes. Cette cohérence ne peut aujourd'hui raisonnablement être remise en cause.

1008- Toutefois, d'aucuns ne manqueront pas de contester l'homogénéité de ce domaine de

[1134] Décret n° 85-918 du 26 août 1985, *op. cit.*

[1135] Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004, *op. cit.*

[1136] L'article R. 4321-1 du Code de la santé publique, toujours en vigueur, précise en effet que « la masso-kinésithérapie consiste en des actes réalisés de façon manuelle ou instrumentale, notamment à des fins de rééducation, qui ont pour but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer ».

[1137] L'emploi du présent s'avère pertinent, alors que l'article en question est toujours en vigueur. Cependant, les décrets d'application de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, en attente de publication, devront logiquement procéder à l'abrogation de cet article de nature réglementaire.

[1138] Pour une étude du paradigme sur lequel repose la profession de masseur-kinésithérapeute, *cf.* a) Le nouveau paradigme de l'exercice professionnel du masseur-kinésithérapeute, p . 343

compétences, au motif qu'il apparaît comme dual et renvoie aussi bien à des missions de santé publique qu'à des missions thérapeutiques. Il pourra leur être opposé que ces deux entités constituent les deux aspects que devraient revêtir toute activité de santé qui se veut efficace, à savoir la prévention et le traitement des troubles correspondants. La différence des objectifs ne révèle aucunement une absence de cohérence. Bien au contraire, elle confirme l'étendue de la pratique masso-kinésithérapique et son attachement à prendre en considération le plus grand nombre de déterminants de l'état de santé des usagers de notre système de santé. En cela, les deux types de missions de santé, à savoir de santé publique et thérapeutiques, constituent même une condition de la cohérence des activités considérées.

1009- Par ailleurs, le masseur-kinésithérapeute est désormais pourvu d'un diagnostic propre, qui doit être à la source d'un traitement spécifique et adapté. Il est ainsi mis fin à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute fondé sur le diagnostic de nature médicale. Il faut bien conserver à l'esprit que durant près de soixante-dix ans, les masseurs-kinésithérapeutes ont pris en charge des patients en toute méconnaissance du diagnostic posé par le médecin[1139]. Celui-ci leur était tu pour plusieurs raisons. Tout d'abord, le diagnostic médical ne pouvait être partagé avec des professionnels paramédicaux, étant réservé à la connaissance des seuls Docteurs en médecine. En outre, celui-ci ne pouvait être inscrit sur la prescription de masso-kinésithérapie délivrée au patient, probablement pour qu'il ne parvienne pas à la connaissance du personnel administratif des caisses d'Assurance maladie. Il en résulte qu'auparavant le corps des masseurs-kinésithérapeutes ne pouvait que participer ou contribuer[1140] au traitement médical mis en œuvre par les médecins, et ce en toute méconnaissance du diagnostic à l'origine du traitement en question. Dans une certaine mesure, cela peut paraître aberrant. Pourtant, cette situation était bien réelle. Elle pouvait d'ailleurs aisément être expliquée par la manière dont était conçu l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, comme celui de toutes les professions paramédicales d'ailleurs, c'est-à-dire en tant qu'activité qui consistait à délivrer des soins techniques ordonnés par le médecin par l'intermédiaire d'une prescription qualitative et quantitative[1141].

[1139] Cette affirmation trouve surtout à s'appliquer dans le cadre de l'exercice libéral, qui concerne près de 86 % des masseurs-kinésithérapeutes en 2018, *cf.* Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Rapport d'activité* [en ligne,] publié en août 2019, [consulté le 14 avril 2020], http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2019/08/rapport-annuel-cnomk-2018.pdf/

[1140] Selon la formulation consacrée. Pour plus de précision, *cf.* développement n° 763, p. 269.

[1141] Ces caractéristiques de la prescription médicale ont été supprimées par l'arrêté du 22 février 2000 modifiant l'arrêté du 6 janvier 1962 fixant 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, *op. cit.*

1010- La loi du 26 janvier 2016 a véritablement bouleversé la manière dont la masso-kinésithérapie doit être appréhendée. Ses fondements ont été profondément rénovés et le corps professionnel est désormais doté d'un domaine de compétences cohérent, composé de missions de santé étendues. Pour autant, le masseur-kinésithérapeute n'est toujours pas singulier vis-à-vis des praticiens des activités de santé circonvoisines. C'est à ce titre que la réforme du domaine de compétences masso-kinésithérapique peut être considérée comme n'ayant produit que des impacts limités sur le corps correspondant.

Paragraphe 2 : Un renouvellement du domaine de compétences aux impacts modérés sur la dynamique de singularisation du corps professionnel

1011- La réforme du domaine de compétences du masseur-kinésithérapeute, opérée par la loi du 26 janvier 2016, est surtout marquée par le renouveau du paradigme sur lequel repose l'exercice du corps professionnel, ainsi que des éléments constitutifs du domaine en question, lesquels sont désormais définis en termes de missions de santé. Il aurait pu être pensé que ces éléments suffisent, en eux-mêmes, à distinguer nettement le corps des masseurs-kinésithérapeutes des autres praticiens circonvoisins. Or, si celui-ci peut, dans une certaine mesure, se prévaloir d'une identité rénovée aux aspects singuliers, il n'est pas pour autant pourvu d'une réelle singularité.

1012- Afin de justifier ce point, il est proposé d'exposer, dans un premier temps, en quoi le renouvellement du domaine de compétences du masseur-kinésithérapeute a conféré au corps professionnel une identité professionnelle dotée d'aspects singuliers (A), avant de préciser, dans un second temps, pourquoi cette nouvelle identité ne lui permet pas de se prévaloir d'une véritable singularité (B).

A. Une nouvelle identité aux aspects singuliers

1013- La réforme de la profession de masseur-kinésithérapeute a consacré au début de l'année 2016 « la masso-kinésithérapie » comme fondement du domaine de compétences masso-kinésithérapique et défini celui-ci à l'aide de quatre éléments, qui peuvent être répartis en missions de santé publique et en missions thérapeutiques. Ce faisant, cette réforme réalise un véritable renouvellement de l'identité du masseur-kinésithérapeute, qui ne peut désormais plus être uniquement envisagée au travers des actes thérapeutiques que ce professionnel est autorisé à exécuter.

1014- L'étude de la nouvelle identité professionnelle du masseur-kinésithérapeute invite à défendre, dans un premier temps, le caractère singulier de nombreux aspects de celle-ci (a), puis à expliquer, dans un second temps, en quoi celle-ci se révèle surtout par l'émancipation dont peut se prévaloir le corps correspondant (b).

a) Des aspects singuliers à défendre

1015- Avec l'entrée en vigueur de la loi du 26 janvier 2016, l'identité professionnelle du masseur-kinésithérapeute est totalement renouvelée. En effet, alors que son domaine de compétences est refondé, le cadre réglementaire relatif à son exercice professionnel devient totalement obsolète. L'identité du corps correspondant ne peut dès lors plus être déterminée qu'à l'aune des éléments essentiels de son domaine de compétences. Or, celui-ci est composé de missions thérapeutiques aux forts aspects singuliers, lesquels ne peuvent que rejaillir sur l'identité en question.

1016- Il doit ainsi être étudié, dans un premier temps, les aspects thérapeutiques singuliers qui caractérisent actuellement la pratique de la masso-kinésithérapie (1), puis expliqué, dans un second temps, en quoi ceux-ci permettent pour défendre utilement les spécificités du corps considéré (2).

1. Des aspects thérapeutiques singuliers

1017- À ce jour, la singularité de « la masso-kinésithérapie » ne semble pouvoir résider que dans les missions thérapeutiques[1142] qui ont été confiées au corps professionnel, lesquelles consistent en l'établissement d'un diagnostic spécifique et la mise en œuvre d'un traitement adapté. Le diagnostic kinésithérapique peut ainsi être regardé comme la pierre angulaire de toute prise en charge masso-kinésithérapique.

1018- La formule « diagnostic kinésithérapique » figurait déjà dans le texte du cadre d'exercice du masseur-kinésithérapeute avant l'année 2016. Inscrite dans la partie réglementaire du Code de la santé publique, elle ne représentait toutefois qu'un élément très secondaire de la prise en charge masso-kinésithérapique. Ce caractère secondaire était parfaitement voulu. Il résultait notamment des critiques qu'avait formulées, au milieu des années 1990, l'Académie de médecine à propos d'un projet de décret dans lequel apparaissait pour la toute première fois la notion de « diagnostic kinésithérapique ». L'opposition formée par le corps médical peut se comprendre : l'habilitation à formuler un diagnostic en santé semble conférer à celui qui la détient un pouvoir important en matière de soins en santé.

1019- Afin de comprendre l'aura excessive qui entoure la notion de « diagnostic en santé », peut être relevé le sens étymologique du vocable, issu du grec ancien *διαγνωστικός* qui peut être traduit

[1142] Il sera en effet démontré *infra* que les actions de santé publique constituant le domaine de compétences du masseur-kinésithérapeute peuvent également être mises en œuvre par l'infirmier, l'orthophoniste et l'orthoptiste. S'il peut toutefois être supposé une certaine spécificité des actions de santé publique, celles-ci semblent impropres à rendre singulière l'identité professionnelle du masseur-kinésithérapeute. Pour plus de précision sur le sujet, *cf.* a) La contestation du caractère singulier des missions de santé publique confiées au masseur-kinésithérapeute, p. 369.

par « la diagnostique » et caractérise celui qui est « capable de discerner »[1143]. En ce sens, son détenteur apparaît comme celui qui détient le savoir, les autres étant supposés profanes en la matière. Pour cette raison, durant des années, l'unicité du diagnostic en santé, à la base de toute action à visée thérapeutique délivrée sur le corps d'autrui[1144], a été âprement défendue par les membres du corps médical, qui arguaient être les seuls à avoir reçu la formation nécessaire pour le formuler, tant sur le plan théorique que sur le plan pratique[1145]. En tout état de cause, fonder la majeure partie de ce que recouvre « la pratique de la masso-kinésithérapie » sur un diagnostic spécifique confère immanquablement au corps considéré une identité professionnelle avec un aspect bien singulier. Le diagnostic permet une distinction assez nette et peu contestable entre ceux qui en sont dotés[1146] et les autres.

1020- En ce qui concerne plus particulièrement le masseur-kinésithérapeute, celui-ci formule aujourd'hui un diagnostic, à l'issue d'une analyse pertinente du mouvement, de la motricité ou des capacités fonctionnelles de son patient, réalisée par la mobilisation de savoirs spécifiques. Ceux-ci correspondent selon la lettre de l'article L. 4321-1 du Code de la santé publique, à des « savoirs disciplinaires et [..] savoir-faire associés d'éducation et de rééducation en masso-kinésithérapie ». Bien que la spécificité des savoirs ici considérés semble résulter de l'adjonction aux vocables correspondants de la formule « de » ou « en masso-kinésithérapie », ceux-ci sont précisés. Dans ces conditions, le diagnostic kinésithérapique ne saurait être confondu avec le diagnostic médical. Il est élaboré à partir de savoirs spécifiques, dont seul le masseur-kinésithérapeute a la maîtrise. Il confère à ce titre à la pratique de la masso-kinésithérapie et aux missions qui sont confiées au corps correspondant une singularité certaine et toute particulière.

1021- À partir de janvier 2016, le masseur-kinésithérapeute est donc appelé à mener des missions thérapeutiques aux aspects bien singuliers. Cette spécificité professionnelle peut être défendue.

[1143] Centre national de ressources textuelles et lexicales, *Diagnostique* [en ligne], [consulté le 4 mai 2020], http://www.cnrtl.fr/definition/diagnostique/

[1144] Pour étayer ce propos, il peut être rappelé que la plupart des définitions des professions d'auxiliaires médicaux possèdent, en leur sein, la formule présente dans l'ancienne rédaction de l'article L. 4321-1 du Code de la santé publique, laquelle est d'ailleurs reprise *in extenso* dans la nouvelle, à savoir « lorsqu'il agit dans un but thérapeutique, […] (l'auxiliaire médical) pratique son art sur prescription médicale ».

[1145] Cette affirmation procède d'une interprétation *a contrario* d'une position adoptée par l'Académie nationale de médecine et défendue par Claude LAROCHE relative au décret n° 96-879 du 8 octobre 1996, selon laquelle « le masseur-kinésithérapeute n'établit pas de diagnostic, il n'a pas reçu la formation nécessaire ni sur le plan théorique ni sur le plan pratique ». Pour une appréciation contextuelle de cette affirmation, *cf.* LAROCHE Claude, *Avis de la Commission XV (Éthique et responsabilités professionnelles) sur le projet de décret n° 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute*, *op. cit.*

[1146] Pour rappel, les pédicures-podologues et les orthophonistes sont également dotés d'un diagnostic professionnel propre.

2. Une défense des spécificités masso-kinésithérapiques garantie

1022- Démontrer que les masseurs-kinésithérapeutes sont pourvus, de par les missions qui leur sont confiées, d'une identité aux aspects singuliers oblige également à vérifier que les missions correspondantes sont réservées à l'exercice exclusif du corps professionnel considéré. En effet, un exercice partagé, ne serait-ce que partiel, ou une forme de contrôle « autoritaire », non pas sur les modalités d'exécution, mais le contenu-même du domaine de compétences, altèrerait de manière irrémédiable le caractère singulier des aspects concernés et en annihilerait les spécificités de l'identité recouvrée.

1023- À cette fin, doit être relevée la lettre de l'article L. 432-1 du Code de la santé publique, dans sa nouvelle rédaction, selon laquelle « le masseur-kinésithérapeute exerce son activité en toute indépendance [...] (et est) dans l'exercice de son art, […] seul […] habilité à utiliser les savoirs disciplinaires et les savoir-faire associés d'éducation et de rééducation en masso-kinésithérapie ». Manifestement, le législateur s'est fortement attaché à affirmer l'indépendance des membres du corps professionnel, le monopole de ceux-ci sur l'exercice de leurs champs professionnels et la spécificité de l'activité de santé masso-kinésithérapique.

1024- À cet égard, le législateur a explicitement confié à l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes la défense de l'indépendance de la profession. L'article L. 4321-14 du Code de la santé publique affirme en effet que l'Ordre « assure la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession de masseur-kinésithérapeute »[1147]. D'aucuns supposeront certainement que cet alinéa a surtout vocation à permettre à l'instance ordinale nationale de former un recours contre tout acte émanant des pouvoirs publics susceptible de porter atteinte à l'indépendance du corps des masseurs-kinésithérapeutes.

1025- Cependant, il peut également être compris que le législateur appréhende l'indépendance professionnelle comme le moyen de défendre l'intégrité des champs professionnels du corps considéré contre les empiétements susceptibles d'être réalisés. Cette interprétation se justifie notamment par l'apport de la loi du 26 janvier 2016 en la matière, qui améliore l'efficacité de l'action ordinale à l'égard des praticiens de soins en santé exerçant des actes relevant de masso-kinésithérapie sans être titulaire du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute. En effet, l'article 123 de cette loi a introduit au sein du Code de la santé publique un article L. 4323-4-1, en vertu duquel « exerce illégalement la profession de masseur-kinésithérapeute : 1° toute personne qui pratique la masso-kinésithérapie, au sens de l'article L. 4321-1, sans être titulaire du diplôme d'État

[1147] Article L. 4321-14 du Code de la santé publique.

de masseur-kinésithérapeute ou de tout autre titre mentionné à l'article L. 4321-4 exigé pour l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute […] (et) sans être inscrite à un tableau de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes conformément à l'article L. 4321-10 » . En effet, si l'infraction a été créée au cours de l'année 1980[1148,1149], celle-ci n'avait jamais été précisément définie. Sont ainsi désormais précisés les deux éléments matériels cumulatifs permettant l'exercice légal de la masso-kinésithérapie, à savoir la titularité du diplôme d'État et l'inscription au tableau de l'Ordre. À défaut, le praticien indélicat peut être cité devant un tribunal correctionnel pour exercice illégal de la profession de masseur-kinésithérapeute.

1026- Empêcher l'exercice du domaine de compétences masso-kinésithérapique par un praticien qui n'appartient pas au corps professionnel concourt véritablement à l'affirmation de l'identité professionnelle de celui-ci, le renforcement de sa cohésion et *in fine* la défense de son indépendance vis-à-vis des autres corps de praticiens en santé. Néanmoins, il ne faut pas s'y tromper : la titularité du diplôme d'État ou l'inscription au tableau de l'Ordre ne sauraient être regardées comme les éléments essentiels de l'identité professionnelle du masseur-kinésithérapeute. Ainsi, si la défense des spécificités du corps correspondant est assurée, elle n'est qu'indirecte.

1027- Ces spécificités ne permettent donc pas de conférer aux masseurs-kinésithérapeutes une réelle singularité, défendue en elle-même. D'ailleurs, il peut être déploré que le législateur ait maintenu un contrôle, aussi restreint soit-il, du corps médical sur le contenu de la masso-kinésithérapie. L'article L. 4321-1 du Code de la santé publique, par son 6e alinéa, fait ainsi toujours valoir que « la liste des actes professionnels de masso-kinésithérapie, dont les actes médicaux prescrits par un médecin, est précisée par un décret en Conseil d'État, après avis de l'Académie nationale de médecine ». Toutefois, l'opposition que le législateur semble réaliser entre « les actes professionnels de masso-kinésithérapie » et « les actes médicaux […] prescrits par un médecin » mérite ici d'être relevée. Elle invite en effet à penser que tous les actes exécutés dans le cadre de la profession de masseur-kinésithérapeute ne doivent pas être appréhendés comme des actes médicaux et donc seulement une partie d'entre eux le sont. Le corps des masseurs-kinésithérapeutes disposerait d'actes qui lui sont propres et, par conséquent, des moyens nécessaires pour amorcer une dynamique d'émancipation qui puisse être efficace.

[1148] Loi no 80-527 du 12 juillet 1980, *op. cit.*

[1149] Le régime d'interdiction prévu à l'article 1er de la loi no 46.857 du 30 avril 1946, selon les termes duquel « nul ne peut exercer la profession de masseur-kinésithérapeute », réalise la consécration d'un corps professionnel, mais ne vaut pas pour autant l'institution d'une infraction d'exercice illégal de la profession de masseur-kinésithérapeute.

b) L'émancipation au service d'une affirmation identitaire

1028- Le renouvellement du domaine de compétences du masseur-kinésithérapeute semble fournir au corps professionnel les moyens de revendiquer et entreprendre son émancipation[1150] vis-à-vis du corps médical, lequel exerce un pouvoir tutélaire à l'égard de tous les corps paramédicaux, et ce depuis la première codification des règles relatives à la santé. En effet, l'article L. 4321-1 du Code de la santé publique, dans sa nouvelle rédaction issue de la loi du 26 janvier 2016, présente de nombreux éléments sémantiques renvoyant, de manière plus ou moins implicite, à l'idée d'une autonomie consentie au corps professionnel.

1029- Dans l'objectif de mettre en exergue les éléments sur lesquels les masseurs-kinésithérapeutes pourraient fonder utilement des revendications émancipatrices, seront étudiés, dans un premier temps, les éléments propres à lui permettre de justifier une émancipation professionnelle (1), puis explorés, dans un second temps, les éléments susceptibles de conduire à la reconnaissance d'un champ disciplinaire spécifique à la masso-kinésithérapie (2).

1. L'émancipation professionnelle supposée permise par un diagnostic propre

1030- La thèse de l'émancipation du corps des masseurs-kinésithérapeutes vis-à-vis de l'autorité médicale oblige à présenter les éléments contenus dans la lettre de l'article L. 4321-1 du Code de la santé publique en vertu desquels ces professionnels pourraient, dès aujourd'hui, se prévaloir d'une certaine autonomie vis-à-vis des Docteurs en médecine. Immédiatement, il doit être relevé que cette autonomie ne peut être que relative. En effet, l'on peut douter que le législateur ose mettre fin de manière subite et absolue au contrôle qu'exercent les membres du corps médical sur l'ensemble des prises en charge thérapeutiques assurées par les professionnels paramédicaux. Il lui est plus aisé de progressivement intégrer des tempéraments à celui-ci. À titre d'exemple, si la loi du 26 janvier 2016 permet au masseur-kinésithérapeute d'« adapter, [...] dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'actes de masso-kinésithérapie datant de moins d'un an »[1151], cette faculté est conditionnée à l'absence de mention contraire du médecin.

1031- À plus d'un titre, cette prérogative pose véritablement question. Ne permet-elle pas, dans une certaine mesure, au masseur-kinésithérapeute de discuter avec le médecin des décisions prises par

[1150] L'utilisation du vocable « émanciper » apparaît ici pertinente et convient parfaitement, puisqu'il est défini, selon le Centre national de ressources textuelles et lexicales comme l'action de « libérer d'un état de dépendance, d'une sujétion juridique, morale ou sociale, *cf.* Centre national de ressources textuelles et lexicales, *Émanciper* [en ligne], [consulté le 14 avril 2020], http://www.cnrtl.fr/definition/émanciper/

[1151] Article L. 4321-1 du Code de la santé publique.

ce dernier ? Il convient, un instant, de détacher son attention du résultat de ce rapport individuel et le porter sur l'objet de l'échange entre les deux protagonistes. Celui-ci procède, invariablement, de l'analyse clinique de l'état de santé du patient, réalisée par le praticien qui en a la charge, en l'espèce le masseur-kinésithérapeute. Dans le cadre très précis de ce renouvellement, ces deux professionnels doivent nécessairement se pencher sur la question de l'état clinique du patient. Or, reconnaître au masseur-kinésithérapeute, professionnel paramédical, une compétence clinique constitue indéniablement une véritable révolution ! Cependant, cette compétence, implicitement consacrée, trouve naturellement sa place dans le processus conduisant à la formulation du diagnostic kinésithérapique.

1032- Celui-ci peut être considéré comme la pierre angulaire de la nouvelle pratique de la masso-kinésithérapie. L'absence totale de discussion relative à l'amendement qui a introduit dans la partie législative du Code la mention de « diagnostic kinésithérapique » peut surprendre, alors que depuis l'avènement de notre système de santé tout acte diagnostic ou thérapeutique est immanquablement par essence médical. D'ailleurs, la première apparition du vocable « diagnostic » au sein d'un projet de décret relatif à la profession de masseur-kinésithérapeute avait d'ailleurs, à l'époque, fait grand bruit, les membres de l'Académie nationale de médecine faisant alors valoir que « les notions de diagnostic et de choix des actes et des techniques, porte une atteinte grave aux responsabilités qui relèvent de la seule prescription médicale »[1152]. L'adoption du décret considéré, le 8 octobre 1996[1153], nonobstant les réserves émises, provoquait l'ire de l'Académie qui affirmait que « le diagnostic constitue l'acte central de l'examen médical, d'où découlent les indications thérapeutiques et la prescription qui ne relèvent que de la responsabilité du docteur en médecine, et lui seul »[1154]. À l'époque, le pouvoir réglementaire corrigea la rédaction de l'article en question avec un certain retard, soit par un décret du 27 juin 2000[1155]. Au diagnostic kinésithérapique était alors substitué « un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés ».

1033- Il apparaît nécessaire de bien saisir l'enjeu que constituait, à l'époque, pour les membres du corps médical, la relégation du « diagnostic » en second plan, derrière le « bilan », et la préservation

---

[1152] LAROCHE Claude, *Rapport au nom de la Commission XVII (Éthique des professions de santé) sur le projet de décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute*, Bull. Académie nationale de médecine, Paris, 1995, t. 179, p. 721-723.

[1153] L'article 2 du décret n° 96-879 du 8 octobre 1996 prévoit que « dans le cadre de la prescription médicale, il établit un diagnostic kinésithérapique et choisit les actes et les techniques qui lui paraissent les plus appropriés ».

[1154] LAROCHE Claude, *Avis de la Commission XV (Éthique et responsabilités professionnelles) sur le projet de décret n° 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute*, *op. cit.*

[1155] Décret n° 2000-577 du 27 juin 2000, *op. cit.*

de la primauté du diagnostic médical. Dans la mesure où le diagnostic est constitué à l'issue d'une analyse réflexive conduite à partir d'éléments révélés par l'examen clinique et permet la mise en œuvre du traitement requis par l'état du patient, celui-ci doit, du moins pour le corps médical, être réservé aux seuls Docteurs en médecine. Il leur semblait bien plus pertinent de confier aux professionnels paramédicaux le soin d'établir un bilan, dénué de tout fondement réflexif et s'apparentant à « un inventaire général des éléments d'une situation »[1156].

1034- La consécration légale du « diagnostic kinésithérapique » constitue indéniablement une étape capitale de la dynamique d'émancipations des masseurs-kinésithérapeutes. Ces professionnels peuvent véritablement se prévaloir de posséder des compétences diagnostiques similaires à celles des médecins. L'objet du diagnostic kinésithérapique est cependant fort différent : il ne nécessite pas la mobilisation des mêmes savoirs, lesquels ne sont, d'un point de vue quantitatif et qualitatif, aucunement équivalents.

1035- De toute évidence, ce dernier point revêt une importance particulière. En effet, pour que l'exercice masso-kinésithérapique puisse être regardé comme émancipé, il doit nécessairement être fondé sur un champ disciplinaire totalement distinct de celui correspondant à la médecine.

2. Une émancipation disciplinaire masso-kinésithérapique pressentie

1036- Au début de l'année 2016, l'existence d'un champ disciplinaire masso-kinésithérapique en formation peut être affirmée. Cette conclusion peut logiquement être tirée de la consécration légale du diagnostic kinésithérapique. En effet, si le champ disciplinaire masso-kinésithérapique n'existe pas, alors toutes les connaissances en santé sont de nature médicale, le pouvoir attractif de la médecine s'exerçant sans conteste sur tout ce qui concerne l'état de santé des patients, ce qui inclut les savoirs. Dans ces conditions, l'unicité du diagnostic en santé ne fait aucunement débat. Il est médical, fondé sur des savoirs médicaux et élaboré par les Docteurs en médecine. Dès lors, que penser du diagnostic kinésithérapique, consacré au sein de l'article L. 4321-1 du Code de la santé publique ? Il ne peut être pensé que le masseur-kinésithérapeute ait été investi de la capacité de formuler un diagnostic médical. En mettant en œuvre cette compétence professionnelle, se rend-il coupable de la commission de l'infraction d'exercice illégal de la médecine ? Assurément non !

1037- Une question survient alors. Que recouvre la notion de « diagnostic kinésithérapique » ? Quels sont les savoirs mobilisés aux fins de son élaboration ? Si sa consistance peut faire débat,

[1156] Centre national de ressources textuelles et lexicales, *Bilan* [en ligne], [consulté le 18 novembre 2018], http://www.cnrtl.fr/definition/bilan/

puisque la notion n'est pas encore définie au sein du corpus juridique français, il est certain que celui-ci est élaboré dans le cadre strict de « la pratique de la masso-kinésithérapie » et constitue la base d'un traitement masso-kinésithérapique adapté. Il ne peut dès lors que résulter de la mobilisation, par le masseur-kinésithérapeute, d'un ensemble de connaissances qui lui sont propres et caractérisent son analyse réflexive. Peut-il, à ce titre, être raisonnablement évoqué l'existence d'un véritable champ disciplinaire masso-kinésithérapique ?

1038- Si la question est pertinente, la réponse divise à cette date le corps professionnel[1157]. À ceux qui affirment que la masso-kinésithérapie existe de façon autonome comme objet de savoirs, d'autres opposent l'absence d'une production de savoirs propres et spécifiques. Ces querelles, avant tout d'ordre sociologique, n'intéressent que peu le droit. Elles obligent cependant à interroger la notion, telle qu'elle est appréhendée par le corpus juridique. Existe-t-il un champ disciplinaire médical auquel il peut être opposé des champs disciplinaires paramédicaux ? Existe-t-il *a fortiori* un véritable champ disciplinaire masso-kinésithérapique ? La réponse positive trancherait la question, mais en cas de réponse négative, comment considérer la masso-kinésithérapie, qui constitue l'axe central du du nouvel article L. 4321-1 du Code de la santé publique ?

1039- L'étude du dictionnaire LE PETIT ROBERT[1158] permet de distinguer les quatre acceptions principales de la notion de « discipline », qui renvoie à un « fouet fait de cordelettes ou de petites chaînes utilisé pour se flageller, se mortifier », une « instruction, direction, influence », un ensemble de « règle[s] de conduite commune aux membres d'un corps, d'une collectivité et destinée à y faire régner le bon ordre » ou une « branche de la connaissance, des études ». Le dictionnaire juridique de Gérard CORNU[1159], quant à lui, ne fait état de la notion que sous un aspect purement normatif. Ainsi, en droit administratif, la discipline est définie comme un « ensemble de règles et devoirs imposés aux membres d'un corps ou d'une profession, ou attachés à l'exercice d'une fonction et dont le régime de fonction est autonome », alors que le droit du travail en fait un « ensemble de prescriptions générales […] ou particulières établies en vue du fonctionnement d'une entreprise ».

1040- En tout état de cause, le Code de la santé publique contient[1160] 914 occurrences de la racine « disciplin- ». Dans près de 75 % des cas[1161], le vocable fait référence à des règles établies en vue de

[1157] Il sera vu *infra* qu'un arrêté du 30 octobre 2019 a consacré les Sciences de la rééducation et de la réadaptation à la 91e section du Conseil national des universités et, par conséquent, modifié la position adoptée par de nombreux membres du corps professionnel.

[1158] REY-DEBOVE Josette et REY Alain, *op. cit.*

[1159] CORNU Gérard, *op. cit.* p. 352.

[1160] Cette recherche lexicale a été réalisée le 20 novembre 2018.

[1161] Soit 688 occurrences sur 914.

contrôler tout ou partie des membres d'une profession de santé déterminée. Dans 25 % des cas[1162], il évoque une branche de connaissances particulière. Si est retenue uniquement cette acception, une première remarque s'impose : dans le code précité, il n'existe pas une discipline médicale, mais des disciplines médicales. En revanche, il n'existe aucune discipline paramédicale. Cela peut paraître surprenant, alors que l'article D. 636-68 du Code de l'éducation renvoie pour l'établissement des « règles relatives aux formations conduisant aux diplômes des disciplines de santé suivantes » notamment aux articles D. 4321-14 à R. 4321-26 du Code de la santé publique, qui concernent directement les masseurs-kinésithérapeutes. Ainsi, si l'existence du champ disciplinaire masso-kinésithérapique n'est pas explicite au sein du Code de la santé publique, la masso-kinésithérapie appartient selon le Code de l'éducation au groupe des disciplines de santé ! La dénomination « champ disciplinaire masso-kinésithérapique » semble pleinement justifiée, d'autant plus que le législateur promeut la création d'équipes de soins « pluridisciplinaires » ou « interdisciplinaires », auxquelles peuvent prendre part tant les masseurs-kinésithérapeutes que les autres professionnels paramédicaux.

1041- Au début de l'année 2016, la masso-kinésithérapie est donc constituée, dans sa dimension disciplinaire, d'un champ au contenu encore insuffisamment déterminé, mais dont les contours semblent se dessiner. Celui-ci est entre les mains des masseurs-kinésithérapeutes, puisque l'article L 4321-1 du Code de la santé publique dispose que « seul le masseur-kinésithérapeute est habilité à utiliser les savoirs disciplinaires et les savoir-faire associés d'éducation et de rééducation en masso-kinésithérapie ». En tout état de cause, ces savoirs sont voués à évoluer ou être enrichis, par l'action des membres du corps professionnel appelés à s'investir dans la recherche[1163].

1042- L'identité du masseur-kinésithérapeute recouvre ainsi, par l'effet de la loi du 26 janvier 2016, des aspects fortement singuliers, lesquels résident non pas dans le diagnostic qui lui appartient de formuler et les savoirs qu'il doit, à cette fin, mobilisés, mais dans l'émancipation professionnelle et disciplinaire à laquelle ces deux éléments semblent inviter. En tout état de cause, il ne saurait pour autant être conclu que ce corps des masseurs-kinésithérapeutes peut désormais se prévaloir d'une quelconque singularité.

[1162] Soit 226 occurrences sur 914.

[1163] Le deuxième alinéa de cet article dispose, en effet, que « le masseur-kinésithérapeute peut également concourir à la formation initiale et continue ainsi qu'à la recherche ».

B. Une singularité professionnelle à contester

1043- De prime abord, on pourrait penser que la réforme opérée par la loi du 26 janvier 2016 a restauré le caractère singulier de l'identité professionnelle du masseur-kinésithérapeute, notamment par l'intermédiaire du renouvellement de la définition de son domaine de compétences à l'aide d'éléments apparemment distinctifs. Cependant, cette supposée singularité ne peut qu'être contestée. En effet, l'étude des éléments essentiels de l'identité du corps professionnel conduit à affirmer que ceux-ci sont totalement inopérants à établir une distinction nette entre le masseur-kinésithérapeute et les praticiens circonvoisins et, en conséquence, cette réforme n'apporte qu'une réponse limitée aux difficultés identitaires du corps professionnel.

1044- Afin de démontrer que le masseur-kinésithérapeute ne peut toujours pas se prévaloir d'une quelconque singularité, il est proposé de contester, dans un premier temps, le caractère singulier des missions de santé publique qui lui sont confiées (a), avant d'exposer, dans un second temps, en quoi ses missions thérapeutiques sont, quant à elles, insuffisamment caractérisées (b)

a) La contestation du caractère singulier des missions de santé publique confiées au masseur-kinésithérapeute

1045- Le domaine de compétences du masseur-kinésithérapeute est désormais composé de quatre missions de santé, que sont « la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement : 1° Des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne ; 2° Des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles ». Ces deux premières missions peuvent raisonnablement être rattachées à la santé publique. Il n'y a pas lieu de discuter, ici, de l'ordre dans lequel celles-ci sont énumérées, car il ne permet pas de supposer la prévalence de l'une sur l'autre, mais semble être seulement dicté par des considérations d'ordre rédactionnel[1164]. En tout état de cause, l'intégration de ces missions de santé publique au sein de ce domaine de compétences est logique, dans la mesure où elles constituent un des principaux aspects de la dynamique réformatrice d'ensemble des professions de santé. À ce titre, elles ne distinguent aucunement les masseurs-kinésithérapeutes des autres professionnels de santé.

1046- Démontrer ce propos appelle à expliquer, dans un premier temps, pourquoi l'attribution de missions de santé publique au masseur-kinésithérapeute apparaît logique (1), puis à préciser, dans

[1164] En effet, il apparaît logique que le législateur ait pris le soin de placer en fin de l'énumération de ce premier alinéa les éléments essentiels qui ne pouvaient être résumés par une formule courte.

un second temps, en quoi ces dernières revêtent un caractère manifestement général, qui ne permet pas de les apprécier comme des éléments distinctifs de l'identité de ce professionnel. (2).

1. L'adjonction logique de missions de santé publique au domaine de compétences du masseur-kinésithérapeute

1047- Dans sa nouvelle rédaction, le premier alinéa de l'article L. 4321-1 du Code de la santé publique dispose que « la pratique de la masso-kinésithérapie comporte la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement : 1° Des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne ; 2° Des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles ».

1048- Les concepts de « prévention » et de « promotion de la santé » ne sont pas récents. La notion de « prévention » est appréhendée dès 1948 par l'Organisation mondiale de la Santé[1165], qui ne prend le soin de la définir qu'en 1984[1166]. L'institution internationale en fait rapidement de même pour la notion connexe de « promotion de la santé »[1167], laquelle tend à être interprétée largement. En effet, celle-ci semble recouvrir l'ensemble des notions relatives à « la prévention de la maladie » et « l'éducation pour la santé »[1168]. Ensemble, ces trois concepts constituent les trois piliers de la plupart des politiques de santé publique mises en œuvre dans le monde. Ainsi, au niveau national, l'article L. 1411-1 du Code de la santé publique[1169] prévoit que « la politique de santé (de la nation) comprend : […] 2° La promotion de la santé dans tous les milieux de vie […] ; 3° La prévention collective et individuelle, tout au long de la vie »[1170]. Les formules correspondantes peuvent être relevées en plusieurs endroits du Code de la santé publique[1171], hors intitulés des parties, titres, chapitres, sections et paragraphes, à savoir 74 fois pour la formule « promotion de la santé », 550 fois pour le vocable « prévention » et 45 fois pour l'« éducation » relative à la santé[1172].

[1165] Organisation mondiale de la Santé, *Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé*, *op. cit.*

[1166] Organisation mondiale de la Santé, *Glossaire de la série « Santé pour tous »*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1984.

[1167] Organisation mondiale de la Santé, *Charte d'Ottawa, Promotion de la santé*, 21 novembre 1986 [en ligne], [consulté le 6 avril 2020], http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf?ua=1& ua=1/

[1168] Tel qu'il ressort de l'étude du glossaire de la promotion de la santé édité par l'OMS, *cf.* Organisation mondiale de la Santé, *Glossaire de la promotion de la santé* [en ligne], 1999, [consulté le 6 avril 2020], https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf/

[1169] Certains relèveront toutefois que la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 a supprimé l'adjectif « publique » de l'intitulé du chapitre 1er du titre 1er du livre IV de la première partie du Code de la santé publique, faisant accéder la « politique de la santé » à une dimension générale, collective et individuelle.

[1170] Ces deux éléments essentiels de la politique de santé publique nationale sont intégrés dans la lettre de l'article L. 1411-1 du Code de la santé publique par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004, *op. cit.*

[1171] Dans sa version en date du 13 avril 2020.

[1172] Laquelle recoupe « l'éducation thérapeutique » et « l'éducation pour la santé ». Il peut, à cet égard, être relevé que la formule « éducation pour la santé » n'apparaît dans aucun intitulé.

1049- Il semble ainsi logique qu'au gré des réformes des domaines de compétences des différents corps paramédicaux y aient été insérées des missions de santé publique. À cet égard, l'infirmier apparaît comme un cas particulier, puisqu'il est déjà attendu de lui, depuis la loi du 31 mai 1978[1173], sa « particip(ation) à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement ». Il faut donc attendre l'inscription de la prévention et de la promotion dans la politique de santé publique nationale pour qu'un autre professionnel paramédical, le diététicien, voit son domaine de compétences complété de la « particip(ation) à l'éducation et à la rééducation nutritionnelle des patients » et de la « contribu(tion) […] aux activités de prévention en santé publique relevant du champ de la nutrition »[1174]. Puis, la loi du 26 janvier 2016 fait de « la promotion de la santé » et « la prévention » des éléments constitutifs de la pratique de la masso-kinésithérapie, de l'orthophonie et de l'orthoptie. Aujourd'hui, cinq corps professionnels paramédicaux peuvent donc être considérés comme dotés de compétences particulières en santé publique.

1050- Une intégration progressive des missions de santé publique au sein de toutes les activités de santé paraît souhaitable. Il existe en effet un grand nombre de comportements individuels à risque pour lesquels la notion de danger n'est pas prégnante, contrairement à ceux qui sont connus pour leurs effets délétères sur l'état de santé, tels que le tabagisme, l'abus d'alcool et autres. Pour ceux-ci, les campagnes nationales de prévention par voie d'affichage ou communications télévisées ou radiophoniques semblent insusceptibles de produire des effets significatifs et permettre de modifier les comportements individuels à risque. C'est notamment pour cette raison que les actions de promotion de la santé et de prévention doivent être réalisées au plus près du public ciblé, au contact direct des individus concernés. Cela semble être d'ailleurs une condition de leur efficacité. Une question survient, alors : quel corps professionnel pourrait entreprendre de telles actions sur le territoire national ? Le corps médical n'a vraisemblablement pas le temps d'accomplir cette tâche. Il doit être suppléé par des corps paramédicaux.

1051- Aujourd'hui, si le panel de professionnels susceptibles de conduire ces actions est encore relativement restreint, le domaine des actions en santé publique apparaît étendu. En effet, si ces dernières doivent avoir pour objet des préoccupations de santé publique majeures et spécifiques, telles que la nutrition, l'élocution et la vision, elles peuvent également concerner l'état de santé global des individus. Tel semble alors être la mission du corps des masseurs-kinésithérapeutes. Cependant, à ce moment-là, ces actions revêtent un caractère trop général, ce qui ne permet plus de

[1173] Loi n° 78-615 du 31 mai 1978, *op. cit.*

[1174] Article L. 4371-1 du Code de la santé publique, dans sa rédaction issue de la loi n° 2007-127 du 30 janvier 2007, *op. cit.*

les regarder comme spécifiques.

2. La formulation trop générale des missions de santé publique confiées au masseur-kinésithérapeute

1052- Les missions de santé publique confiées au masseur-kinésithérapeute peuvent, à plus d'un titre, être considérées comme bien trop générales pour être appréciées en tant qu'élément distinctif de son identité professionnelle.

1053- En effet, « la prévention » et « la promotion de la santé », lesquelles figurent au rang des éléments constitutifs de « la pratique de la masso-kinésithérapie », ne sont aucunement déterminées et peuvent, à ce titre, être appréhendées comme des missions de santé publique générales. Aux fins de contradiction, d'aucuns pourraient faire valoir ici l'inter-relation infrangible qui unit les missions de santé publique et les missions thérapeutiques confiées à un même corps professionnel. Cette inter-relation conduirait, supposément, à circonscrire le domaine des actions en santé publique à l'aune des objectifs poursuivis dans le cadre des missions thérapeutiques. Or, cette inter-relation ne semble pas vraiment exister[1175]. Le législateur n'a, semble-t-il, pas souhaité en créer une, autrement elle aurait été particulièrement facile à instituer.

1054- À ceux qui considéreront néanmoins cette inter-relation comme avérée il devra être opposé que l'existence de celle-ci ne saurait restreindre le domaine des missions de santé publique confiées au masseur-kinésithérapeute. En effet, le caractère singulier des missions de santé publique apparaît marqué par un rapport inversement proportionnel à leur étendue, laquelle est héritée des missions thérapeutiques. En d'autres termes, plus les missions thérapeutiques concernent des objets larges et correspondent à des problématiques variées relatives à différents systèmes ou fonctions du corps humain, moins les missions de santé publique apparaissent, dans leur globalité, spécifiques. Or, les missions thérapeutiques du corps des masseurs-kinésithérapeutes peuvent être considérées comme particulièrement étendues[1176].

1055- Dans ces conditions, la singularité des missions de santé publique considérées ne semble pouvoir être appréciée qu'à la mesure de leur propre étendue. Une question se pose alors. Est-ce que cette étendue peut raisonnablement constituer en elle-même un caractère distinctif ? En effet, d'aucuns pourraient considérer que le législateur a confié au masseur-kinésithérapeute une mission de santé publique d'ordre général, laquelle confère au corps professionnel un caractère singulier.

[1175] Pour l'étude de cette relation, *cf.* 1. Des missions de santé publique, p. 351.

[1176] Pour l'étude des missions thérapeutiques confiées au masseur-kinésithérapeute, *cf.* 2. Des missions thérapeutiques, p. 353.

Cette réflexion, assez audacieuse, doit immédiatement être rejetée. L'analyse de la lettre des domaines de compétences des professions de santé concernées par de telles missions oblige en effet à relever que cette formulation générale n'est aucunement spécifique au masseur-kinésithérapeute, puisqu'elle est également utilisée *in extenso* dans les définitions de la profession de diététicien, la pratique de l'orthophonie et la pratique de l'orthoptie. Manifestement, la généralité n'est pas ici gage de singularité.

1056- La question essentielle réside alors dans ce à quoi pourraient véritablement correspondre des actions de prévention et de promotion de la santé mises en œuvre par un masseur-kinésithérapeute. Rien ne permet aujourd'hui de le dire. L'inscription de telles missions dans le domaine de compétences du corps professionnel témoigne surtout de la volonté des pouvoirs publics de faciliter l'entreprise d'actions favorables à la santé sur tout le territoire national.

1057- Il doit dès lors être conclu que le masseur-kinésithérapeute ne possède aucune véritable singularité en vertu des missions de santé publique qui lui ont été confiées. Pareil constat est réalisé suite à l'analyse de ses missions thérapeutiques.

b) La contestation du caractère singulier des missions thérapeutiques confiées au masseur-kinésithérapeute

1058- Les missions à visée thérapeutique confiées aux masseurs-kinésithérapeutes regroupent « le diagnostic kinésithérapique et le traitement : 1° Des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne ; 2° Des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles »[1177]. Celles-ci sont intimement liées, puisque le diagnostic kinésithérapique fonde logiquement le traitement qui nécessite d'être mis en œuvre. Toutefois, afin de démontrer le défaut de singularité de chacun, il convient de les appréhender de manière séparée. En effet, la faible singularité de l'un ne doit pas rejaillir automatiquement sur l'autre.

1059- Seront donc successivement discutées la singularité du diagnostic kinésithérapique (1), puis la singularité du traitement mis en œuvre par le masseur-kinésithérapeute (2).

[1177] Article L. 4321-1 du Code de la santé publique, dans sa rédaction issue de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, *op. cit.*

1. Le défaut de singularité du diagnostic kinésithérapique

1060- La question de la singularité du « diagnostic kinésithérapique » est pertinente, alors que d'une part, jusqu'à récemment le diagnostic en santé était unique et établi de manière exclusive par les Docteurs en médecine, et d'autre part, la notion n'est nullement définie au sein du corpus juridique. La consécration d'un diagnostic propre au masseur-kinésithérapeute oblige ainsi à s'interroger sur la nature profonde de celui-ci, en d'autres termes sur les éléments qui le composent, ainsi que les rapports qu'il peut entretenir avec les diagnostics circonvoisins que sont le diagnostic médical et le diagnostic ostéopathique[1178].

1061- Il apparaît nécessaire de rappeler qu'avant 2016, le seul champ disciplinaire en santé existant dans notre système sanitaire était la médecine et que toute activité de santé, notamment celles mises en œuvre par les professionnels paramédicaux, était invariablement appréhendée comme une dérogation au monopole médical. Durant cette période, le diagnostic kinésithérapique inscrit dans le cadre réglementaire de la profession ne pouvait être élaboré que par la mobilisation du seul champ disciplinaire en santé consacré, c'est-à-dire médical. D'aucuns pourraient opposer à ce propos que certaines connaissances d'alors appartenaient déjà à un champ indépendant de la rééducation, à partir duquel était élaboré le diagnostic du masseur-kinésithérapeute, et que dès lors celui-ci était d'ores et déjà singulier. Il est vrai que la section n° 49 du Conseil national des universités, intitulée « Pathologie nerveuse et musculaire, pathologie mentale, handicap et rééducation » possède effectivement une sous-section spécifique à la médecine physique et la réadaptation. Celle-ci est composée de nombreux champs disciplinaires, dont notamment celui auquel appartiennent les savoirs mobilisés dans le cadre de la pratique de la masso-kinésithérapie. Néanmoins, ce champ disciplinaire est immanquablement de nature médicale.

1062- Dans ces conditions, peut-il être défendu que le diagnostic kinésithérapique d'avant 2016 revêtait une qualité médicale, qui pourrait rejaillir sur celui d'après janvier 2016 ? La question apparaît fortement épineuse. Elle n'en demeure pas moins pertinente. En effet, comment considérer autrement le diagnostic pour la formulation duquel des connaissances à caractère médical étaient mobilisées ? Afin de dénier l'appartenance du diagnostic kinésithérapique actuel au champ médical, il convient d'appréhender ce qui permet de considérer celui-ci comme singulier et le distinguer du diagnostic médical. Une réponse semble pouvoir être trouvée dans la lettre de l'arrêté du 2 septembre 2015, selon lequel le « diagnostic kinésithérapique [...] (précise) le type de difficulté, dysfonctionnement, déficience, leur spécificité ou non et leur évolution probable à partir du relevé

[1178] Le diagnostic ostéopathique n'est pas véritablement consacré. Il est mentionné, à l'heure actuelle, uniquement au sein du décret n° 2014-1505 du 12 décembre 2014, *op. cit.*

des capacités du patient et du degré de sévérité de ses difficultés/dysfonctionnements et en sélectionnant les terminologies adéquates parmi les termes diagnostiques en usage en masso-kinésithérapie »[1179].

1063- En tout état de cause, si les vocables ici employés rendent particulièrement explicite la distinction qu'il convient d'opérer entre le diagnostic kinésithérapique et le diagnostic médical, ceux-ci révèlent difficilement la différence qu'il existe entre le diagnostic kinésithérapique et les diagnostics que les praticiens circonvoisins seraient amenés à formuler[1180]. En effet, l'emploi des formules « dysfonctionnement », « capacités du patient » et « degré de sévérité » au sein de l'arrêté du 2 septembre 2015 apparaît maladroit. Ces formules rappellent notamment les termes des articles D. 1172-1 et suivants du Code de la santé publique relatifs à la prescription médicale d'Activité Physique Adaptée.

1064- L'étude comparative du diagnostic kinésithérapique et du diagnostic ostéopathique est d'autant plus possible que ce dernier est défini à l'annexe 1du décret du 12 décembre 2014[1181] dans les termes suivants : « Le diagnostic ostéopathique comprend un diagnostic d'opportunité et un diagnostic fonctionnel. […] (Le) diagnostic d'opportunité [...] consiste à identifier les symptômes et signes d'alerte justifiant un avis médical préalable à une prise en charge ostéopathique ; (le) diagnostic fonctionnel [...] consiste à identifier et hiérarchiser les dysfonctions ostéopathiques ainsi que leurs interactions afin de décider du traitement ostéopathique le mieux adapté à l'amélioration de l'état de santé de la personne ».

1065- Or, bien que cela ne soit pas explicitement affirmé, le diagnostic kinésithérapique comprend de toute évidence également un diagnostic d'opportunité, tel qu'il est défini pour l'ostéopathe. La temporalité de ce diagnostic d'opportunité peut cependant différer entre les deux praticiens. Elle est préalable à la prise en charge de l'ostéopathe, alors qu'elle est établie au cours de la prise en charge pour le masseur-kinésithérapeute. Toutefois, cette différence temporelle apparaît bien indifférente et cet élément reste manifestement un point commun aux diagnostics considérés. Quant au diagnostic fonctionnel, celui-ci vise à « identifier et hiérarchiser les dysfonctions ostéopathiques », définies au sein du même décret comme les « altération(s) de la mobilité, de la viscoélasticité ou de la texture des composantes du système somatique ». Peut-il être raisonnablement pensé que ce diagnostic est exclusivement du ressort de l'ostéopathe, alors que le masseur-kinésithérapeute a précisément pour missions thérapeutiques « le traitement : 1° Des troubles du mouvement ou de la motricité de la

[1179] Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, *op. cit.* p. 193.

[1180] Dans le cas, bien entendu, où les pouvoirs publics les pourvoiraient en diagnostic professionnel propre.

[1181] Décret n° 2014-1505 du 12 décembre 2014, *op. cit.*

personne ; 2° Des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles » ? Tout laisse penser le contraire. La mobilité et le mouvement ne peuvent pas, manifestement, être dissociés.

1066- Le masseur-kinésithérapeute ne peut donc prétendre être pourvu d'une véritable singularité en raison du diagnostic professionnel qu'il lui appartient de formuler. Il ne le peut pas plus en raison des traitements qu'il est voué à mettre en œuvre.

2. Le défaut de singularité du traitement masso-kinésithérapique

1067- Le traitement mis en œuvre par le masseur-kinésithérapeute est déterminé : il a pour objet les « troubles du mouvement ou de la motricité de la personne », ainsi que les « déficiences ou [...] altérations des capacités fonctionnelles ». Dans la mesure où il constitue un des éléments essentiels du domaine de compétences du corps correspondant, il est supposé pouvoir être *a priori* regardé comme spécifique. Le législateur s'attache en effet à préciser les différents champs relatifs aux professions de santé de manière à ce que ceux-ci ne se superposent pas, ou le moins possible. Or, il reste difficile à saisir ce que recouvre concrètement le traitement masso-kinésithérapique. Son étude oblige à appréhender, successivement, l'objet du traitement, puis les actes que ce dernier nécessite.

1068- L'objet du traitement n'apparaît pas difficile à déterminer, puisqu'il est défini dans l'article L. 4321-1 du Code de la santé publique. Or, de nombreux développements de cette thèse mettent justement en exergue la généralité des vocables qui y sont utilisés et les incertitudes qui entourent la circonscription de la pratique qui y correspond. Ceux-ci mettent en exergue le manque manifeste de spécificité du traitement masso-kinésithérapique, dont l'objet ne peut pas vraiment être distingué, en termes juridiques, de ceux de l'Activité Physique Adaptée et de l'ostéopathie. En effet, quelle que soit la manière de qualifier les atteintes du corps humain que chacune est vouée à traiter, à savoir les « déficiences ou […] altérations des capacités fonctionnelles », pour le masseur-kinésithérapeute, les « troubles fonctionnels », pour l'ostéopathe, ou les « limitations fonctionnelles », pour l'enseignant en Activité Physique Adaptée, ces trois domaines de compétences sont marqués du sceau de la « fonction ». Il semble donc attendu de trois corps professionnels correspondants qu'ils conservent, restaurent ou améliorent le fonctionnement optimal du corps humain. Peuvent-ils être distingués par les troubles qu'ils s'attachent à traiter ? Rien n'est moins sûr. Si la différence des vocables utilisés vise à tenter d'établir une distinction entre les traitements mis en œuvre et à créer, *in fine*, un semblant de singularité pour chacun, tous ces vocables renvoient indéniablement à une atteinte quantitative ou qualitative de la fonction, le vocable le plus générique en la matière étant « le trouble ».

1069- Par ailleurs, tous ces traitements consistent en la restauration de la fonction de l'individu au travers de l'amélioration de la mobilité. Celle-ci peut être sollicitée de manière active, notamment par la dispensation d'activité physique ou la réalisation de mouvements par le patient, ou bien de manière passive, par l'intermédiaire de manipulation ou mobilisation. En tout état de cause, ce sont les seuls outils thérapeutiques disponibles aux praticiens en santé autres que les médecins[1182], par lesquels il est possible d'agir favorablement sur la mobilité du corps humain, tant au niveau global que spécifique. Par conséquent, la singularité actuelle du traitement kinésithérapique ne saurait être à l'aune des actes mis en œuvre défendue.

1070- En tout état de cause, si la réforme de la profession de masseur-kinésithérapeute opérée au cours des années 2015-2016 n'a apporté aucune réponse satisfaisante aux difficultés identitaires du corps professionnel, elle a manifestement ouvert la voie à une évolution de la pratique de la masso-kinésithérapie, qui revêt aujourd'hui une dimension professionnelle et une dimension disciplinaire. Eu égard aux difficultés engendrées par les réformes fondées sur un paradigme professionnel, cette évolution ne semble pouvoir être réalisée autrement qu'au travers de la consécration d'un champ disciplinaire spécifique à la masso-kinésithérapie. C'est ce qui est expliqué dans le titre suivant.

[1182] Les chirurgiens peuvent restaurer de la mobilité d'une articulation, d'un tissu ou d'un organe par les actes qu'ils réalisent.

Titre 2 : Une évolution au travers de la consécration d'un champ disciplinaire spécifique à la masso-kinésithérapie

1071- À la fin du mois de janvier 2016, le devenir du masseur-kinésithérapeute reste incertain. Il subit encore la concurrence de la part de l'ostéopathe et de l'enseignant en Activité Physique Adaptée, et ce malgré la réforme récente du cadre juridique de sa profession. En effet, cette réforme d'envergure n'a apporté aucune réponse efficace aux difficultés identitaires du corps professionnel, qui ne peut toujours pas se prévaloir d'être singulier. Pour autant, celle-ci a véritablement posé les bases d'une évolution possible pour la masso-kinésithérapie, qui peut désormais être regardée comme dotée d'une dimension professionnelle et d'une dimension disciplinaire.

1072- Cette évolution devrait vraisemblablement s'opérer au travers de la consécration d'un champ disciplinaire propre à la masso-kinésithérapie, qui serait éventuellement distinct des Sciences de la rééducation et de la réadaptation, inscrites le 30 octobre 2019[1183] au Conseil national des universités (CNU). En effet, si cette section CNU constitue un cadre disciplinaire censé agréger tous les savoirs relatifs à la rééducation et à la réadaptation, ces Sciences ne sont aucunement constituées de la réunion des champs disciplinaires correspondant aux différentes activités paramédicales. D'ailleurs, ceux-ci restent encore indéterminés. Pour ces raisons, le corps des masseurs-kinésithérapeutes doit s'attacher dès à présent à déterminer les éléments essentiels de son propre champ disciplinaire et entreprendre des actions visant à le faire consacrer. Ce n'est qu'à cette condition que le masseur-kinésithérapeute pourra enfin recouvrer toute sa singularité.

1073- Il sera donc démontré, dans un premier temps, en quoi cette consécration apparaît impérative, mais reste soumise à condition (chapitre 1), puis présenté, dans un second temps, la manière dont pourrait être déterminé le champ disciplinaire masso-kinésithérapique (chapitre 2).

[1183] Décret n° 2019-1107 du 30 octobre 2019, *op. cit.*

Chapitre 1 : Une consécration impérative soumise à condition

1074- La consécration d'un champ disciplinaire spécifique à la masso-kinésithérapie apparaît à bien des égards impérative. Elle permettra notamment au corps des masseurs-kinésithérapeutes, dont les membres ne cessent d'affirmer leur identité et l'importance du rôle qu'ils sont voués à jouer dans le système de santé, d'évoluer et de recouvrer sa singularité. À ce titre, les éléments essentiels du champ disciplinaire, qui restent à ce jour à déterminer, ne manqueront pas de marquer fortement la masso-kinésithérapie, dans sa nouvelle version, et ce pour de nombreuses années.

1075- Toutefois, avant que les pouvoirs publics n'acceptent de formaliser et de mettre en œuvre un processus propre à conduire à la détermination du champ disciplinaire masso-kinésithérapique, ceux-ci doivent nécessairement se défaire de la manière désuète dont ils ont toujours appréhendé les activités de santé, c'est-à-dire exclusivement au travers des exercices professionnels auxquels ces activités correspondent. Pour ce faire, il leur est indispensable de prendre conscience que chaque activité de santé possède, au côté de sa dimension professionnelle, une dimension disciplinaire, laquelle regroupe les savoirs spécifiques à sa mise en œuvre.

1076- Une première section sera l'occasion d'exposer la condition sous laquelle la consécration d'un champ disciplinaire masso-kinésithérapique pourra être effective (section 1), tandis qu'une seconde section permettra d'expliquer les raisons pour lesquelles cette consécration est aujourd'hui impérative (section 2).

Section 1 : La consécration du champ disciplinaire masso-kinésithérapique sous condition

1077- Défendre la thèse d'une nécessaire consécration du champ disciplinaire masso-kinésithérapie oblige à remettre en question la manière dont sont actuellement organisées les activités de santé, tant d'un point de vue conceptuel que juridique. En effet, ce qui peut être dénommé l'organisation des activités de santé[1184] apparaît encore à ce jour trop profondément marqué du sceau du paradigme professionnel. La primauté de ce paradigme est évidente : il n'est question, dans le corpus juridique, que de la seule organisation des professions de santé. Or, cette manière de concevoir ces activités nuit considérablement aux évolutions que sont appelés à connaître les corps paramédicaux.

1078- Cette primauté est le fruit de l'histoire de notre système de santé, qui s'est construit autour du rôle prééminent du médecin et du champ disciplinaire médical. Cette primauté a justifié, au cours des siècles, le rattachement automatique et infrangible à l'activité médicale de tout acte, intellectuel ou pratique, susceptible de produire un effet sur la santé d'autrui. Dès lors, l'intégralité de ces actes a été réservée à l'exercice exclusif des médecins. Malgré de nombreuses réformes professionnelles et l'émergence de prémices de savoirs paramédicaux, cette manière de concevoir les actes exécutés dans le système de santé et les savoirs correspondants n'a jamais été remise en question.

1079- Cependant, un décret du 30 octobre 2019[1185] a institué dans le paysage universitaire français les Sciences de la rééducation et de la réadaptation et ouvert la voie à la reconnaissance de savoirs paramédicaux en tant que savoirs spécifiques, c'est-à-dire distincts des savoirs médicaux. À l'aune de cette création, il pourrait être pensé que les pouvoirs publics appréhendent déjà différemment les activités de santé et que la consécration du champ disciplinaire masso-kinésithérapie est en passe d'être réalisée. Or, l'étude des insuffisances qui grèvent ces Sciences oblige à conclure le contraire.

1080- L'étude de la consécration effective du champ disciplinaire masso-kinésithérapique invite ainsi à présenter, dans un premier temps, la condition tenant dans l'abandon de la conception des activités de santé dans leur seule dimension professionnelle (paragraphe 1), puis à exposer, dans un second temps, en quoi cette consécration est requise malgré la création récente des Sciences de la rééducation et de la réadaptation (paragraphe 2).

[1184] Il est ici préconisé que l'organisation des professions de santé laisse sa place, prochainement, à une organisation des activités de santé, qui possèdent, chacune, une dimension disciplinaire et une dimension professionnelle propres.

[1185] Décret n° 2019-1107 du 30 octobre 2019, *op. cit.*

Paragraphe 1 : Une condition dans l'abandon préalable d'une conception exclusivement professionnelle des activités de santé

1081- La thèse visant à démontrer la nécessité de consacrer un champ disciplinaire spécifique à la masso-kinésithérapie oblige nécessairement à remettre en question la manière dont les activités exercées dans notre système de santé sont appréhendées[1186]. En effet, hormis l'activité médicale qui constitue encore à ce jour la pierre angulaire de l'édifice, celles-ci revêtent immanquablement un caractère exclusivement professionnel. Or, cette manière de concevoir des activités de santé présente de réels inconvénients, qui peuvent être mis en exergue par l'étude des précédentes réformes de l'organisation des professions de santé.

1082- Afin de présenter la nouvelle conception des activités de santé qui doit être adoptée pour que puisse être effectivement consacré un champ disciplinaire masso-kinésithérapique, il est proposé d'analyser, dans un premier temps, l'organisation actuelle des activités de santé (A), puis d'exposer, dans un second temps, les inconvénients caractéristiques des réformes successives fondées sur un paradigme professionnel (B).

A. De l'organisation des activités de santé appréhendées uniquement dans leur dimension professionnelle

1083- Pour une appréhension pertinente des activités de santé, il convient désormais de se pencher sur leurs deux dimensions essentielles, que sont la dimension professionnelle, laquelle donne lieu à l'exercice effectif d'une profession, et la dimension disciplinaire, constituée par l'ensemble des savoirs spécifiques à la matière. L'organisation des activités de santé ne peut plus aujourd'hui être raisonnablement considérée que sous le seul aspect d'une organisation des professions de santé. Afin de démontrer ce point, il importe d'étudier les caractéristiques de cette manière de concevoir les activités de santé, laquelle constitue manifestement un frein à la détermination des champs disciplinaires paramédicaux.

1084- Sera ainsi expliquée, dans un premier temps, la manière dont les activités de santé ont été toujours été appréhendées (a), avant que ne soient mises en exergue, dans un second temps, les

[1186] Dans les développements suivants, il sera fait mention des « activités de santé ».

caractéristiques de cette organisation des professions de santé, laquelle assure surtout la pérennité de la prééminence des membres du corps médical sur le système de santé (b).

a) Des activités de santé appréhendées uniquement au travers des exercices professionnels

1085- L'appréhension des activités de santé exclusivement au travers des exercices professionnels qui leur correspondent procède de l'histoire de notre système de santé[1187], qui a été construit autour de l'activité de médecin.

1086- S'il n'est pas nécessaire de réaliser ici une étude diachronique complète de l'organisation des activités de santé, il doit être en revanche démontré la réalité de son fondement professionnel actuel (1), puis exposé le fondement disciplinaire alternatif que les récentes évolutions de notre système de santé invitent à substituer à celui-ci (b).

1. L'appréhension professionnelle des activités de santé

1087- Dans le Code de la santé publique, les activités de santé n'ont jamais été appréhendées que dans leur seule dimension professionnelle, c'est-à-dire au travers des exercices professionnels correspondants. Ainsi, l'organisation des activités de santé ne vise à ce jour qu'à orchestrer les relations entre les Docteurs en médecine et les professionnels paramédicaux, auxquels a été confiée la réalisation d'actes techniques élémentaires. Cette organisation apparaît parfaitement justifiée, dans la mesure où seuls les médecins possèdent la maîtrise du champ disciplinaire sur lequel est fondé l'ensemble des activités exercées. Ce champ est communément dénommé « la médecine ».

1088- Afin de justifier ce propos introductif, a été réalisée une analyse sémantique du sommaire du Code de la santé publique, laquelle permet de relever comment sont organisées les principales activités exercées dans notre système de santé. Ce sommaire contient à ce jour[1188] 230 occurrences en lien avec la racine « profession », contre 78 pour le vocable « activité » et 45 pour la racine « disciplin- ».

1089- La question de l'existence de champs disciplinaires en santé[1189] peut être rapidement tranchée,

[1187] Pour une étude du cadre conceptuel constitué par « la profession », dans son application à l'exercice du masseur-kinésithérapeute, *cf.* a) Le nouveau paradigme de l'exercice professionnel du masseur-kinésithérapeute, p. 343.

[1188] Cette analyse a été réalisée le 10 mai 2020.

[1189] Pour une étude des occurrences en lien avec la racine « disciplin- » contenues par le texte du Code de la santé publique, *cf.* développement n° 1040, p. 367.

puisque parmi les 45 occurrences recensées, seules 2 font référence à une branche de connaissances et renvoient de manière expresse à la « pluridisciplinarité »[1190]. L'hypothèse de l'existence d'un champ disciplinaire en santé autre que la médecine et consacré en tant que tel dans le code considéré peut donc d'emblée être écartée.

1090- En ce qui concerne les occurrences « activité », seules 9 figurent dans la partie législative du code. Leur étude est intéressante, puisqu'elle permet de constater que celles-ci concernent pour 5 d'entre elles les buts poursuivis ou les moyens susceptibles d'être mis en œuvre au sein de certains établissements de santé[1191] et pour 2 d'entre elles évoquent les conditions d'exercice du personnel de ces établissements[1192]. Restent 2 occurrences qui attirent notre attention. La première occurrence renvoie à la « prévention des risques liés à certaines activités diagnostiques, thérapeutiques ou esthétiques »[1193]. Les adjectifs utilisés ne peuvent permettre de qualifier une quelconque activité de santé déterminée. L'étude de la dernière occurrence, présente au sein de l'intitulé du chapitre II, à savoir « Prescription d'activité physique »[1194] a d'ores et déjà été réalisée[1195].

1091- Le sommaire du Code de la santé publique est ainsi marqué de la présence prééminente d'occurrences issues de la racine « profession- ». Celles-ci dessinent ainsi une organisation des « professions de santé » scindée en deux, dans laquelle les professions médicales sont séparées des auxiliaires médicaux[1196]. Cela peut paraître *a priori* logique, alors que les membres du corps médical contrôlent de manière directe ou indirecte[1197] l'activité de leurs subordonnés, chargés de réaliser en dérogation au monopole médical des actes médicaux. Cependant, peut-il en être autrement, alors que dans le Code de la santé publique, il n'existe encore qu'un seul champ disciplinaire : celui de la médecine ? En effet, cette unicité justifie pleinement à elle seule que le traitement est médical et les auxiliaires ne possèdent que la possibilité d'y participer ou d'y contribuer[1198].

1092- Cependant, la loi du 26 janvier 2016 a introduit dans le Code de la santé publique ce qui peut

[1190] Relative à une concertation ou un centre de diagnostic prénatal.

[1191] Elles concernent alors l'organisation des activités de ces établissements, leur analyse, ou encore leurs conditions d'implantation.

[1192] Notamment le temps de travail ou la possibilité et les conditions de mise en place d'un exercice libéral.

[1193] Il s'agit du titre V du livre I[er] de la première partie du Code de la santé publique.

[1194] Cette activité nécessite, pour être mise en œuvre, la rédaction d'une ordonnance médicale. La formule fréquemment utilisée est « prescription médicale ». Elle figure dans la quasi-totalité des articles inauguraux définissant les professions d'auxiliaires médicaux.

[1195] Pour une étude du cadre juridique de la dispensation d'Activités Physiques Adaptées, *cf*. Section 2 : Les Activités Physiques Adaptées appréhendées comme objet de concurrence, p. 197.

[1196] Tel que mentionné dans le sommaire du Code de la santé publique, alors qu'au sein de différentes dispositions, les corps professionnels sont qualifiés, tout à tour, d'auxiliaires médicaux et de paramédicaux.

[1197] Pour la mise en exergue du contrôle des médecins exercées sur l'activité des professionnels paramédicaux, *cf*. a) Une organisation de la dispensation des soins en santé encore sous contrôle médical, p. 290.

[1198] Selon les termes consacrés. Pour plus de précisions, *cf.* développement n[o] 763, p. 269.

vraisemblablement être regardé comme les prémices d'une autonomisation des activités de santé et de la formalisation des savoirs correspondants, lesquelles semblent ouvrir la voie à une nouvelle manière d'appréhender ces activités de santé.

2. D'une conception disciplinaire des activités de santé

1093- Le renouvellement de la manière d'appréhender les activités de santé semble amorcé par la loi du 26 janvier 2016 et notamment son article 144, qui a institué dans le système de santé la première activité de santé considérée en tant que telle. Il s'agit de l'Activité Physique Adaptée. En effet, de manière notable, le législateur n'a pas fait de celle-ci une dérogation au monopole médical et confié, d'emblée et de manière explicite et définitive, son exercice à un corps professionnel particulier. Cette disposition fait simplement référence à « l'activité physique adaptée ». En conséquence, pour la détermination des conditions de sa dispensation et des intervenants habilités à la dispenser, le législateur renvoie à un décret. En cela, cette disposition est novatrice et ouvre la voie à une nouvelle manière d'appréhender les activités de santé, qui ne semblent plus pouvoir être appréciées uniquement dans leur seule dimension professionnelle et à l'aune de leur lien infrangible avec l'activité médicale.

1094- Toutefois, d'aucuns ne manqueront pas d'objecter que les prises en charge correspondantes sont nécessairement initiées par des prescriptions restées aux mains des Docteurs en médecine, dont il résulterait que ce cadre légal ne constitue pas un véritable bouleversement dans la manière de concevoir les activités de santé. Cependant, il devra leur être opposé que cette soumission médicale a été une condition indispensable à l'intégration de l'Activité Physique Adaptée dans le Code de la santé publique, à une date où seule existait encore la discipline médicale. Cette condition témoigne en outre de la réticence des parlementaires défenseurs de la prééminence médicale à laisser s'établir au sein du système de santé une activité qui échappe, de près ou de loin, au contrôle des Docteurs en médecine.

1095- Doit également être mentionnée la nouveauté qui réside dans l'emploi, au sein des articles correspondants, de formules telles que « la pratique de la masso-kinésithérapie », « la pratique de l'orthophonie » et « le pratique de l'orthoptie »[1199]. La suppression de la mention « la profession de » a manifestement bouleversé les règles préétablies, incite à se défaire de la conception exclusivement professionnelle de ces activités de santé et invite à fonder celles-ci également sur des éléments issus de leur dimension disciplinaire. Cependant, au sein du Code de la santé publique, ces aspects

[1199] Respectivement au sein des articles L. 4321-1, L. 4341-1 et L. 4342-1 du Code de la santé publique.

disciplinaires paramédicaux ne sont actuellement pas encore déterminés et se caractérisent surtout par leur mise en perspective avec la médecine, c'est-à-dire de manière négative.

1096- Il ne peut être pensé que cette distinction entre le champ disciplinaire médicale et les champs disciplinaires paramédicaux, qui nécessitent d'être déterminés et consacrés, s'opère sans difficulté et révolutionne prochainement la manière dont sont appréhendées les activités de santé. En effet, la conception originelle de ces activités est profondément ancrée dans la logique et les habitudes des pouvoirs publics. Il n'y a qu'à analyser le cadre légal de l'exercice en pratique avancée[1200] pour saisir combien le législateur a bien pris le soin d'empêcher toute analyse de cette pratique comme étant constitutive de la mise en œuvre de savoirs paramédicaux. Cette nouvelle modalité d'exercice représente indéniablement une avancée intéressante pour les corps professionnels qui y ont accès[1201]. Elle institue cependant un exercice médical *a minima* et non un exercice paramédical *a maxima*. En ce sens, l'exercice en pratique avancée opère le transfert d'actes médicaux vers des professionnels paramédicaux, qui, dans les faits, exécutent donc des actes et mobilisent des savoirs médicaux. Dès lors ne peut pas être affirmé que ce dispositif permette l'érection et la formalisation de savoirs paramédicaux spécifiques !

1097- En tout état de cause, l'octroi de nouvelles prérogatives aux professionnels paramédicaux ne saurait emporter par lui-même la remise en cause de la prééminence des membres du corps médical sur l'ensemble des actes et des savoirs mis en œuvre dans le système de santé.

b) Une organisation des activités de santé garantissant la pérennité de la prééminence médicale

1098- La difficulté d'appréhender les activités de santé paramédicales autrement qu'au travers de leurs exercices professionnels réside notamment dans l'inexistence de champs disciplinaires qui leur correspondent[1202]. Ainsi, si l'organisation actuelle des activités de santé, telle qu'elle transparaît de l'étude du Code de la santé publique, reste centrée autour du champ disciplinaire médical, c'est notamment que celui-ci est le seul. La consécration d'un champ disciplinaire autre que la médecine ne peut donc pas être opérée sans que ne soit remise en question cette unicité du champ disciplinaire médical et la prééminence des Docteurs en médecine dans l'organisation du système de santé.

[1200] Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée, JORF n° 164 du 19 juillet 2018, texte n° 42.

[1201] Soit, pour le moment, uniquement les infirmiers.

[1202] S'il est mis à part, depuis le 30 octobre 2019, l'activité infirmière.

1099- Afin de convaincre de la véracité de cette dernière affirmation, il est proposé de mettre en exergue, dans un premier temps, l'unicité actuelle du champ disciplinaire qu'est la médecine (1), avant de présenter, dans un second temps, en quoi cette unicité a jusqu'alors assuré la prééminence des membres du corps médical dans l'organisation du système de santé (2).

1. Une organisation marquée par l'unicité du champ disciplinaire en santé

1100- Jusqu'alors, toutes les connaissances rattachées aux soins en santé étaient de nature médicale. Il ne pouvait en être autrement, puisque le seul champ disciplinaire en santé trouvant à s'appliquer était la médecine. Au cours de son histoire, cette dernière a progressivement phagocyté, une à une, toutes les pratiques réalisées sur le corps d'autrui supposées produire un effet sur la santé, ainsi que les savoirs correspondants. Si certaines pratiques sont finalement sorties, en tout ou partie du giron médical, c'est notamment en raison des difficultés à établir, pour celles-ci, des fondements scientifiques avérés. D'ailleurs, sur ces pratiques, les membres du corps médical ne manquent jamais de jeter le discrédit[1203].

1101- Cette unicité marque encore aujourd'hui profondément l'organisation des activités de santé. Ainsi, si l'étude du sommaire du Code de la santé publique permet de relever 26 occurrences renvoyant à un champ disciplinaire particulier, toutes correspondent, sans exception, au champ médical. Pareille analyse conduite dans le corps du code considéré révèle 226 occurrences[1204] issues de la racine « disciplin- »[1205]. De l'examen de celles-ci, il ressort qu'il existe plusieurs disciplines médicales, mais aucune discipline paramédicale.

1102- D'aucuns ne manqueront alors pas de relever qu'ont été consacrées au cours de l'année 2019, dans les suites du rapport de Stéphane LE BOULER[1206], les Sciences infirmières[1207] et les Sciences de la rééducation et de la réadaptation[1208]. Ainsi, selon eux, l'affirmation de l'unicité du champ disciplinaire en santé qu'est la médecine pourrait ne plus être recevable. Cette réflexion peut se comprendre. Elle n'est pas pour autant totalement juste. En effet, cette analyse met justement en exergue la distinction à opérer entre le champ disciplinaire qui trouve effectivement à s'appliquer

[1203] À titre d'exemple, il peut être mentionné l'ostéopathie pratiquée par des praticiens qui ne sont pas Docteurs en médecine.

[1204] Pour plus de précisions sur cette analyse, *cf.* développement n° 1040, p. 367.

[1205] Ce choix peut être discuté.

[1206] LE BOULER Stéphane, *op. cit.*

[1207] Décret n° 2019-1107 du 30 octobre 2019, *op. cit.*

[1208] *Ibid.*

dans le système de santé, dans le cadre des activités de santé, et les champs disciplinaires supposés consacrés, dont la mise en application pose aujourd'hui question.

1103- En tout état de cause, l'unique champ disciplinaire en santé qui trouve aujourd'hui application concrète dans le système de santé est la médecine. Cette unicité justifie pleinement la prééminence, et sa pérennité, des Docteurs en médecine sur l'ensemble des éléments qui constituent le système de santé.

2. Une unicité fondatrice de la prééminence du corps médical

1104- L'unicité du champ disciplinaire en santé qui trouve application dans notre système de santé explique manifestement la prééminence des Docteurs en médecine et le contrôle que ceux-ci exercent sur les champs professionnels de leurs subordonnés.

1105- Afin d'étayer ce propos, peut être rappelé le rôle consultatif confié à l'Académie nationale de médecine, appelée à connaître de tout projet de décret relatif à la définition des actes professionnels paramédicaux, tels que les actes exercés dans le cadre de la pratique de la masso-kinésithérapie, de la psychomotricité, de l'ergothérapie, de l'orthophonie et de l'orthoptie[1209]. Or, à titre d'exemple, à l'occasion du renouvellement de la lettre de l'article L. 4321-1 du Code de la santé publique, opéré par la loi du 26 janvier 2016, le législateur aurait très bien pu confier à différentes instances le soin de donner leurs avis sur les projets de décrets intéressant la définition des actes professionnels, telles que le Conseil national de l'Ordre ou le Haut conseil des professions paramédicales, dont les missions comprennent justement la promotion d'« une réflexion interprofessionnelle sur : a) Les conditions d'exercice des professions paramédicales, l'évolution de leurs métiers, la coopération entre les professionnels de santé et la répartition de leurs compétences »[1210]. Or, bien que ces instances semblent bien plus compétentes pour formuler un avis circonstancié sur les pratiques masso-kinésithérapiques, la primauté de l'Académie nationale de médecine a une nouvelle fois été garantie. Dans une certaine mesure, cela peut paraître logique, puisque le seul champ disciplinaire actuel en santé reste la médecine !

1106- D'un point de vue pratique, la prééminence des Docteurs en médecine sur tous les soins

[1209] Respectivement au sein des articles L. 4321-1, L. 4331-1, L. 4332-1, L. 4341-1, L. 4342-1 du Code de la santé publique. L'avis de l'Académie nationale de médecine quant à la définition des actes des manipulateurs d'électroradiologie médicale et des assistants dentaires peut être regardé comme légitime, puisque ces auxiliaires médicaux réalisent des actes techniques appartenant incontestablement au champ disciplinaire médical.

[1210] Article D. 4381-1 du Code de la santé publique. Cette disposition est manifestement marquée du sceau du paradigme professionnel et constitue un exemple manifeste de la scission existante entre les champs professionnels et le champ disciplinaire correspondant, lequel est, en toutes circonstances, considéré comme faisant partie intégrante de la médecine.

dispensés et activités exercées dans le système de santé a déjà été traitée en de nombreux endroits de cette thèse. Pour rappel, cette prééminence n'a jamais été véritablement remise en question[1211]. Pour un exemple circonstancié, la prescription médicale ayant pour objet d'ordonner une prise en charge paramédicale n'a plus à être ni quantitative ni qualitative depuis le 22 février 2000[1212]. Reste néanmoins en vigueur une règle conventionnelle de la Nomenclature des actes professionnels pris en charge par l'Assurance maladie[1213] en vertu de laquelle toute précision quantitative ou qualitative du médecin s'impose dans tous les cas au professionnel réalisant la prise en charge. La prééminence médicale trouve ici une expression juridique totalement contraire à la hiérarchie des normes. Pour autant, aux yeux de l'Assurance maladie, cette règle est parfaitement justifiée, en ce que seuls les médecins ont la parfaite maîtrise du champ disciplinaire en santé.

1107- En conclusion, l'unique champ disciplinaire qui trouve à s'appliquer dans le système de santé est la médecine. Cela explique parfaitement que l'organisation des activités de santé reste marquée du sceau du paradigme professionnel et prend ainsi la forme d'une organisation des professions de santé. Au sein de celle-ci, le médecin joue un rôle capital. Il est dès lors logique que ses auxiliaires gravitent autour de lui et subissent le diktat de l'autorité médicale.

1108- Ainsi, pour que des champs disciplinaires paramédicaux puissent être consacrés et trouver à s'appliquer dans notre système de santé, les pouvoirs publics doivent préalablement abandonner la manière désuète dont ils ont toujours appréhendé les activités de santé. D'ailleurs, cette manière n'est pas exempte d'inconvénients. Ceux-ci peuvent notamment être mis en exergue par l'étude des réformes qui ont jusqu'alors été menées dans l'organisation des professions de santé.

B. Les inconvénients des réformes successives fondées sur le paradigme professionnel

1109- Les réformes de l'organisation des professions de santé ne se sont jusqu'alors intéressées qu'à modifier, de manière très ponctuelle et avec une efficacité toute relative, les domaines de compétences des corps paramédicaux. Exposer les inconvénients que présentent de telles réformes, notamment par la mise en exergue de leurs caractéristiques essentielles, permet de démontrer le caractère pernicieux de l'organisation qui reste fondée sur le paradigme professionnel et de justifier

[1211] Tel que le souligne Romain MARIÉ. Pour plus de prévisions, *cf.* MARIÉ Romain, « À la recherche d'une plus grande transversalité des formations et des métiers de la santé », *RDSS*, 2019, p. 74.

[1212] Arrêté du 22 février 2000 modifiant l'arrêté du 6 janvier 1962 fixant 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, *op. cit.*

[1213] Assurance maladie, *Nomenclature générale des actes professionnels*, *op. cit.*

de la nécessité d'engager la détermination et la consécration, pour les activités de santé paramédicales, de champs disciplinaires propres.

1110- Il importe donc de se pencher, dans un premier temps, sur le caractère conjoncturel de ces réformes, qui ne produisent vraisemblablement que peu d'effet sur l'inertie de l'organisation des activités de santé (a), avant de s'arrêter, dans un second temps, sur l'aspect fragmentaire de ces réformes, qui induisent la confusion et une situation de concurrence entre les corps professionnels circonvoisins (b).

a) Des réformes conjoncturelles sans effet sur l'inertie organisationnelle

1111- Les réformes des activités de santé visent essentiellement, dans la plupart des cas, à apporter une réponse efficace au manque d'efficience de notre système de santé et en assurer la pérennité. En effet, cette problématique, qui tend à se cristalliser dans le temps, incite les pouvoirs publics à rechercher sans cesse de nouvelles solutions et innover en matière de modalités d'exercice des professions de santé. Ce faisant, ils ne remettent jamais véritablement en question les fondements mêmes de l'organisation des activités de santé. Ils semblent se satisfaire de mesures conjoncturelles, qui apparaissent bien insusceptibles de vaincre l'inertie organisationnelle.

1112- Il convient ainsi de démontrer que les réformes qui concernent l'organisation des activités de santé sont fondées sur le paradigme professionnel et possèdent un caractère conjoncturel. En ce sens, elles ne produisent pas d'effet significatif sur la structure de l'organisation considérée et ne font ainsi que conforter ou modifier les champs professionnels attribués aux différents corps paramédicaux.

1113- Le caractère des réformes opérant la modification des champs des professionnels de santé doit ainsi être étudié. Cependant, la temporalité des problématiques rencontrées par notre système de santé peut venir troubler la compréhension de l'argumentaire ici développé. En ce sens, les problématiques en santé présentent la plupart du temps une temporalité étendue[1214] et peuvent même, pour certaines, être considérées comme chroniques, ce qui permettrait de penser que seules peuvent constituer des réponses efficaces à celles-ci des mesures structurelles et les mesures mises en œuvre par les pouvoirs publics possèdent nécessairement cette qualité. Or, cela n'est pas le cas.

[1214] Un contre-exemple patent réside dans la survenue de la crise sanitaire provoquée par le virus Covid-19. Il doit toutefois être précisé que ce propos concerne essentiellement les problématiques dont un des facteurs de résolution, plus ou moins directe, peut être l'organisation des activités dispensées dans le système de santé. Il ne peut qu'être admis que la crise ici évoquée n'a nullement obligé à une réorganisation en urgence des champs professionnels des différents praticiens confrontés aux patients pris en charge en raison du virus en question, même si certains ont bénéficié à l'occasion de celle-ci de prérogatives nouvelles.

Chronicité et conjoncture ne sont pas incompatibles et une problématique chronique n'appelle pas nécessairement une réponse de nature structurelle.

1114- Afin de répondre à la question du caractère des réformes ayant pour objet les champs des professionnels de santé, peut être prise pour exemple la profession de masseur-kinésithérapeute. Si celle-ci est consacrée en 1946, une première révision de la définition du domaine de compétences du masseur-kinésithérapeute est réalisée par loi du 4 mars 2002[1215], qui habilite ce professionnel à « prescrire, sauf indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux nécessaires à l'exercice de [...] (sa) profession ». La question de la nature de la réforme entreprise se pose. Est-il possible d'y voir une réforme structurelle ? Une réponse négative semble se dessiner, dans la mesure où cette réforme ne se limite qu'à confier au masseur-kinésithérapeute une prérogative spécifique et limitée. Cependant, pour répondre avec certitude, il convient de rechercher l'objectif poursuivi par les rédacteurs de l'amendement, présenté le 4 octobre 2001 devant l'Assemblée nationale, qui est à l'origine de cette disposition législative.

1115- À cette date, le ministre en exercice délégué à la Santé fait valoir, aux fins de justifier cette « extension de prérogative, » qu'« il était (dans un rapport de 1998) suggéré de renforcer la responsabilisation de ces professionnels ainsi que leur participation au fonctionnement du système de santé. Cette responsabilité passe par une reconnaissance accrue de leurs compétences et de l'autonomie dans l'exercice de celles-ci »[1216]. Cette justification à cela de remarquable qu'elle met parfaitement en exergue le mécanisme intellectuel des pouvoirs publics, qui ne font que conforter les compétences que les corps des professionnels de santé ont su développer dans leur pratique quotidienne, souvent au-delà du cadre réglementaire de leur exercice[1217], plutôt que leur confier de nouvelles. En effet, les masseurs-kinésithérapeutes préconisaient déjà avant 2002 à leurs patients, dans un certain nombre de cas, le port d'une orthèse ou d'une attelle. Cependant, aux fins de prescription, les patients concernés devaient obligatoirement consulter à nouveau leurs médecins traitants. Ce droit de prescription accordé au masseur-kinésithérapeute possède indéniablement une visée économique, puisqu'il permet d'éviter une consultation médicale qui peut être évitée. Par ailleurs, dans la mesure où l'exercice effectif précède ici sa consécration légale, peut-il être évoqué autre chose qu'une réforme de nature conjoncturelle ?

[1215] Article 48 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, *op. cit.*

[1216] Assemblée nationale, *Débats parlementaires, Compte rendu intégral des séances, Session ordinaire, 2e séance du mardi 4 octobre 2001*, JO A.N. n° 64 [2] du 5 octobre 2001, p. 5520.

[1217] Bien avant l'année 2002, les masseurs-kinésithérapeutes en exercice conseillaient déjà à certains de leurs patients l'acquisition de divers dispositifs médicaux, tels qu'une canne ou une attelle de cheville. Toutefois, les usagers du système de santé devaient, à ce moment-là, nécessairement retourner auprès de leur médecin traitant afin de bénéficier d'une prescription médicale. Manifestement, l'octroi d'un droit de prescription au masseur-kinésithérapeute vise la réalisation d'économies en matière de santé.

1116- Toutefois, à titre de contre-exemple, d'aucuns pourront relever que la loi du 26 janvier 2016 a confié au corps des masseurs-kinésithérapeutes une prérogative nouvelle, dont ceux-ci ne faisaient aucunement usage auparavant, que ce soit de manière directe ou indirecte. En effet, depuis cette date, il est permis au masseur-kinésithérapeute de prescrire à ses patients qui en font la demande des substituts nicotiniques. Cependant, l'importance de cette prérogative peut être nuancée. Elle ne nécessite aucune expertise particulière et possède une incidence essentiellement administrative, puisqu'elle permet surtout la mise en œuvre à moindre coût d'une politique de santé, en l'espèce la lutte contre le tabagisme.

1117- Par ailleurs, si la loi de janvier 2016[1218] marque une rupture dans l'histoire de la profession de masseur-kinésithérapeute, en ce qu'elle transforme le domaine de compétences de ce professionnel et lui confie des missions propres à permettre de considérer que l'activité de santé correspondante a été structurellement modifiée, elle n'invalide pas pour autant à elle seule l'affirmation d'une inertie organisationnelle. La temporalité revêt ici une importance particulière. En effet, dans la mesure où ce remaniement substantiel de la masso-kinésithérapie est survenu au bout de soixante-dix ans, ne caractérise-t-il pas plutôt l'inertie dénoncée ? N'est aucunement dénoncé ici un immobilisme des pouvoirs publics. Ceux-ci semblent avoir en la matière assez peu d'alternatives. Cependant, il est regrettable qu'ils ne puissent pas mettre en œuvre une réforme structurelle complète des activités de santé, laquelle a d'ailleurs déjà été par le passé proposée.

1118- Il est notamment fait ici référence à la proposition formulée au sein du rapport rédigé par les membres de la mission présidée par Laurent HÉNART[1219]. La création de métiers intermédiaire en santé est effectivement regardée par beaucoup comme une réponse pertinente aux besoins en santé constatés. Toutefois, cette création appelle nécessairement, de manière préalable, des réformes des organisations des professions de santé et de la dispensation des soins en santé[1220]. Les réformes préalables présentées dans cette thèse seraient structurelles, dans la mesure où elles viseraient à modifier la manière dont est structurée l'organisation du système de santé.

1119- Le caractère conjoncturel des réformes fondées sur le paradigme professionnel a ainsi été démontré. Il convient maintenant d'exposer en quoi ces réformes doivent être considérées comme marquée également d'un caractère fragmentaire.

[1218] Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, *op. cit.*

[1219] Pour l'étude du rapport de la mission présidée par Laurent HÉNART, *cf.* Section 1 : Une proposition doctrinale fondamentale, p. 228.

[1220] Pour l'étude des réformes préconisées, *cf.* Section 2 : La création effective de métiers en santé de niveau intermédiaire conditionnée par une réforme préalable et substantielle de l'organisation du système de santé, p. 264.

b) Des réformes fragmentaires à l'origine de confusions et de situations de concurrence

1120- Démontrer le caractère fragmentaire des réformes fondées sur le paradigme professionnel oblige, au préalable, à définir ce à quoi peut correspondre, dans ce cas particulier, un caractère « fragmentaire ». Or, l'adjectif considéré peut qualifier une réforme qui ne concerne qu'une partie des champs d'un seul et même corps professionnel, mais également une réforme qui ne s'attache à modifier qu'une activité de santé sans prendre en considération l'organisation des activités de santé dans son ensemble. Ces deux hypothèses doivent par conséquent être traitées.

1121- La première hypothèse concerne le caractère fragmentaire des réformes ayant pour objet une seule et même profession de santé. Celui-ci n'est aucunement difficile à démontrer. Pour cela, il suffit de prendre un exemple, tel que celui des réformes relatives à la profession d'infirmier. En effet, l'article du Code de la santé publique définissant le domaine de compétences de l'infirmier a été revisité, depuis la réorganisation de ce code en juin 2000[1221], à neuf reprises[1222]. Considérant que la première réforme est intervenue en décembre 2006, la fréquence de modification du domaine de compétences correspondant peut être évaluée à près d'une fois toutes les années et demie[1223], ce qui révèle, dans une certaine mesure, le caractère fragmentaire de ces réformes opérées.

1122- Un autre exemple réside dans la réforme de la profession de masseur-kinésithérapeute. En effet, celui-ci s'est vu octroyer un droit de prescription limité à une liste de dispositifs médicaux[1224], avant que ne soit totalement réformé, quatorze ans plus tard, son domaine de compétences[1225]. D'aucuns relèveront alors : comment prétendre à une modification fragmentaire tout en affirmant la refonte complète d'un domaine professionnel ? Pour répondre à cela, il convient d'analyser la lettre de l'article L. 4321-1 du Code de la santé publique, dans sa nouvelle rédaction, et démontrer que peu de ses éléments constitutifs possèdent un réel aspect novateur. À cet égard, « le diagnostic kinésithérapique » figurait déjà dans le cadre réglementaire d'exercice du masseur-kinésithérapeute, notamment sous la forme d'« un bilan diagnostic kinésithérapique »[1226]. Également, la formulation du « traitement […] des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles » reprend en partie des formules éparses présentes dans la lettre de l'article R. 4321-1 du même code, selon

[1221] Ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000, *op. cit.*

[1222] Soit en décembre 2006, décembre 2007, juillet 2009, mai 2011, mai 2012, décembre 2012, janvier 2016, mai 2017 et juillet 2019.

[1223] Aux fins de calcul, il a été établi le rapport entre le nombre de fois que l'article en question a été modifié depuis 2006, c'est-à-dire huit fois, et le nombre d'années écoulées durant cette période, soit quatorze.

[1224] Article 48 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, *op. cit.*

[1225] Article 123 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, *op. cit.*

[1226] Selon l'article R. 4321-2 du Code de la santé publique, « dans le cadre de la prescription médicale, il établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés ».

lequel « la masso-kinésithérapie consiste en des actes [...] qui ont pour but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer ». La loi du 26 janvier 2016 a ainsi rénové le domaine de compétences du masseur-kinésithérapeute en transposant des éléments essentiels de l'exercice professionnel de la partie réglementaire dans la partie législative du Code de la santé publique.

1123- La seconde hypothèse intéresse la réforme qui concerne une activité sans prendre en compte l'ensemble de l'organisation des activités de santé. Considérant que le fragment est défini comme le « petit élément d'un ensemble »[1227] et les corps professionnels sont les éléments constitutifs d'une organisation déterminée, toute réforme ayant pour objet de modifier les champs professionnels d'un ou plusieurs corps professionnels sans prendre en compte l'ensemble des compétences confiées à l'ensemble des corps intervenants dans le secteur de la santé présente un caractère manifestement fragmentaire. Or, puisqu'aucune réforme ne s'est jamais attachée à réorganiser, dans un seul et même temps, l'ensemble des activités de santé, la question se déporte sur la temporalité des réformes successives instituées au cours des dernières décennies. Leur application dans un temps relativement court donnerait l'apparence d'une cohérence d'ensemble. Or, ne peut être constatée que la dispersion temporelle des mesures entreprises sur les champs professionnels considérés. S'il n'est fait égard qu'aux seuls domaines de compétences, il peut être relevé que les réformes mises en œuvre depuis la refonte du Code de la santé publique concernent respectivement un seul corps professionnel en 2005[1228], un en 2007[1229], trois en 2009[1230], un en 2010[1231], trois en 2016[1232], deux en 2017[1233], un en 2018[1234], trois en 2019[1235] et trois en 2021[1236].

1124- Toutefois, une dynamique réformatrice d'ensemble tend progressivement à s'amorcer. En effet, les pouvoirs publics se penchent de plus en plus fréquemment sur la question de la définition

[1227] Centre national de ressources textuelles et lexicales, *Fragment* [en ligne], [consulté le 21 mai 2020], http://www.cnrtl.fr/definition/fragment/

[1228] À savoir celui de la profession d'audioprothésiste défini à l'article L. 4361-1 du Code de la santé publique.

[1229] À savoir celui de la profession de diététicien défini à l'article L. 4371-1 du Code de la santé publique.

[1230] À savoir ceux de la profession d'aide-soignant, d'auxiliaire de puériculture et d'ambulancier, définis, respectivement, aux articles L. 4391-1, L. 4392-1 et L. 4393-1 du Code de la santé publique.

[1231] À savoir celui de la profession d'opticien-lunetier, défini à l'article L. 4362-1 du Code de la santé publique.

[1232] À savoir ceux de la profession de masseur-kinésithérapeute, d'orthophoniste et d'assistant dentaire, définis, respectivement, aux articles L. 4321-1, L. 4341-1 et L. 4393-8 du Code de la santé publique.

[1233] À savoir ceux de la profession de manipulateur en électroradiologie médicale et de prothésiste et orthésiste, définis, respectivement, aux articles L. 4351-1, L. 4364-1 et L. 4393-8 du Code de la santé publique.

[1234] À savoir celui de la profession de technicien de laboratoire médical, défini à l'article L. 4352-1 du Code de la santé publique.

[1235] À savoir ceux de la profession d'infirmier, de pédicure-podologue et d'orthoptiste, définis, respectivement, aux articles L. 4311-1, L. 4322-1 et L. 4342-1 du Code de la santé publique.

[1236] À savoir ceux de la profession de masseur-kinésithérapeute, d'ergothérapeute et d'orthophoniste, définis, respectivement, aux articles L. 4321-1, L. 4331-1 et L. 4341-1 du Code de la santé publique.

des domaines de compétences des professionnels paramédicaux, ce qui semble confirmer la prise de conscience du manque d'efficience de l'organisation des activités de santé. Il n'est cependant pas certain que les pouvoirs publics acceptent de reconnaître la confusion et la concurrence qui résultent des réformes professionnelles qu'ils ont eux-mêmes menées. L'extension progressive des différents champs professionnels, notamment en vue d'apporter une réponse aux difficultés rencontrées par l'organisation de la dispensation des soins en santé, a en effet produit des effets bien délétères sur les rapports entretenus par les corps de professionnels de santé. Afin d'expliciter ce propos, deux arguments peuvent être présentés.

1125- Le premier argument réside dans le choix du corps professionnel dont l'évolution des champs peut permettre de répondre aux besoins conjoncturels constatés. L'arbitrage opéré par les pouvoirs publics exprime inévitablement un rapport de force politique entre les organisations représentatives des corps professionnels considérés. Dès lors, ces organisations restent préoccupées par la nécessité de créer et entretenir les liens avec les représentants politiques les plus à même de servir à bien leur dessein, souvent au détriment d'un investissement dans les liens interprofessionnels, pourtant si nécessaires aux actions coordonnées des différents professionnels de santé.

1126- Le second argument consiste dans les chevauchements des champs professionnels qui résultent des réformes professionnelles successives. Comment peut-on espérer que cela n'ait pas lieu, alors que les pouvoirs publics déterminent aujourd'hui les domaines de compétences à l'aide de notions très larges, qui ne peuvent aucunement permettre de distinguer ceux-ci des domaines circonvoisins ? Chacun des corps professionnels est ainsi exposé, ou le sera prochainement, à des empiétements sur ses compétences originelles, alors même que lui sont attribuées des compétences exercées déjà par d'autres. Cette situation devrait se majorer sous l'influence de différents facteurs, dont la conception absolutiste du décloisonnement que certains doctrinaires ne manqueront pas d'appeler à mettre en œuvre[1237]. À terme, outre la confusion dans l'organisation des activités de santé, une concurrence devrait se cristalliser entre les différents corps professionnels, désireux d'asseoir leur prééminence sur l'exercice de compétences déterminées.

1127- Dans ces conditions, comment espérer la participation des différents corps professionnels aux grandes évolutions de notre système de santé ? En mettant en œuvre des réformes fragmentaires faisant fi de la cohérence d'ensemble et en instituant une organisation concurrentielle, ces réformes participent au repli des corps professionnels sur eux-mêmes. Chacun reste concentré sur la défense de ses intérêts propres, sans s'interroger sur les actions coordonnées auxquelles il pourrait, dans le

[1237] Pour une présentation succincte du courant doctrinal en faveur du décloisonnement, *cf.* 2. L'exacerbation possible des chevauchements des champs professionnels, p. 414.

concert des autres corps professionnels, participer.

1128- Les réformes des activités de santé fondées sur le paradigme professionnel présentent ainsi un caractère conjoncturel et fragmentaire, qui nuit considérablement à la restauration de l'efficience de notre système de santé. À cet effet, il faudrait tout d'abord que les pouvoirs publics abandonnent la manière désuète dont ils ont toujours appréhendé les activités en santé, c'est-à-dire uniquement au travers des exercices professionnels, et acceptent d'instituer des champs disciplinaires spécifiques aux différentes activités. En ce qui concerne un champ disciplinaire qui serait spécifique à la masso-kinésithérapie, celui-ci reste aujourd'hui requis, malgré la création des Sciences de la rééducation et de la réadaptation.

Paragraphe 2 : Une consécration préconisée en dépit de la création récente des Sciences de la rééducation et de la réadaptation

1129- L'inscription récente des Sciences de la rééducation et de la réadaptation à la 91e section du Conseil national des universités[1238] (CNU) peut sembler *a priori* contrarier la thèse d'une nécessaire consécration d'un champ disciplinaire spécifique à la masso-kinésithérapie. Ainsi, afin de clarifier ce point, sont étudiées ces Sciences, qui constituent manifestement un cadre disciplinaire voué à agréger l'ensemble des savoirs relatifs à la rééducation et à la réadaptation. Or, l'analyse conduite révèle que celles-ci sont grevées d'insuffisances notables, qui obligent à considérer qu'elles ne peuvent en elles-mêmes pallier la carence d'un champ disciplinaire masso-kinésithérapique.

1130- Il importe ainsi de préciser, dans un premier temps, les incertitudes qui peuvent être émises quant à la consistance des Sciences de la rééducation et de la réadaptation (A), puis d'exposer, dans un second temps, les limites des Sciences considérées (B).

A. La consistance incertaine des Sciences de la rééducation et de la réadaptation

1131- La consécration des Sciences de la rééducation et de la réadaptation au mois d'octobre 2019 a été saluée par les différents corps paramédicaux, qui ont vu en celle-ci la juste reconnaissance, par les pouvoirs publics, de leur expertise en santé et de la qualité de leurs savoirs. Pour eux, la création de cette nouvelle discipline en santé a emporté de manière automatique l'institution de champs disciplinaires propres à chacun. Pourtant, ces Sciences, dont la consistance reste encore incertaine, semblent plutôt vouées à agréger l'ensemble des « savoirs disciplinaires » relatifs à la rééducation et à la réadaptation, sans attribuer spécifiquement ces derniers à des champs disciplinaires particuliers.

1132- Afin d'exposer ce point, seront explorées, successivement, la composition des Sciences de la rééducation et de la réadaptation (1), puis les différentes conceptions dont celles-ci peuvent faire l'objet (2).

[1238] Décret no 2019-1107 du 30 octobre 2019, *op. cit.*

a) La composition des Sciences de la rééducation et de la réadaptation

1133- La question de la composition des Sciences de la rééducation et de la réadaptation apparaît pertinente, puisqu'il peut être *a priori* supposé que ce nouveau cadre disciplinaire, voué à agréger en son sein l'ensemble des savoirs en lien avec la rééducation et la réadaptation, dont font partie logiquement les savoirs masso-kinésithérapiques. Si l'étude de ces Sciences doit donc être réalisée, elle ne peut l'être que de manière indirecte. En effet, dans la mesure où ces Sciences ne peuvent pas être appréhendées d'un point de vue matériel, c'est-à-dire à l'aune des savoirs qui en constituent l'essence, puisque ceux-ci n'ont pas été encore déterminés, il convient de se résoudre à les aborder d'un point de vue organique, autrement dit au travers de la qualité des membres qui composent la section CNU correspondante.

1134- Il importe dès lors de démontrer, dans un premier temps, que la composition des Sciences de la rééducation et de la réadaptation reste incertaine (1), avant de présenter, dans un second temps, les suppositions qui peuvent être formulées à ce sujet, en vertu de la qualité des membres des représentants de cette section du Conseil national des universités (2).

1. Les incertitudes relatives à la composition des Sciences de la réadaptation

1135- Le 30 octobre 2019 ont été créées les Sciences infirmières et les Sciences de la rééducation et de la réadaptation, qui constituent explicitement de nouvelles disciplines de santé. Manifestement, les Sciences de la rééducation et de la réadaptation ne possèdent aucunement l'unité intrinsèque des Sciences infirmières. Elles semblent plutôt constituées de savoirs disciplinaires divers, dont il peut être pensé qu'ils correspondent à certaines activités de santé paramédicales.

1136- Afin de circonscrire au mieux les Sciences considérées, doit être dans un premier temps recherché ce à quoi renvoient, au sein du Code de la santé publique, les vocables « rééducation » et « réadaptation ». L'étude de la partie législative de ce code permet de révéler 16 occurrences du vocable « rééducation », notamment dans des dispositions relatives aux masseurs-kinésithérapeutes, aux ergothérapeutes, aux psychomotriciens, aux orthophonistes et aux diététiciens[1239]. Le vocable « réadaptation » est, quant à lui, plus fréquent, dans la mesure où il figure dans la qualification d'établissements de soins dits de « soins de suite et réadaptation ». Par contre, dans son application aux professions de santé, il n'apparaît qu'au sein de la lettre de l'article L. 4331-5 du Code de la santé publique, lequel est relatif à l'ergothérapeute. L'étude de ce code laisse ainsi penser que ces

[1239] Respectivement aux articles L. 4321-1, l. 4331-1, L. L. 4332-1, L. 4334-5, L. 4371-1 du Code de la santé publique.

Sciences de la rééducation et de la réadaptation sont composées des savoirs disciplinaires qui correspondent à ces cinq activités de santé.

1137- Toutefois, la conclusion de cette analyse est contredite par la classification des « métiers de la rééducation » opérée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), qui adjoint à la liste précédente les professions de pédicure-podologue et d'orthoptiste[1240]. Cette classification est régulièrement reprise au sein des publications de nombreuses institutions publiques et semble ainsi devoir guider l'appréhension de la composition du cadre disciplinaire considéré. Cependant, dans la mesure où les membres de la DREES n'ont pris le soin de formuler qu'une liste des « métiers de la rééducation », sans y faire correspondre une liste des « métiers de la réadaptation », la question de la composition des Sciences de la rééducation et de la réadaptation reste pendante.

1138- La mention de « réadaptation » aux côtés de « rééducation » n'est en soi pas surprenante. La réadaptation constitue, selon la définition formulée par l'Académie nationale de médecine, une activité thérapeutique par laquelle est visée la « réinsertion socioprofessionnelle d'un ancien malade ou d'un handicapé physique ou psychique ou d'un mental (*sic*) après la mise en œuvre des actions thérapeutiques et rééducatives fonctionnelles et professionnelles »[1241]. Le lien ici établi, par l'autorité médicale, entre la rééducation et la réadaptation suffit en lui-même à considérer comme totalement justifiée la présence du vocable « réadaptation » dans l'intitulé de cette discipline de santé. Cependant, si les pouvoirs publics avaient réellement souhaité circonscrire ces Sciences aux seuls savoirs relatifs à des activités paramédicales, pourquoi n'ont-ils pas tout simplement créé les « Sciences paramédicales » ou les « Sciences paramédicales de la rééducation » ?

1139- Outre de ne pas être indispensable, l'emploi du vocable « réadaptation » trouble de manière manifeste l'appréhension qui peut être réalisée de la composition des Sciences en question. En effet, celles-ci semblent nécessairement partager des savoirs avec la sous-section « médecine physique et réadaptation » de la section n° 49 du CNU, qui dépend de la médecine[1242]. Par ailleurs, leurs limites devraient souffrir de l'extension prévisible des savoirs relatifs aux Activités Physiques Adaptées, qui possèdent une indéniable dimension réadaptative.

1140- La composition des Sciences de la rééducation et de la réadaptation apparaît donc aujourd'hui marquée de fortes incertitudes. Il faut espérer que l'étude de la qualité des membres nommés au

---

[1240] ROCHUT Julie, « Métiers de la rééducation : des professionnels toujours plus nombreux » , *Études & résultats, DREES*, octobre 2014, n° 895.

[1241] Académie nationale de médecine, *Dictionnaire, op. cit.*

[1242] Laquelle s'intitule d'ailleurs « pathologie nerveuse et musculaire, pathologie mentale, handicap et rééducation », ce qui ne permet aucunement de clarifier les limites des disciplines de santé en présence.

sein du Conseil national des universités puisse aider à les lever.

2. Une composition appréciée à l'aune de la qualité des représentants nommés au Conseil national des universités

1141- Quelques jours après l'inscription des Sciences de la rééducation et de la réadaptation au sein du Conseil national des universités[1243] (CNU), les pouvoirs publics procèdent à la nomination des membres des collèges représentatifs de la section[1244]. Sont nommés au collège des Professeurs des universités et assimilés le Professeur Jean-René CAZALETS, la Professeure Peggy GATIGNOL et la Professeure France MOUREY et siègent au collège des maîtres de conférences des universités et assimilés Chantal CHAVOIX, Anaïk PERROCHON et James RIVIÈRE.

1142- La qualité originelle de ces membres du corps des enseignants-chercheurs universitaires doit être étudiée, dans la mesure où elle constitue, en partie, la raison pour laquelle chacun d'entre eux a été nommé au sein de cette instance universitaire. Elle permet également de se faire une idée, de manière indirecte, de la composition des Sciences de la rééducation et de la réadaptation. En effet, puisque celles-ci ne possèdent aucunement l'unité intrinsèque des Sciences infirmières, une analogie entre la qualité originelle des membres nommés et la consistance de ce cadre disciplinaire semble pouvoir être opérée. Il convient, à titre liminaire, de préciser que la distinction entre les Professeurs des universités et les maîtres de conférence et assimilés n'est ici pas réalisée, dans la mesure où elle ne présente, dans ce cadre de cette étude, aucun intérêt.

1143- L'étude de la biographie du Professeur Jean-René CAZALETS révèle que celui-ci a validé en 1987 une thèse de doctorat en neurophysiologie et n'a jamais appartenu à un corps paramédical particulier. Par contre, l'analyse des *curricula vitae* des autres membres de la 91e section du Conseil national des universités s'avère plus instructive, car la Professeure Peggy GATIGNOL est titulaire du certificat de capacité d'orthophonie, la Professeure France MOUREY d'un diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, Chantal CHAVOIX d'un diplôme d'État d'ergothérapeute et James RIVIÈRE d'un diplôme d'État de psychomotricien. Se distingue Anaïk PERROCHON, titulaire d'un doctorat en Sciences et techniques des Activités Physiques et Sportives, mention Activités Physiques Adaptées.

1144- Cette énumération permet d'apporter un éclairage sur ce que semblent recouvrir les Sciences de la rééducation et de la réadaptation. En effet, si les pouvoirs publics avaient la possibilité, pour la

[1243] Décret no 2019-1107 du 30 octobre 2019, *op. cit.*

[1244] Arrêté du 6 décembre 2019 portant nomination au Conseil national des universités pour les disciplines de santé, JORF no 299 du 26 décembre 2019, texte no 143.

formalisation du contenu de celles-ci, de réunir six corps paramédicaux, ils ne l'ont fait de manière effective que pour quatre d'entre eux[1245]. Les raisons pour lesquelles en ont été exclus les corps des pédicures-podologues, des orthoptistes et des diététiciens se posent. Dès lors, l'appréhension de la composition du cadre disciplinaire considéré s'en trouve davantage troublée.

1145- Par ailleurs, la place hypothétiquement vouée à être occupée par l'Activité Physique Adaptée dans les Sciences de la rééducation et de la réadaptation peut vraisemblablement être interrogée. En effet, dans la mesure où Anaïk PERROCHON et la Professeure France MOUREY entretiennent tous deux des contacts étroits avec des laboratoires intégrés au sein d'UFR STAPS, il peut être attendu que le champ disciplinaire correspondant à l'Activité Physique Adaptée participe, de manière plus ou moins importante, à l'essor des Sciences en question.

1146- Par ailleurs, l'appréciation de la qualité des membres récemment qualifiés aux fonctions de maître de conférences ou de Professeur des universités pour la 91e section du CNU n'apporte pas plus d'éléments propres à appréhender avec assurance la détermination de la composition des Sciences de la rééducation et de la réadaptation. Sur vingt-sept qualifiés, deux sont issus du corps des orthophonistes, deux du corps des ergothérapeutes, deux du corps des psychomotriciens, un est enseignant en Activité Physique Adaptée et dix-huit sont à l'origine masseurs-kinésithérapeutes[1246].

1147- À l'issue de cette étude, la composition des Sciences de la rééducation et de la réadaptation reste marquée de fortes incertitudes. La question essentielle relative à la consistance de ces Sciences à laquelle il doit à présent être répondu est celle de la manière dont elles doivent être considérées. En ce sens, constituent-elles un cadre disciplinaire unitaire, au sein duquel se confondent les savoirs paramédicaux, sans qu'aucun champ élémentaire ne puisse se dessiner, ou sont-elles plurielles, ce qui implique que la création de cette section CNU a emporté automatiquement la consécration de champs disciplinaires unitaires paramédicaux ? En tout état de cause, ces manières de concevoir les Sciences de la rééducation et de la réadaptation doivent être étudiées.

[1245] À savoir ceux constitutifs des activités d'orthophonie, de masso-kinésithérapie, de psychomotricité et d'ergothérapie.

[1246] Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, *Qualification de droit commun, Liste des qualifiés 2020 aux fonctions de professeur des universités* [en ligne], publié le 25 septembre 2020, [consulté le 22 octobre 2020], https://www.galaxie.enseignementsup-recherche.gouv.fr/ensup/qualification/Resultats_2020/qualifiesPR2020.pdf/ ; Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, *Qualification de droit commun, Liste des qualifiés 2020 aux fonctions de maître de conférences* [en ligne], publié le 25 septembre 2020, [consulté le 22 octobre 2020], https://www.galaxie.enseignementsup-recherche.gouv.fr/ensup/qualification/Resultats_2020/qualifiesMCF2020.pdf/

b) Les différentes conceptions des Sciences de la rééducation et de la réadaptation

1148- Défendre la thèse d'une nécessaire création du champ disciplinaire masso-kinésithérapique oblige à vérifier, au préalable, que celui-ci n'existe pas d'ores et déjà. En ce sens, il pourrait être très bien pensé que l'inscription des Sciences de la rééducation et de la réadaptation à la 91e section du Conseil national des universités a impliqué, de manière implicite, la consécration en son sein de divers champs disciplinaires paramédicaux, dont celui masso-kinésithérapique.

1149- Afin d'infirmer cette hypothèse, il importe de se pencher sur la manière dont ces Sciences doivent être considérées et de les aborder, dans un premier temps, selon une conception moniste, laquelle invite à les appréhender comme constitutives d'un cadre disciplinaire unitaire dans lequel se confondent les différents savoirs paramédicaux (1), puis de s'attarder, dans un second temps, sur la conception pluraliste dont elles peuvent faire l'objet, conception qui incite à considérer que ces Sciences de la rééducation et de la réadaptation sont constituées de champs disciplinaires unitaires paramédicaux (2).

1. La conception moniste des Sciences de la rééducation et de la réadaptation

1150- La thèse d'une conception moniste des Sciences de la rééducation et de la réadaptation peut être étayée en trois points.

1151- Tout d'abord, peut être relevée l'unité apparente qui résulte de l'inscription de ces Sciences dans une seule et même section du Conseil national des universités (CNU). En effet, si les pouvoirs publics avaient réellement souhaité consacrer des champs disciplinaires paramédicaux distincts les uns des autres, ils auraient procédé tel qu'ils l'ont fait pour les Sciences infirmières, qui bénéficient d'une inscription propre à la 92e section, et auraient créé différentes sections CNU, relatives aux « Sciences masso-kinésithérapiques », « Sciences ergothérapiques », etc. Le pouvoir réglementaire conserve encore à ce jour la possibilité d'instituer des sous-sections qui correspondent aux champs paramédicaux à visée rééducative ou réadaptative, ce qui est susceptible de contrarier la thèse de la conception moniste des Sciences de la rééducation et de la réadaptation. Cependant, cette création ultérieure, bien qu'ouverte par le décret du 30 octobre 2019[1247], apparaît assez peu probable. Si une analogie est possible, peut être relevé qu'il n'existe à ce jour aucune sous-section dans les Sciences et techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS), alors que celles-ci ont inscrites à la 74e

[1247] L'article 3 du décret no 2019-1107 du 30 octobre 2019 précise en effet que « les sections (correspondant aux Sciences de la rééducation et de la réadaptation et aux Sciences infirmières) peuvent comprendre des sous-sections qui comportent, le cas échéant, des options ».

section du CNU en 1984[1248] et ont donné lieu, depuis, à plusieurs déclinaisons disciplinaires[1249].

1152- Par ailleurs, le vocable « Sciences » semble nécessairement pourvoir les savoirs constitutifs d'une cohésion, car il invite à considérer un socle de savoirs de nature scientifique qui ne peuvent être répartis entre les différents champs paramédicaux, puisque bien au-delà d'être communs à tous, ils en constituent naturellement les fondements. Dès lors, l'on pourrait considérer que les activités paramédicales concernées constituent dans les faits des applications professionnelles distinctes d'un seul et même champ disciplinaire, sans que l'existence de celles-ci ne remette en question par elle-même la cohésion et la cohérence de l'ensemble. L'analogie avec les STAPS trouve ici tout son sens, dans la mesure où la création des différentes déclinaisons que sont « Éducation et motricité », « Entraînement sportif », « Management du sport », « Ergonomie du sport et performance motrice » et « Activités Physiques Adaptées » n'a jamais remise en question l'unité de la discipline.

1153- Enfin, la conception moniste des Sciences de la rééducation et de la réadaptation présente des avantages majeurs. Elle incite à considérer le processus de consécration disciplinaire comme d'ores et déjà totalement abouti. *Exit* donc la question des spécificités des différents champs prenant part au cadre disciplinaire et la répartition subséquente des savoirs, susceptibles de constituer des enjeux de pouvoirs entre les différents groupes d'enseignants-chercheurs. L'adoption de la conception moniste inciterait ces derniers à faire converger leurs efforts vers un objectif commun, ce qui serait plutôt salutaire. En effet, leur cohésion apparaît comme une des conditions indispensables à la mise en œuvre efficace de la discipline, sa diffusion et son accueil apaisé dans les universités nationales.

1154- Les Sciences de la rééducation et de la réadaptation peuvent ainsi être appréhendées dans une conception moniste. Toutefois, elles peuvent également faire l'objet d'une conception pluraliste.

2. La conception pluraliste des Sciences de la rééducation et de la réadaptation

1155- Les Sciences de la rééducation et de la réadaptation apparaissent de prime abord caractérisées par leur pluralité. Il s'agit en effet de « Sciences », au pluriel, et non pas d'une science. La question des fondements respectifs des différentes Sciences constitutives se pose alors. En tout état de cause, ces éléments fondateurs ne peuvent être révélés que par la mise en exergue de ce qui distingue ces Sciences les unes des autres. Ne sauraient par conséquent être pris en compte les savoirs communs, qui correspondent aux différentes activités paramédicales et constituent vraisemblablement le socle

[1248] Arrêté du 6 février 1984 portant création d'un groupe XIV au sein du Conseil supérieur des universités, JORF n° 29 du 14 février 1984, p. 2564.

[1249] Pour des précisions sur ces déclinaisons, *cf.* 2. Un attribut extrinsèque tenant à la diversité des filières correspondantes, p. 142.

de la rééducation et de la réadaptation[1250].

1156- Dès lors, afin de soutenir la thèse de la conception pluraliste des Sciences de la rééducation et de la réadaptation, il doit être démontré que les savoirs relatifs à celles-ci ne sont pas tous communs et certains d'entre eux sont spécifiques à des activité particulières, rééducatives ou réadaptatives. Il peut déjà être souligné que ces Sciences agrègent, littéralement, différents savoirs susceptibles d'être rattachés à « la rééducation » et à « la réadaptation ». Ces vocables renvoient manifestement à deux visées thérapeutiques distinctes. D'ailleurs, dans son dictionnaire, l'Académie nationale de médecine formule pour chacun une définition précise. En conséquence, dans la mesure où ils ne sauraient être confondus, cette section CNU peut être considérée comme possédant *a minima* un aspect dual.

1157- Par ailleurs, l'étude du Code de la santé publique indique que chacun des champs que sont la rééducation et la réadaptation renvoie à des champs trouvant application dans le cadre d'exercices professionnels particuliers[1251]. Cette analyse est corroborée, entre autres, par la nomination au CNU de membres aux qualités originelles professionnelles variées. D'aucuns pourraient opposer que le pouvoir réglementaire n'a eu que peu de choix pour ces nominations. Cela n'est pas exact. Doit ainsi être plutôt salué le choix audacieux de ce dernier, qui a privilégié des enseignants-chercheurs issus des différents corps paramédicaux[1252]. Rien ne l'y obligeait.

1158- En conclusion, la conception moniste des Sciences de la rééducation et de la réadaptation semble devoir s'imposer. En effet, l'unicité de la section CNU qui est ainsi intitulée constitue un argument d'autorité, que rien ne peut renverser. En outre, les arguments en faveur de la conception pluraliste ne font *in fine* qu'étayer la thèse qui est ici défendue, à savoir la nécessité de consécration d'un champ disciplinaire spécifique à la masso-kinésithérapie. Celle-ci, qui doit par conséquent être opérée en dépit de l'existence du cadre disciplinaire existant, est en partie justifiée par les limites qui sont inhérentes à ces dernières.

[1250] À ceux qui doutent de l'existence d'une telle communauté de savoirs, il doit être opposé que si tel n'était pas le cas, le pouvoir réglementaire aurait certainement procédé de manière toute différente et consacré divers champs disciplinaires spécifiques, tel qu'il l'a fait pour les Sciences infirmières.

[1251] Notamment tel qu'elle est réalisée au sein du développement n° 1136, p. 397.

[1252] Tel qu'il ressort de ce qui précède, la proportion est de quatre sur six.

B. Des limites des Sciences de la rééducation et de la réadaptation

1159- L'ensemble du corps des masseurs-kinésithérapeutes a salué la création des Sciences de la rééducation et de la réadaptation[1253] et la nomination de France MOUREY, masseur-kinésithérapeute, au Collège des Professeurs d'université et assimilés. Tous s'accordent à dire que cette création constitue une étape essentielle du processus d'intégration de la masso-kinésithérapie à l'Université, propre à permettre à ce corps paramédical de « combler le retard accumulé par la France en termes de production scientifique dans des domaines porteurs d'innovation tels que la rééducation »[1254]. Ainsi, selon eux, les Sciences de la rééducation et de la réadaptation permettent par elles-mêmes l'effectivité de la recherche en masso-kinésithérapie. Pourtant, tout laisse penser le contraire.

1160- La démonstration de cette affirmation appelle à mettre en exergue, dans un premier temps, en quoi les Sciences de la rééducation et de la réadaptation se distinguent des champs disciplinaires élémentaires que d'aucuns lui prêtent comme fondement (a), avant d'exposer, dans un second temps, les incertitudes qui pèsent encore sur la mise en œuvre effective de travaux de recherche en masso-kinésithérapie au sein de ces Sciences (b).

a) Les Sciences de la rééducation et de la réadaptation distinctes de supposés champs disciplinaires paramédicaux

1161- Pour la plupart des masseurs-kinésithérapeutes, la création des Sciences de la rééducation et de la réadaptation implique nécessairement que seront mis en œuvre à bref délai des travaux de recherche en masso-kinésithérapie. En effet, ceux-ci considèrent, à l'aune de l'évolution récente du cadre juridique de la profession, qui invite à concevoir l'activité de santé correspondante comme possédant deux dimensions, professionnelle et disciplinaire[1255], qu'à cette occasion a été consacré un champ disciplinaire masso-kinésithérapique. Or, si la réalité de savoirs spécifiques à la matière peut être affirmée, elle ne permet pour autant de conclure à l'existence d'un véritable champ disciplinaire masso-kinésithérapique, distinct des Sciences de la rééducation et de la réadaptation.

1162- Il doit donc être démontré que le champ disciplinaire masso-kinésithérapique n'existe pas en tant que tel. À cet effet, il convient d'expliquer, dans un premier temps, en quoi les Sciences de la

---

[1253] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, Fédération nationale des étudiants en masso-kinésithérapie, Syndicat national des instituts de formation en masso-kinésithérapie, *La création d'une section sciences de la rééducation et de la réadaptation au Conseil national des universités, avancée majeure pour la kinésithérapie* [en ligne], publié le 31 octobre 2019, [consulté le 27 mai 2020], http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2019/10/cp-cnu-sciences-reeducation-readaptation-31-10-2019.pdf/

[1254] *Ibid.*

[1255] Pour un rappel de ce à quoi correspondent ces deux dimensions, *cf.* développement n° 1083, p. 381.

rééducation et de la réadaptation ne peuvent pas être regardées comme simplement constituées de la réunion de champs paramédicaux élémentaires (1), avant de mettre en exergue, dans un second temps, que les savoirs paramédicaux qui fondent ces Sciences se confondent aujourd'hui au sein du celles-ci (2).

1. L'inexistence avérée de champs disciplinaires paramédicaux

1163- Il importe ici de démontrer en quoi le cadre disciplinaire correspondant aux Sciences de la rééducation et de la réadaptation ne peut pas être considéré comme simplement constitué par réunion des champs disciplinaires paramédicaux.

1164- Tout d'abord, il faut relever les incertitudes qui pèsent sur l'existence de ces supposés champs disciplinaires paramédicaux constitutifs. En effet, les activités de santé paramédicales restent encore aujourd'hui profondément marquées par leur dimension professionnelle. Il en résulte qu'aucun véritable champ disciplinaire paramédical n'a été, pour l'heure, déterminé. Dans ces conditions, il ne peut être affirmé que certains d'entre eux constituent les Sciences en question.

1165- Par ailleurs, rien n'indique que les pouvoirs publics ont souhaité établir une correspondance entre les Sciences de la rééducation et de la réadaptation et de prétendus champs disciplinaires paramédicaux, quand bien même ceux-ci seraient en lien avec la rééducation et la réadaptation. En la matière, ni l'étude des conceptions moniste et pluraliste[1256] ni l'étude de la qualité des qualifiées aux fonctions de Professeurs des universités ou maîtres de conférences[1257] pour la 91e section du CNU n'a permis de se forger une quelconque conviction.

1166- Surtout, cette réflexion se heurte immanquablement à l'unicité et la primauté historiques du champ disciplinaire en santé qu'est la médecine. Les réformes récentes des cadres juridiques des professions paramédicales, lesquelles portent toutes les stigmates de leur appréhension en tant qu'activité de santé exercée en dérogation au monopole médicale, n'ont que partiellement levé cet obstacle[1258]. La remise en cause de cette unicité, laquelle apparaît comme une condition préalable à l'effectivité des Sciences de la rééducation et de la réadaptation et *a fortiori* à l'existence de champs disciplinaires paramédicaux, ne peut vraisemblablement être réalisée de manière implicite. Elle

[1256] À propos de la manière de concevoir les Sciences de la rééducation et de la réadaptation, *cf.* b) Les différentes conceptions des Sciences de la rééducation et de la réadaptation, p. 401.

[1257] *Pour l'étude des membres qualifiés aux fonctions de maître de conférences ou de Professeur des universités, cf.* 2. Une composition appréciée à l'aune de la qualité des représentants nommés au Conseil national des universités, p. 399.

[1258] Toute extension de prérogatives paramédicales ne reste-elle pas appréhendée, à ce jour, comme un transfert d'actes ou de compétences qui appartiennent à l'activité médicale ? Pour plus de précisions, *cf.* 2. Une réflexion alimentée par le dispositif de coopération entre professionnels de santé, p. 250.

devra nécessairement être établie de manière juridique.

1167- Il doit être compris *in fine* les Sciences de la rééducation et de la réadaptation ne peuvent être considérées comme constituées de champs disciplinaires paramédicaux, lesquels n'ont pas encore, en l'état, accédés à l'existence juridique. Ces Sciences ne forment donc, pour le moment, qu'un cadre disciplinaire au sein duquel les savoirs paramédicaux sont totalement confondus.

2. Une confusion de savoirs paramédicaux au sein des Sciences de la rééducation et de la réadaptation

1168- Peut-il être considéré qu'il existe des savoirs relatifs aux différentes activités paramédicales en lien avec la rééducation et la réadaptation qui soient indépendants les uns des autres ? Une réponse affirmative semble faire consensus au sein des corps paramédicaux. Pourtant, cette réponse soulève *a priori* la question du partage de ces savoirs entre d'hypothétiques champs disciplinaires paramédicaux, ainsi que celle de la détermination des limites nettes entre ceux-ci. À ces questions les corps concernés n'ont pas encore répondu.

1169- En tout état de cause, peuvent être relevés des arguments propres à mettre en exergue la confusion de ces savoirs au sein du nouveau cadre disciplinaire institué. Logiquement, ces savoirs sont nécessairement communs aux différentes activités en santé concernées, dans la mesure où toutes poursuivent la même finalité, à savoir la rééducation ou la réadaptation des usagers de notre système de santé. À ce titre, il doit être donné raison aux pouvoirs publics d'avoir regroupé l'ensemble des savoirs essentiels en la matière au sein d'une seule et même discipline de santé. Celle-ci semble vouée à servir de cadre commun au sein duquel les savoirs en question pourront être mobilisés, confrontés et précisés.

1170- Cependant, une question apparaît. Les savoirs communs ici évoqués, sont-ils en nombre suffisants pour servir, pour l'ensemble des corps paramédicaux concernés, de socle commun solide à partir duquel chacun pourra développer son propre champ disciplinaire, ou est-ce que ces derniers devront uniquement se satisfaire d'un ensemble de savoirs confondus au sein d'une discipline de santé commune ? En l'état, aucune réponse ne se dégage. Les Sciences de la rééducation et de la réadaptation souffrent déjà elles-mêmes d'une consistance très incertaine, mais également de l'absence de limites propres à circonscrire leur objet, notamment à l'égard de certains champs médicaux.

1171- Eu regard à l'inexistence d'un véritable champ disciplinaire masso-kinésithérapique au sein

des Sciences de la rééducation et de la réadaptation, la mise en place d'une recherche scientifique digne de ce nom en masso-kinésithérapie apparaît improbable. D'ailleurs, une recherche effective en Sciences de la rééducation et de la réadaptation apparaît déjà en elle-même incertaine.

b) Une limite tenant dans l'effectivité incertaine de la recherche en Sciences de la rééducation et de la réadaptation

1172- La question de l'effectivité de la recherche en Sciences de la rééducation et de la réadaptation se pose, alors que la création de cette discipline de santé en octobre 2019 a justement eu pour objet, entre autres, de permettre la mise en place de recherches scientifiques en la matière. Les principales difficultés qui risqueront de s'élever résultent notamment de la nouveauté du cadre disciplinaire. En effet, les enseignants-chercheurs susceptibles de conduire ou prendre part à de tels travaux sont, pour l'heure, dispersés au sein d'équipes rattachées à d'autres disciplines universitaires. Ceux-ci, oseront-ils abandonner, ne serait-ce que provisoirement, leur discipline d'adoption et œuvrer à la mise en place dans le paysage universitaire des Sciences de la rééducation et de la réadaptation, dont la consistance apparaît encore bien incertaine ?

1173- Explorer l'effectivité de la recherche en Sciences de la rééducation et de la réadaptation oblige à se pencher, dans un premier temps, sur les acteurs susceptibles d'entreprendre de telles recherches (1), avant de s'attarder, dans un second temps, sur les objets qui pourront donner lieu à ces recherches (2).

1. Les acteurs de la recherche en Sciences de la rééducation et de la réadaptation

1174- Pour l'heure, les enseignants-chercheurs susceptibles de conduire ou prendre part à des travaux de recherche en Sciences de la rééducation et de la réadaptation sont pour la grande partie dispersés au sein d'équipes universitaires rattachées à d'autres disciplines. Cette situation apparaît logique, alors que les membres des corps paramédicaux qui souhaitaient, avant octobre 2019, aborder leurs savoirs propres dans un cadre universitaire n'avaient pas d'autre choix que de le faire au travers d'un champ connexe. Ceux qui, à terme, intégraient le corps des enseignants-chercheurs universitaires étaient alors, inévitablement, rattachés à « leur discipline d'adoption ». La création des Sciences de la rééducation et de la rééducation est donc venue troubler la situation paisible de ces derniers, qui ne peuvent qu'être partagés entre l'idée de mener à bien une carrière universitaire dans une discipline depuis longtemps établie, ou bien participer à la mise en place d'une nouvelle

discipline universitaire, de laquelle ils pourraient être, en quelque sorte, les promoteurs.

1175- Si trois organisations représentatives des masseurs-kinésithérapeutes ont appelé de leurs vœux le retour aux sources de tous les enseignants-chercheurs masseurs-kinésithérapeutes[1259], il n'en a été aucunement de même pour tous les autres corps paramédicaux. Peut être surtout relevée la position adoptée par quatre organisations représentatives des orthophonistes, qui faisaient valoir déjà avant le 30 octobre 2019 que les membres de leur profession, « mal nommés " rééducateurs " [...] (ne tiennent pas à se confondre au sein d') une section CNU commune et fourre-tout : " rééducation, réhabilitation " section non identifiable par [...] (les) confrères européens ou d'autres continents où cette appellation n'existe pas »[1260].

1176- Les Sciences de la rééducation et de la réadaptation ne font manifestement pas l'unanimité. Peut-il dès lors être raisonnablement pensé que tous les chercheurs universitaires issus de corps paramédicaux soient tentés de rejoindre la nouvelle discipline de santé ? Tel que le soulignent les orthophonistes, il n'est déjà point certain que tous aspirent à être identifiés comme des rééducateurs ou des réadaptateurs. Ceux-ci accepteront-ils dès lors de réintégrer le corps qu'ils ont initialement, par la force des choses, abandonné, et regarder dans la même direction que les autres paramédicaux pour entreprendre avec eux des recherches relatives à des objets que certains d'entre eux rejettent ? Rien n'est moins sûr, d'autant plus que le corps des enseignants-chercheurs correspondant au cadre disciplinaire considéré devrait être fortement marqué par son hétérogénéité. En effet, l'analyse des résultats des qualifications aux fonctions de maître de conférences et Professeur des universités[1261] permet de mettre en exergue que parmi les 27 qualifiés, 2 sont à l'origine orthophonistes, 2 sont ergothérapeutes, 2 sont psychomotriciens, un est enseignant en Activité Physique Adaptée et 18 sont masseurs-kinésithérapeutes.

1177- Derrière de cette énumération transparaît la question des objets des recherches qui pourraient être entreprises dans le cadre des Sciences de la rééducation et de la réadaptation. En effet, en l'état, c'est-à-dire en l'absence de champs disciplinaires paramédicaux consacrés, les objets de recherche que les enseignants-chercheurs considérés pourraient appréhender restent encore à déterminer.

[1259] CNOMK, FNEK, SNIFMK, *op. cit.*

[1260] FNEO, UNADREO, CFO, CCFUO, *Pour une filière doctorale en orthophonie* [en ligne], publié le 3 mai2019, [consulté le 12 juin 2020], https://www.capcampus.com/sante-461/pour-une-filiere-doctorale-en-orthophonie-a42221.html/

[1261] Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, *Qualification de droit commun, Liste des qualifiés 2020 aux fonctions de professeur des universités*, *op. cit.* ; Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, *Qualification de droit commun, Liste des qualifiés 2020 aux fonctions de maître de conférences*, *op. cit.*

2. La délicate détermination des objets de la recherche en Sciences de la rééducation et de la réadaptation

1178- L'hétérogénéité du corps des enseignants-chercheurs en Sciences de la rééducation et de la réadaptation, dont il peut être pensé qu'elle soit préservée, de manière délibérée ou involontaire, ne peut que rejaillir sur les objets mêmes des recherches entreprises dans le cadre de cette discipline de santé. Cependant, ces objets apparaissent aujourd'hui particulièrement difficiles à circonscrire. En effet, il ne saurait être espéré que leurs limites ne puissent surgir spontanément ou être révélées par des groupes de chercheurs, dont la constitution ne saurait échapper au déterminisme des origines paramédicales. Il apparaît plus probable que ceux-ci aient à cœur de se pencher sur les objets les plus spécifiques à leur matière, sur lesquels ils possèdent déjà une expertise, plutôt que d'œuvrer à préciser les éléments essentiels d'un champ de recherches qui se voudrait commun. La dispersion persistante des recherches menées en la matière et l'indétermination durable du champ disciplinaire sont à cet égard prévisibles.

1179- Dans cette perspective, les Sciences de la rééducation et de la réadaptation ne semblent pas avoir été consacrées sous bon augure. L'on peut d'ores et déjà dénoncer le risque de désagrégation auquel elles sont exposées. Pourtant, l'intérêt de la réunion de tous au sein d'une seule et même discipline et de l'invitation à appréhender de manière collective les objets de recherches spécifiques à la matière est manifeste. Cette communauté d'action constitue de toute évidence la condition d'une effectivité avérée de la nouvelle discipline de santé. Sinon, comment parvenir à construire les bases de Sciences qui doivent trouver leur place parmi les disciplines circonvoisines ? En tout état de cause, il ne peut être douté que d'autres ont depuis longtemps investi les champs de la rééducation et de la réadaptation, au premier rang desquels figurent les médecins enseignants-chercheurs en médecine physique et de réadaptation et les enseignants-chercheurs des Sciences et techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS).

1180- À titre d'illustration, une recherche rapide sur le site de référence « www.theses.fr » permet de relever près de 579 thèses en langue française en relation avec « la rééducation », qui ont été ou sont menées au sein de disciplines variées, telles que la médecine, la psychologie, les neurosciences et les STAPS[1262]. Celles qui, au nombre de 329, concernent directement « la réadaptation » ont été ou sont menées dans les disciplines que sont la médecine, la psychologie, la sociologie et les STAPS[1263]. Eu égard à cette analyse, la recherche en Sciences de la rééducation et de la réadaptation

[1262] Auxquelles doivent être rattachées, respectivement, 132, 40, 23 et 20 thèses. Ces chiffres sont toutefois très en deçà de la réalité, puisque ne sont pas comptabilisées dans ce calcul les thèses en relation avec les autres dénominations des champs disciplinaires.

[1263] Auxquelles peuvent être rattachées, respectivement, 63, 22, 11 et 10 thèses.

ne peut que souffrir des affres d'une concurrence extérieure et risque vraisemblablement de ne constituer *in fine* qu'une sorte de coquille vide que quelques irréductibles chercheurs paramédicaux tenteront vainement de remplir, dans la douce illusion d'être les détenteurs d'une expertise sur les objets de cette discipline de santé factuellement partagée.

1181- La consécration d'un champ disciplinaire masso-kinésithérapique, qui doit être préconisée en dépit de l'inscription récente des Sciences de la rééducation et de la réadaptation à la 91e section du Conseil national des universités, apparaît conditionnée par l'abandon préalable, par les pouvoirs publics, de la manière dont ils ont toujours appréhendé les activités de santé, c'est-à-dire au travers uniquement de l'exercice correspondant. En tout état de cause, cette consécration apparaît désormais impérative, dans la mesure où elle seule peut permettre au corps des masseurs-kinésithérapeutes d'évoluer et recouvrer leur singularité.

Section 2 : La consécration impérative du champ disciplinaire masso-kinésithérapique

1182- La première partie de cette thèse a permis, au travers du prisme de la profession de masseur-kinésithérapeute, de démontrer les effets délétères qu'induit l'absence de limites nettes, infrangibles et imperméables entre les champs des différents corps professionnels intervenant dans le domaine de la santé. En l'état, l'institution de telles limites s'avère tout simplement impossible. Pour cause, il n'existe aucun cadre théorique précis auquel se référer pour la détermination des champs de ces différents professionnels. Au gré des réformes professionnelles successives, ces champs semblent ainsi *a priori* voués à se chevaucher.

1183- Pourtant, à cette situation pourrait être apportée une réponse efficace. Cependant, celle-ci nécessite au préalable de mettre fin à l'unicité du champ disciplinaire en santé qu'est la médecine et reconsidérer la manière dont les activités de santé doivent être appréhendées. Ce n'est que dans ces conditions que pourront être érigés, face aux différents champs professionnels, de véritables champs disciplinaires spécifiques, propres à fonder et cadrer l'évolution des exercices des professionnels correspondants.

1184- Aux fins de justifier ce propos, il convient de démontrer en quoi la consécration d'un champ disciplinaire masso-kinésithérapique spécifique constituerait une réponse efficace à la confusion et la concurrence que subit encore aujourd'hui le masseur-kinésithérapeute. Sera ainsi présenté, dans un premier temps, pourquoi la consécration d'un tel champ pourvoirait ce corps paramédical d'une véritable singularité (paragraphe 1), puis exploré, dans un second temps, les raisons pour lesquelles une telle consécration apparaît capitale pour l'évolution du corps considéré (paragraphe 2).

Paragraphe 1 : Une consécration déterminante pour la dynamique de singularisation du corps des masseurs-kinésithérapeutes

1185- La consécration d'un champ disciplinaire masso-kinésithérapique spécifique semble pouvoir constituer une réponse efficace à l'effacement du caractère distinctif des éléments essentiels de l'identité professionnelle du corps des masseurs-kinésithérapeutes. En effet, l'institution d'un tel champ est de nature à doter la dynamique de singularisation du corps paramédical considéré d'une efficacité certaine.

1186- Dans l'objectif de démontrer ce point, il est proposé d'aborder la question de la singularisation du masseur-kinésithérapeute à l'aune des rapports qu'il entretient avec les autres professionnels de santé paramédicaux (A), puis à l'aune de sa situation vis-à-vis des praticiens circonvoisins que sont l'ostéopathe et l'enseignant en Activité Physique Adaptée (B).

A. Le masseur-kinésithérapeute parmi les autres professionnels paramédicaux

1187- Dans la première partie de cette thèse, il n'a été question que du masseur-kinésithérapeute dans son rapport avec les deux praticiens de santé que sont l'ostéopathe et l'enseignant en Activité Physique Adaptée. N'a donc été nullement traitée la question de la confusion et la concurrence qui règnent entre les champs masso-kinésithérapiques et certains champs des autres professions de santé. Pourtant, celles-ci existent bel et bien. Or, la concurrence dont il est ici fait état pourrait venir à être involontairement transposée dans le cadre disciplinaire correspondant aux Sciences de la rééducation et de la réadaptation si aucun champ disciplinaire spécifique n'était consacré en temps utile.

1188- Dans l'objectif de justifier du caractère impératif de la consécration d'un champ disciplinaire qui soit spécifique à la masso-kinésithérapie, il est proposé d'expliquer, dans un premier temps, en quoi les champs professionnels masso-kinésithérapiques actuels se confondent en partie avec certains champs d'autres professions de santé (a), puis d'exposer, dans un second temps, la concurrence susceptible de se cristalliser entre les corps paramédicaux prenant part aux Sciences de la rééducation et de la réadaptation (b).

a) Des chevauchements des champs professionnels masso-kinésithérapiques

1189- Dans un communiqué du 31 octobre 2019, les membres du Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes faisaient savoir ouvertement qu'ils attendaient avec impatience la publication du décret relatif à la 91e section du Conseil national des universités, afin de « connaître le niveau de représentation des kinésithérapeutes »[1264] institué au sein de l'instance universitaire. Manifestement, les membres ordinaux ont rapidement saisi les enjeux qui entourent la nomination de représentants du corps professionnel au sein des collèges des Sciences de la rééducation et de la réadaptation. Pour cause, la situation de concurrence qui caractérise les rapports entre les corps de professionnels de santé paramédicaux pourrait trouver à s'exprimer sur le terrain disciplinaire, en l'espèce dans le cadre commun que constitue la 91e section CNU.

1190- La situation de concurrence qui résulte des chevauchements des champs professionnels du masseur-kinésithérapeute avec ceux d'autres corps des professionnels paramédicaux doit ainsi être démontrée. À cet effet, seront mis en exergue, dans un premier temps, les chevauchements actuels que subissent les champs professionnels masso-kinésithérapiques (1), puis exposé, dans un second temps, en quoi ces chevauchements pourraient s'exacerber (2).

1. Les chevauchements actuels des champs professionnels masso-kinésithérapiques

1191- Il n'est pas question ici de réaliser un état des lieux des chevauchements des champs professionnels du masseur-kinésithérapeute qui soit à la mesure de ce qui a été produit dans la première partie de ce travail de thèse. Cependant, il peut être exposé la situation de concurrence qui oppose actuellement le masseur-kinésithérapeute et certains autres professionnels paramédicaux.

1192- À cette fin, peut notamment être présentée la synthèse réalisée par l'Observatoire national des emplois et métiers de la fonction publique hospitalière, par laquelle ses membres ont fait savoir, avec une certaine positivité, que le masseur-kinésithérapeute subissait « des zones de partage de compétence avec d'autres métiers qui permettent au médecin référent du patient de croiser les points de vue métiers dans le cadre de la prise en charge pluri-professionnelle d'un patient »[1265]. Les auteurs ont relevé ainsi huit « partages » de compétences masso-kinésithérapiques avec d'autres praticiens de santé, parmi lesquels figurent l'ostéopathe en ce qui concerne « les soins des troubles ostéoarticulaires et fonctionnels du rachis et des membres » et l'enseignant en Activité Physique

[1264] CNOMK, FNEK, SNIFMK, *op. cit.*

[1265] Observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière, *Étude prospective des métiers sensibles de la fonction public, Monographie du masseur kinésithérapeute* [en ligne], publié en octobre 2008, [consulté le 15 juin 2020], https://solidarites-sante.gouv.fr/ IMG/pdf/monographie_mk-2.pdf/

Adaptée, qui intervient dans le « réentraînement à l'effort et la gymnastique préventive ou d'entretien ». Si le dispositif de prescription médicale d'Activité Physique Adaptée n'est pas ici cité, c'est notamment parce que ce rapport publié en octobre 2008 est très antérieur à l'entrée en vigueur du dispositif correspondant, créé par l'article 144 de la loi du 26 janvier 2016[1266]. D'ailleurs, il peut être souligné que l'article 123 de la même loi, qui a profondément modifié la définition du domaine de compétences du masseur-kinésithérapeute, n'a aucunement modifié la pertinence de l'état des lieux réalisé en 2008.

1193- Ce rapport énumère par ailleurs, de manière synthétique, « les échanges de points de vue » qui peuvent être attendus entre, d'une part, les masseurs-kinésithérapeutes et, d'autre part, les pédicures-podologues « sur les troubles de la statique du pied au sol », les ergothérapeutes « sur la réadaptation, le retour à domicile ou en milieu professionnel et les mises en œuvre de dispositifs médicaux, de contrôle d'environnement (domotique) », les psychomotriciens « sur les troubles du comportement et les troubles du schéma corporel », les orthophonistes « sur la rééducation des troubles de la déglutition », les orthoprothésistes, « sur l'appareillage et l'analyse de la marche » et les sages-femmes « sur la rééducation des troubles vésico-sphinctériens ».

1194- Bien entendu, les auteurs s'accordent sur les conséquences positives de ces chevauchements, qui sont regardés comme des « partages complémentaires de compétences ». Cependant, du côté des corps professionnels, le point de vue ne peut être que fort différent. Les chevauchements de champs professionnels engendrent des divergences d'intérêts, une forme de concurrence et *in fine* le repli identitaire des corps concernés. Cette situation de concurrence reste pour la plupart inavouée, voire inavouable. Elle est pourtant réelle et plus ou moins explicitement révélée à l'occasion des réformes des cadres juridiques des exercices des professionnels considérés, généralement par la voix des organisations représentatives des corps professionnels, qu'elles soient ordinales ou syndicales. Ces chevauchements, qui ne peuvent être véritablement contestés, pourraient d'ailleurs tendre, dans un futur proche, à être exacerbés.

2. L'exacerbation possible des chevauchements des champs professionnels

1195- Les chevauchements des champs professionnels paramédicaux ne semblent pas être en passe d'être résolus. Alors que ceux-ci sont tus par la plupart des parties concernées, de nombreux acteurs publics et membres de la doctrine font régulièrement valoir les effets bénéfiques sur l'organisation

[1266] Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, *op. cit.*

du système de santé du « partage de compétences »[1267]. Est ainsi défendue la nécessite d'instaurer davantage de « multi- », « pluri- » et d'« interdisciplinarité » au sein des équipes de soins en santé. En réponse au besoin d'efficience de l'organisation de notre système de santé, certains exhortent même les pouvoirs publics à opérer le décloisonnement des professions de santé. Pour eux, il ne peut vraisemblablement en résulter aucun problème majeur[1268].

1196- Un courant doctrinal prône ainsi l'instauration de dispositifs permettant de « décloisonner » de nombreux aspects de l'organisation du système de santé[1269]. Cette idée n'est pas réellement nouvelle, puisqu'elle était déjà formulée, en partie et du moins de manière implicite, au sein du rapport de la commission présidée par Laurent HÉNART[1270]. Cependant, elle rencontre aujourd'hui un tel succès que de nombreux doctrinaires trouvent opportun et pertinent de l'envisager largement[1271]. Semblent pouvoir être concernés les secteurs « sanitaire, [...] social, [...] médico-social »[1272], donc les « droits sanitaire et médico-social »[1273], mais également le secteur de ville et l'hôpital[1274], ou encore les secteurs professionnels, entendus comme « des métiers et des lieux d'exercice »[1275,1276].

1197- Le décloisonnement constitue manifestement un des objectifs principaux de la dynamique réformatrice conduite actuellement par les pouvoirs publics[1277]. La ministre des Solidarités et de la Santé en exercice en mars 2018, Agnès BUZYN, l'affirmait sans détour. En cas d'application de la logique de décloisonnement dans sa forme la plus absolue, ce qui n'est pas impossible, comment imaginer que les champs professionnels paramédicaux y échappent ?

1198- Afin d'étayer ce point, peuvent être relevées les extensions simultanées des mêmes

[1267] Ces effets bénéfiques sont à plus d'un titre contestable. C'est notamment la question implicite traitée dans cette thèse.

[1268] Ce qui est totalement contredit dans la présente thèse.

[1269] À titre d'exemple, il peut être mentionné les travaux de Guillaume PAILLER, lequel s'est interrogé sur l'existence, au sein du projet de loi « Ma santé 2022 », d'une dynamique de décloisonnement, *cf.* PAILLER Guillaume, « Projet de loi Santé 2019 : un décloisonnement en marche ? », *AJ Collectivités Territoriales*, 2019, p. 118.

[1270] Le rapport dénonce dès févier 2011 les effets d'un « système rigide et cloisonné » , *cf*. HÉNART Laurent, BERLAND Yvon, CADET Danielle et al., *op. cit.* p. 19.

[1271] Tel que semble le souhaiter le Gouvernement. Pour plus de précisions, *cf.* MONTCLER Marie-Christine (de), « Système de santé : le gouvernement veut décloisonner », *AJDA*, 2018, p. 1748.

[1272] IBORRA Monique et FIAT Caroline, *Rapport d'information présenté en conclusion des travaux de la mission sur les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD)*, Paris, La Documentation française, 22 mars 2018, nº 769, p. 54.

[1273] APOLLIS Benoît, « Le vieillissement, un enjeu de santé publique : à quand une réelle convergence des droits sanitaire et médico-social ? », *RDSS*, 2018, p. 538.

[1274] APOLLIS Benoît, « Parcours de soins et traitement du cancer », *RDSS*, 2014, p. 60.

[1275] MARIÉ Romain, « À la recherche d'une plus grande transversalité des formations et des métiers de la santé », *RDSS*, 2019, p. 77.

[1276] LIBAULT Dominique, *Concertation Grand âge et autonomie*, Paris, La Documentation française, mars 2019.

[1277] Ministère des Solidarités et de la Santé, *Ma santé 2022, Un engagement collectif, Dossier de presse* [en ligne], 18 septembre 2018, [consulté le 19 mai 2019], https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/ pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_ pdf/

compétences, et par conséquent les partages de compétences, qui ont été institués entre les professionnels de santé lorsque les conditions sanitaires l'ont exigé. En effet, un arrêté du 1er juin 2021[1278] a confié à différents professionnels de santé, dans le cadre de la lutte contre la pandémie de la Covid-19, et cela en dérogation à la réglementation en vigueur, le soin de réaliser des prélèvements naso-pharyngés ou d'injecter une dose de vaccin « à toute personne, à l'exception des personnes ayant des antécédents de réaction anaphylactique à un des composants de ces vaccins ou ayant présenté une réaction anaphylactique lors de la première injection, selon des modalités précisées ». Ces professionnels sont constitués, en ce qui concerne les prélèvements naso-pharyngés, des chirurgiens-dentistes, des pharmaciens, des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes, des manipulateurs d'électroradiologie médicale, des techniciens de laboratoire, des préparateurs en pharmacie, des aides-soignants, des auxiliaires de puériculture et les ambulanciers. Ceux concernés par le droit d'injection de vaccin sont les techniciens de laboratoire titulaires du certificat de capacité mentionné à l'article R. 4352-13 du code de la santé publique, les manipulateurs d'électroradiologie médicale, les masseurs kinésithérapeutes, les aides-soignants, les auxiliaires de puériculture et les ambulanciers, ainsi que, depuis un arrêté du 7 juillet 2021, les pédicures podologues, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les orthophonistes, les orthoptistes, les audioprothésistes, les diététiciens, les opticiens-lunetiers, les orthoprothésistes, les podo-orthésistes, les ocularistes, les épithésistes, les orthopédistes-orthésistes et les assistants dentaires.

1199- Comment dès lors ne pas admettre qu'au gré des besoins en santé révélés un décloisonnement absolu de domaines de compétences professionnelles pourrait être opéré et conduire *in fine* à de nombreux partages de compétences ? D'aucuns penseront nécessairement le contraire. Pourtant, cette mesure, qui fait vraisemblablement aujourd'hui figure d'exception, offre aux pouvoirs publics l'opportunité de démontrer que la communauté de compétences entre professionnels de santé est possible, réalisable, mais surtout pertinente dans certains cas[1279]. D'ailleurs, n'est-ce pas là un parfait exemple d'adaptabilité des ressources humaines en santé ?[1280]

1200- La situation de concurrence qui oppose les corps professionnels paramédicaux pourrait donc être amenée à s'exacerber. Il n'est dès lors pas surprenant que ceux-ci scrutent très attentivement les

[1278] Arrêté du 1er juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire, JORF nº 126 du 2 juin 2021, texte nº 33.

[1279] D'ailleurs, dans le rapport final dit « Ma santé 2022 », est préconisé de « créer une culture et une identité commune chez les professionnels de santé ». Pour plus de précisions, *cf*. TESNIÈRE Antoine, RIST Stéphanie et RIOM Isabelle, *Stratégie de transformation du système de santé, Rapport final, Adapter les formations aux enjeux du système de santé*, Paris, La Documentation française, septembre 2018, p. 22.

[1280] Tel que le préconisaient, dans leur rapport, les membres de la mission présidée par Laurent HÉNART. Pour une étude de ce point, *cf*. B. L'adaptabilité des professions de santé, objectif capital de la réforme à envisager, p. 275.

hypothétiques empiètements sur leurs champs professionnels et considèrent que leur représentation dans les collèges des Sciences de la rééducation et de la réadaptation constitue un enjeu de première importance. Une concurrence entre corps paramédicaux semble en effet pouvoir également s'y développer.

b) Une concurrence paramédicale susceptible de se propager au cadre disciplinaire constitué par les Sciences de la rééducation et de la réadaptation

1201- La concurrence entre les corps paramédicaux intervenant dans une visée de rééducation ou de réadaptation semble devoir se propager du terrain professionnel au cadre disciplinaire constitué par les Sciences de la rééducation et de la réadaptation. Cette propagation revêt un indéniable caractère hypothétique. Elle n'en reste pas moins fortement probable. D'ailleurs, cette concurrence est d'ores et déjà exprimée de manière explicite par les corps paramédicaux concernés, dont celui des masseurs-kinésithérapeutes. Or, la question essentielle réside moins dans les conséquences de cette concurrence que dans ses origines. En ce sens, si des champs disciplinaires spécifiques à chacun étaient consacrés, cette concurrence n'aurait aucune raison d'être.

1202- Défendre ce point de vue impose d'étudier, dans un premier temps, la concurrence implicite qui devrait logiquement être amenée à se développer au sein des Sciences de la rééducation et de la réadaptation (1), puis d'exposer, dans un second temps, comment la consécration de champs disciplinaires paramédicaux spécifiques pourrait empêcher cette situation fâcheuse (2).

1. Une concurrence implicite entre les corps paramédicaux au sein des Sciences de la rééducation et de la réadaptation

1203- La nomination des membres des premiers collèges de la 91e section du Conseil national des universités était très attendue, puisque de celle-ci allait notamment résulter la représentativité des corps paramédicaux au sein des Sciences de la rééducation et de la réadaptation. Cet enjeu, de taille pour les parties concernées, était révélée au grand jour par les organisations représentatives des masseurs-kinésithérapeutes, dans un communiqué commun diffusé le lendemain de la création de la nouvelle section CNU[1281]. En tout état de cause, pour ces premiers collèges, les pouvoirs publics ont fait le choix d'une répartition sensiblement harmonieuse entre les corps concernés, puisqu'en vertu de l'arrêté du 6 novembre 2019 ont été nommés une orthophoniste, la Professeure Peggy GATIGNOL,

[1281] CNOMK, FNEK, SNIFMK, *op. cit.*

une masseur-kinésithérapeute, la Professeur France MOUREY, une ergothérapeute, Chantal CHAVOIX et un psychomotricien, James RIVIÈRE.

1204- Les corps paramédicaux ici mentionnés bénéficient ainsi d'une représentativité qui devrait être assurée, sauf impondérable, pour les quatre ans à venir. À l'issue de cette période, des élections auront lieu. Elles seront organisées « au scrutin de liste à la représentation proportionnelle avec répartition des sièges restant à pourvoir au plus fort reste »[1282]. Les candidats devront avoir été qualifiés aux fonctions de Maître de conférences ou Professeur des universités par la section correspondante du Conseil national des universités. Le collège électoral comprendra l'ensemble des enseignants-chercheurs en poste et rattachés à la 91e section, ainsi que les chercheurs titulaires et les personnels relevant des corps assimilés qui en auront fait la demande.

1205- Pour les différents corps paramédicaux, l'enjeu de la représentativité dépasse donc largement la question de la place symbolique que chacun pourrait être amené à occuper au sein des Sciences de la rééducation et de la réadaptation. En effet, dans la mesure où ces collèges ont notamment pour rôle de se prononcer « sur les mesures individuelles relatives à la qualification, au recrutement et à la carrière des professeurs des universités et des maîtres de conférences »[1283], le choix des premiers membres du corps des enseignants-chercheurs attachés à la section sera sans conteste déterminant tant sur les résultats de la prochaine élection des membres du Conseil national des universités que, indirectement, sur la direction qui sera donnée aux recherches entreprises dans le cadre disciplinaire considéré. Le corps qui aura réussi à conforter précocement sa représentativité aura pleinement l'occasion d'exercer une influence déterminante sur celle-ci.

1206- En tout état de cause, chaque corps paramédical a intérêt à être représenté au mieux au sein des collèges actuels et à parvenir à faire qualifier le plus grand nombre de ses membres[1284]. Cette situation de concurrence, que tous n'avouent qu'à demi-mot, n'aurait aucune raison d'être si les pouvoirs publics venaient à consacrer des champs disciplinaires spécifiques à chacun.

[1282] Tel qu'il est précisé sur le site du ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation sur sa page dédiée, *cf.* Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, *Galaxie des personnels du supérieur* [en ligne], [consulté le 16 juin 2020], https://www.galaxie.enseignementsup-recherche.gouv.fr/ensup/Cand_elections_cnu2019.html/

[1283] *Ibid.*

[1284] Pour l'heure, les masseurs-kinésithérapeutes sont en bonne posture, puisque parmi les vingt-sept premiers qualifiés aux fonctions de maître de conférences et de Professeur des universités, dix-huit sont originaires du corps des masseurs-kinésithérapeutes, *cf.* Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, *Qualification de droit commun, Liste des qualifiés 2020 aux fonctions de professeur des universités*, *op. cit.* ; Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, *Qualification de droit commun, Liste des qualifiés 2020 aux fonctions de maître de conférences*, *op. cit.*

2. Une concurrence annihilée par la consécration de champs disciplinaires spécifiques à chaque corps paramédical

1207- Cette situation de concurrence intra-sectionnelle ne peut *in fine* qu'avoir des effets fortement délétères sur les Sciences de la rééducation et de la réadaptation en elles-mêmes. Outre d'être exposées à un manque de cohérence et de présenter des difficultés à s'établir de manière efficace dans le système universitaire, celles-ci pourraient voir certains savoirs, pourtant bien en lien avec la rééducation et la réadaptation, être ostracisés. En effet, si un corps paramédical venait à exercer une influence prépondérante, et donc une forme de contrôle, sur les Sciences considérées, il pourrait être amené à rechercher à limiter l'inertie des dynamiques instituées par les autres corps paramédicaux et empêcher, d'un point de vue factuel, la réalisation des recherches sur certains savoirs particuliers chers à ces derniers. Par ailleurs, des savoirs devraient faire l'objet d'enjeux de pouvoir prégnants, puisque inaliénablement rattachés à la rééducation et à la réadaptation et, par conséquent, communs à tous.

1208- La consécration de champs disciplinaires spécifiques à chacun revêt à ce titre une importance notable. Elle permettrait l'établissement d'un équilibre harmonieux entre les corps paramédicaux concernés, qui posséderaient ainsi l'assurance de pouvoir conduire en toute quiétude des recherches sur des objets précis, qui appartiennent à un champ disciplinaire spécifique, réservé, circonscrit et pourvu de limites intangibles. Surtout, cette consécration inciterait à la détermination des savoirs communs. La plupart des membres du corps des enseignants-chercheurs seraient alors totalement détachés des résultats de la qualification ou des élections du Conseil national des universités, qui ne constitueraient dès lors plus un tel enjeu de pouvoirs, malgré l'aspect politique prépondérant qui leur est d'ores et déjà rattaché.

1209- Par ailleurs, le caractère circonscrit des champs disciplinaires ne pourrait que rejaillir sur les champs des professionnels correspondants. En ce sens, les champs disciplinaires ainsi institués pourraient servir de cadres théoriques précis auquel se référer pour déterminer et faire évoluer de manière efficace et pertinente les champs professionnels. Il n'y aurait alors plus de raison valable pour que ceux-ci continuent à se chevaucher, sauf si les compétences, et les savoirs nécessaires à leurs mises en œuvre étaient en eux-mêmes la source de dissensions majeures entre les corps paramédicaux concernés. La détermination des éléments essentiels des champs disciplinaires sera à ce titre très certainement un sujet épineux.

1210- Les champs disciplinaires permettront à chacun de se prévaloir d'une place singulière au sein des Sciences de la rééducation et de la réadaptation, mais également au sein du système de santé.

Cependant, dans ces conditions, les champs professionnels du masseur-kinésithérapeute resteront en partie confondus avec ceux des praticiens circonvoisins.

B. Le masseur-kinésithérapeute vis-à-vis des praticiens circonvoisins

1211- Dans la première partie de ce travail de thèse, a été notamment démontré que l'émergence et la consécration des activités que sont l'ostéopathie et l'Activité Physique Adaptée ont grandement contribué à l'effacement du caractère distinctif des éléments essentiels de l'identité professionnelle du masseur-kinésithérapeute. À ce stade, il apparaît opportun et pertinent de se pencher sur les apports de la consécration d'un champ disciplinaire qui soit spécifique à la masso-kinésithérapie, notamment sur la dynamique de singularisation de ce corps professionnel vis-à-vis de ceux des praticiens circonvoisins.

1212- Il convient ainsi de s'intéresser, dans un premier temps, aux rapports qu'entretiendraient, dans le cadre de cette hypothèse, le masseur-kinésithérapeute et l'ostéopathe (a), avant d'étudier, dans un second temps, sa situation vis-à-vis de l'enseignant en Activité Physique Adaptée (b).

a) Le masseur-kinésithérapeute vis-à-vis de l'ostéopathe

1213- La masso-kinésithérapie et l'ostéopathie entretiennent des rapports de proximité tellement étroits dans leur application professionnelle, que beaucoup ne parviennent pas à distinguer ce que recouvre précisément l'exercice du masseur-kinésithérapeute par rapport à celui de l'ostéopathe. Cette confusion est d'ailleurs entretenue par la coexistence fréquente des deux qualités sur la tête d'un même praticien. Il peut ainsi être supposé que la consécration d'un champ disciplinaire masso-kinésithérapique puisse permettre, en elle-même, de faire cesser l'amalgame réalisé entre les savoirs appartenant à la masso-kinésithérapie et ceux mobilisés dans le cadre de l'exercice de l'ostéopathie et *in fine* permettre la singularisation du masseur-kinésithérapeute vis-à-vis de l'ostéopathe.

1214- Ainsi, il sera démontré que si la consécration du champ disciplinaire masso-kinésithérapique permettait au masseur-kinésithérapeute de singulariser efficacement vis-à-vis de l'ostéopathe (1), les enseignants-chercheurs masseurs-kinésithérapeutes devront nécessairement résister à la tentation de s'approprier les savoirs relatifs à l'ostéopathie (2).

1. La consécration d'un champ disciplinaire masso-kinésithérapique propre à singulariser le masseur-kinésithérapeute vis-à-vis de l'ostéopathe

1215- La consécration d'un champ disciplinaire spécifique à la masso-kinésithérapie donnerait un avantage certain aux masseurs-kinésithérapeutes dans leurs rapports avec les ostéopathes, qui tentent depuis de nombreuses années de faire reconnaître leurs savoirs au rang des savoirs de nature médicale[1285]. Si leur entreprise était jusqu'alors pleinement justifiée, l'arrêté du 30 octobre 2019 a fait voler en éclats l'unicité du champ disciplinaire en santé qui prévalait jusqu'alors, c'est-à-dire la médecine, et altéré totalement l'intérêt de la démarche. Les ostéopathes font ainsi face aujourd'hui à la plus grande incertitude : d'une part, ils ne sont manifestement pas en passe d'obtenir des pouvoirs publics la reconnaissance de leur exercice professionnel au rang des pratiques médicales et, d'autre part, les professionnels de santé avec lesquels ils sont très régulièrement confondus sont en passe d'être dotés d'une stature universitaire.

1216- Pourrait être affirmé que la confusion entre le masseur-kinésithérapeute et l'ostéopathe a déjà été fortement amenuisée par la création des Sciences de la rééducation et de la réadaptation. Or, en l'état, ce n'est nullement le cas. En effet, cette discipline universitaire apparaît dans une certaine mesure ambivalente : d'un côté elle constitue, pour les corps paramédicaux concernés, une assise universitaire notable, mais de l'autre elle confond leurs savoirs dans un ensemble flou aux limites incertaines. C'est pour cela que la consécration d'un champ disciplinaire masso-kinésithérapique est primordiale. Outre d'asseoir une identité renouvelée opposable à tous, elle permettrait au corps considéré de conduire des recherches spécifiques à sa matière, développer l'étendue de ses savoirs et *in fine* fonder l'entièreté de ses pratiques professionnelles sur des données scientifiques avérées. Les ostéopathes ne sont aujourd'hui pas en mesure de suivre cette dynamique, faute de posséder eux aussi un cadre disciplinaire qui leur soit propre.

1217- Cependant, ceux-ci pourraient un jour en être dotés. À cet égard, afin que la concurrence professionnelle ne se propage pas dans un cadre disciplinaire universitaire, il convient d'exhorter les enseignants-chercheurs masseurs-kinésithérapeutes, tant que possible, à s'abstenir de s'approprier les savoirs ostéopathiques.

[1285] À cet égard, il doit notamment être évoqué la thèse rédigée par un membre du corps des ostéopathes au sein de laquelle celui-ci propose un fondement propre à permettre le rattachement de l'ostéopathie à l'activité médicale, *cf.* L'HERMITE Pierre-Luc, *Recherches juridiques sur la médicalité de l'ostéopathie en droit français*, CROUZATIER-DURAND Florence (dir.), thèse de doctorat, droit public, université de Toulouse 1 Capitole, 2018.

2. Du danger représenté par l'appropriation des savoirs ostéopathiques par les masseurs-kinésithérapeutes

1218- Il doit être conduit une réflexion prospective sur les rapports que sont voués à entretenir le masseur-kinésithérapeute et l'ostéopathe, dans l'hypothèse où la consécration d'un champ disciplinaire masso-kinésithérapique est opérée et l'ostéopathe reste dans sa situation actuelle. Cette hypothèse de travail apparaît fortement probable, eu égard à l'actualité juridique, qui ne laisse pas envisager la création prochaine de « Sciences ostéopathiques ».

1219- Dans ces conditions, les chercheurs masseurs-kinésithérapeutes entreprendraient rapidement des travaux de recherche dans leur champ disciplinaire. Or, ceux-ci jouiraient, pour la détermination des objets d'études, d'une liberté certaine. Une question se poserait alors. Pourraient-ils résister à la tentation de s'engager sur des travaux en lien avec les savoirs connexes à l'ostéopathie ? Rien n'est moins sûr. La recherche en masso-kinésithérapie et l'imprécision des savoirs considérés offriraient véritablement aux masseurs-kinésithérapeutes l'opportunité d'obtenir ce qu'ils ont toujours désiré : s'approprier les savoirs ostéopathiques. S'ils le faisaient, pourrait-il leur être reproché ? Il semble devoir être répondu par la négative, cet empiétement sur les savoirs ostéopathiques circonvoisins étant dans une certaine mesure justifié par la dualité de titres possédés par de nombreux masseurs-kinésithérapeutes. Cependant, est-ce que cet empiétement peut être considéré comme favorable au corps paramédical considéré ? La réponse doit être réservée.

1220- En effet, comment les masseurs-kinésithérapeutes pourraient-ils prétendre à une singularité vis-à-vis des ostéopathes s'ils opéraient la fusion des savoirs et des objets d'études qui, justement, devraient permettre de les distinguer de ceux-ci ? En tout état de cause, pour le corps paramédical, il s'agit d'un pari perdant. Bien entendu, d'aucuns pourraient estimer que l'appropriation des savoirs ostéopathiques conduirait à terme à la reconnaissance par les pouvoirs publics de la pratique de l'ostéopathie comme une spécialité de la masso-kinésithérapie, la mise à l'écart des ostéopathes exclusifs et l'érection de la singularité des masseurs-kinésithérapeutes ostéopathes vis-à-vis des autres professionnels intervenant dans une visée de rééducation ou de réadaptation. Toutefois, il ne peut que leur être opposé que d'autres corps paramédicaux possèdent également des membres qui sont titulaires du titre d'ostéopathe. Eux-mêmes devraient également pouvoir légitimement conduire des études relatives à tout ou partie du champ ostéopathique. Peut-il être raisonnablement pensé qu'une véritable singularité puisse de tout cela se dégager ?

1221- Le danger que représente la tentation de s'approprier les savoirs ostéopathiques est réel. En s'engageant dans cette voie, les masseurs-kinésithérapeutes prendraient le risque de dénaturer leur

champ disciplinaire originel, bien avant que les éléments essentiels de celui-ci ne soient déterminés. Ce corps paramédical doit ainsi parvenir rapidement à affirmer sa singularité disciplinaire, laquelle semble pouvoir également être mise à mal par les enseignants en l'Activité Physique Adaptée.

b) Le masseur-kinésithérapeute vis-à-vis de l'enseignant en Activité Physique Adaptée

1222- La masso-kinésithérapie entretient depuis longtemps avec l'Activité Physique Adaptée des rapports tumultueux. Ceux-ci ont été exacerbés par la réforme des études en masso-kinésithérapie opérée en septembre 2015, qui a fait correspondre au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute des crédits européens, dits ECTS. En effet, ces derniers ont comblé une partie des lacunes que présentaient jusqu'alors les masseurs-kinésithérapeutes, notamment lorsqu'ils étaient comparés aux enseignants en Activité Physique Adaptée. Si la consécration d'un champ disciplinaire spécifique à la masso-kinésithérapie n'apparaît ainsi pas de nature à instituer des rapports apaisés entre les corps considérés, celle-ci permettrait toutefois de régler, de manière plus ou moins définitive, la confusion qui règne entre les ceux-ci.

1223- Discuter de la singularité dont pourrait être doté le masseur-kinésithérapeute en vertu de la création d'un champ disciplinaire spécifique à sa matière appelle déjà à explorer la place que semble devoir occuper l'Activité Physique Adaptée (APA) dans le cadre des Sciences de la rééducation et de la réadaptation. Il a déjà été évoqué, quoique de manière très succincte, la question que pose la présence au sein des collèges représentatifs de la 91e section CNU d'enseignants-chercheurs prenant part à des recherches dans la discipline des APA. En effet, de cette présence semble résulter une forme d'immixtion du champ disciplinaire correspondant aux APA dans la consistance des Sciences considérées.

1224- Eu égard à leur finalité, les APA trouvent naturellement leur place au sein des Sciences de la rééducation et de la réadaptation[1286]. Cependant, cette situation doit être dénoncée, dans la mesure où elle s'avère fortement délétère pour les masseurs-kinésithérapeutes, dont l'exercice professionnel est de plus en plus confondu avec celui des enseignants en Activité Physique Adaptée. Ce n'est pas sans raison que les directions des UFR STAPS[1287] démontrent actuellement une réticence manifeste à délivrer, dans le cadre du dispositif de validation des études supérieures[1288], un diplôme de master

[1286] Notamment en vertu de sa substance qui peut être, sans qu'un doute ne soit permis, rattachée à la réadaptation.

[1287] Pour rappel, les Activités Physiques Adaptées (APA) constituent une des cinq filières des Sciences et techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS).

[1288] Ce dispositif a été créé par un décret du 19 août 2013. Pour plus de précisions, *cf.* Décret no 2013-756 du 19 août 2013, *op. cit.*

STAPS-APA aux masseurs-kinésithérapeutes qui en font la demande, alors même que ceux-ci ont pour la plupart validé en sus des études préparatoires au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, auquel correspondent aujourd'hui 240 crédits européens, une première année[1289] ou trois années de licence STAPS[1290]. En tout état de cause, ces directions craignent de voir affluer un grand nombre de demandes émanant de masseurs-kinésithérapeutes et être obligées de leur délivrer des diplômes STAPS. En somme, en rejetant ces demandes, elles luttent contre une dynamique qui pourrait, à terme, conduire à la dénaturation et la dépréciation de leurs diplômes.

1225- Sans qu'il ne soit nécessaire de discuter du bien-fondé de leur choix, il peut être saisi ici que la place qu'occupe chacun sur le terrain disciplinaire est déterminante du rapport de forces qui est voué à perdurer entre eux. Les enseignants en APA sont actuellement dans une position favorable par rapport aux masseurs-kinésithérapeutes. Ils devraient pouvoir tirer profit des difficultés que ne manquera pas de rencontrer la détermination des contenu et limites des Sciences de la rééducation et de la réadaptation. Ils pourraient être tentés d'exercer sur ce cadre disciplinaire une influence déterminante, voire même tenter d'en prendre le contrôle.

1226- Ainsi, il est défendu que, pour les masseurs-kinésithérapeutes, seule la création d'un champ disciplinaire qui leur soit propre, laquelle qui pourrait d'ailleurs être opérée dans le cadre des Sciences de la rééducation et de la réadaptation ou à l'extérieur de celui-ci, est de nature à leur permettre de recouvrer une véritable singularité et d'instaurer des rapports équilibrés et apaisés avec les enseignants en APA. Ce champ disciplinaire masso-kinésithérapique constituerait par ailleurs un cadre idéal pour que le corps correspondant entreprenne des recherches par lesquelles il éprouverait et perfectionnerait ses compétences. En tout état de cause, la consécration d'un tel champ s'avère aujourd'hui capitale pour l'évolution de la masso-kinésithérapie.

[1289] Dans le cadre de la sélection des candidats admis à poursuivre des études de masso-kinésithérapie. Pour une étude de cette modalité de sélection, *cf.* 1. Une admission post-baccalauréat organisée par l'Université, pourvoyeuse d'une égalité de chance de poursuivre des études en masso-kinésithérapie, p. 305.

[1290] Il s'agit de ceux qui bénéficient d'une admission par voie dérogatoire en IFMK. Pour une étude de cette modalité d'admission, *cf.* 2. Les admissions dérogatoires dans les études en masso-kinésithérapie sous le contrôle des Instituts de formation, p. 307.

Paragraphe 2 : Une consécration capitale pour l'évolution de la masso-kinésithérapie

1227- La création des Sciences de la rééducation et de la réadaptation constitue indéniablement un événement majeur du processus d'universitarisation de la masso-kinésithérapie, laissant présager, à bref délai, l'intégration aboutie de celle-ci dans le système universitaire. Cependant, cette création ne saurait à elle seule donner pleine satisfaction aux masseurs-kinésithérapeutes, qui désirent évoluer vers un métier en santé de niveau intermédiaire. Pour cause, l'existence de ces Sciences n'implique pas automatiquement que seront mises en œuvre, de manière effective et à court terme, des recherches spécifiques en masso-kinésithérapie, si capitales pour asseoir et développer les compétences nécessaires à l'exercice d'un métier en santé de niveau intermédiaire.

1228- Afin d'expliciter ces propos, il est proposé de présenter, dans un premier temps, en quoi la consécration du champ disciplinaire spécifique constitue une condition primordiale de l'effectivité de la recherche en masso-kinésithérapie (A), avant d'étudier, dans un second temps, les évolutions auxquelles pourraient conduire des recherches réalisées dans le champ masso-kinésithérapique (B).

A. Une consécration primordiale de l'effectivité de la recherche française en masso-kinésithérapie

1229- La création d'un champ disciplinaire propre à la masso-kinésithérapie présenterait l'avantage d'instituer un cadre théorique intangible, au sein duquel les enseignants-chercheurs universitaires masseurs-kinésithérapeutes pourraient mener à bien des recherches spécifiques, dont les résultats seraient susceptibles de rejaillir directement sur l'exercice du corps professionnel. À défaut, il est fort à parier que tendront à s'établir une confusion entre les savoirs agrégés au sein des Sciences de la rééducation et de la réadaptation et une concurrence entre les corps des enseignants-chercheurs correspondants. Les dissensions devraient alors notamment se cristalliser autour de la détermination des objets de recherche, chacun se trouvant alors limité dans la mise en œuvre d'une recherche effective spécifique à sa matière.

1230- Dans la perspective de mettre en exergue la nécessité de consacrer un champ disciplinaire spécifique et les effets escomptés de cette consécration sur la recherche en masso-kinésithérapie, il

importe de présenter, dans un premier temps, l'état actuel de la recherche française en masso-kinésithérapie (a), puis d'exposer, dans un second temps, pourquoi cette consécration disciplinaire masso-kinésithérapique est de nature à conférer à la recherche considérée une effectivité certaine (b).

a) La relative effectivité de la recherche française en masso-kinésithérapie

1231- Depuis quelques années, des auteurs masseurs-kinésithérapeutes[1291] se font les promoteurs de méthodes et protocoles propres à apprécier la qualité méthodologique des recherches réalisées en masso-kinésithérapie. Si leur action doit être saluée, puisqu'elle permet d'attirer l'attention des masseurs-kinésithérapeutes sur la nécessité d'évaluer leurs pratiques et offre un premier abord de la démarche scientifique, cet attrait pour juger de la scientificité du travail d'autrui révèle surtout l'impossibilité pour les masseurs-kinésithérapeutes de réaliser des recherches scientifiques valides et spécifiques à leur matière. Pour cause, malgré l'affirmation juridique du principe d'une recherche en masso-kinésithérapie, celle-ci ne semble pas vraiment effective en France.

1232- Justifier ce point invite à présenter, dans un premier temps, comment le principe de la recherche française en masso-kinésithérapie est depuis longtemps affirmé dans le corpus juridique (1), puis à exposer, dans un second temps, en quoi celle-ci reste aujourd'hui fondamentalement sous une dynamique externe, autrement dit en quoi celle-ci reste à ce jour constituée de recherches réalisées à l'étranger ou entreprises dans des champs disciplinaires autres que masso-kinésithérapie (2).

1. Le principe d'une recherche en masso-kinésithérapie affirmé dans le corpus juridique français

1233- La recherche en masso-kinésithérapie semble constituer, depuis un décret du 26 août 1985[1292], une réalité juridique. En effet, en vertu de l'article 10 de ce décret, les masseurs-kinésithérapeutes diplômés d'État étaient autorisés, à cette date, à participer à des actions de « développement de la recherche en rapport avec la masso-kinésithérapie » et aux « recherches d'ergonomie ». Neuf ans

[1291] Pour un exemple pertinent, le Docteur Arnaud DELAFONTAINE, a écrit un article sur la méthodologie de la lecture d'articles à caractère scientifique (DELAFONTAINE Arnaud, *Réussir la démarche de recherche universitaire en kinésithérapie et thérapie manuelle, Méthodologie. Lecture critique d'articles. Mémoire de fin d'études*, Paris, Elsevier Masson, 2019).

[1292] Décret n° 85-918 du 26 août 1985, *op. cit.*

plus tard, ces deux formules étaient reprises[1293] dans le décret du 8 octobre 1996[1294], mais séparées dans deux articles distincts, qui allaient devenir ultérieurement les articles R. 4321-12 et R. 4321-13 du Code de la santé publique[1295]. Or, à cette époque, seule « la participation » des membres du corps professionnel[1296] à la recherche « en rapport » avec la masso-kinésithérapie était prévue. Dès lors, les professionnels paramédicaux considérés ne pouvaient utilement développer la recherche « en » masso-kinésithérapie, puisque cette dernière n'était pas encore aucunement appréhendée en tant que telle, c'est-à-dire dans le cadre d'un champ disciplinaire spécifique[1297].

1234- La réforme des études préparatoires au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute opérée le 2 septembre 2015[1298] fait de la recherche un des axes principaux de la formation des étudiants en masso-kinésithérapie. À partir de cette date, la recherche n'est plus regardée comme une activité secondaire et accessible uniquement à un groupe restreint de masseurs-kinésithérapeutes[1299]. De manière explicite, tous sont incités à s'engager dans des « activités de recherche liées aux besoins en santé publique et liées aux mesures d'impact », dans des « activités de recherche clinique » et dans des « activités de recherche et d'exploitation de bases de données », ainsi que participer au « développement de collaborations pluridisciplinaires ». En corollaire, le masseur-kinésithérapeute est reconnu comme compétent pour « rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques ». Dès la rentrée scolaire 2015-2016 sont donc mis en place dans l'ensemble des Instituts de formation en masso-kinésithérapie de France les enseignements destinés à présenter aux étudiants des méthodes et protocoles propres à leur permettre de porter un regard critique sur la qualité méthodologique des recherches réalisées en masso-kinésithérapie.

1235- Ces nouvelles activités et compétences trouvent un relais dans la nouvelle rédaction de l'article L. 4321-1 du Code de la santé publique[1300], puisqu'y figure la possibilité, pour les masseurs-kinésithérapeutes de « concourir à la formation initiale et continue ainsi qu'à la recherche ». À cet égard, trois remarques s'imposent. La première remarque réside dans la place particulière à laquelle le vocable « recherche » apparaît. Le choix de l'article au sein duquel est

[1293] La formule « la recherche ergonomique » a remplacé « les recherches d'ergonomie ».

[1294] Décret n° 96-879 du 8 octobre 1996, *op. cit.*

[1295] Après la refonte du Code de la santé publique en 2004, *cf.* décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004, *op. cit.*

[1296] Tel que pour tous pans de l'activité masso-kinésithérapique. Pour une explication de ce propos, *cf.* développement n° 763, p. 269.

[1297] En raison de l'unité et l'unicité du champ disciplinaire en santé qu'est la médecine.

[1298] Décret n° 2015-1110 du 2 septembre 2015, *op. cit.*, et arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute relatif, *op. cit.*

[1299] À la neuvième place du référentiel d'activités du masseur-kinésithérapeute figurent les « recherche(s) et études en masso-kinésithérapie ».

[1300] Pour l'étude de la réforme de la lettre du premier alinéa de l'article L. 4321-1 du Code de la santé publique, *cf.* Paragraphe 1 : Le domaine de compétences renouvelé du masseur-kinésithérapeute, p. 342.

précisément définie la profession de masseur-kinésithérapeute ne semble pas le fruit du hasard. Ensemble, le transfert de cette compétence de la partie réglementaire à la partie législative du Code de la santé publique et la place qu'elle y occupe laissent supposer l'importance que devrait prendre, dans un avenir proche, l'activité de recherche du masseur-kinésithérapeute. La deuxième remarque consiste à révéler l'absence de qualificatif attribué à « la recherche » auquel les masseurs-kinésithérapeutes doivent s'adonner. Ele n'apparaît *a priori* pas particulièrement restreinte à la seule masso-kinésithérapie. D'ailleurs, la troisième remarque porte sur le verbe d'action utilisé pour qualifier l'entreprise du masseur-kinésithérapeute en matière de recherche. D'un point de vue strictement juridique, il n'y « participe » plus. Il y « concourt ». Si la différence de sens est subtile, elle n'en est pas moins déterminante. Alors que le verbe « participer », issu du terme latin *participare*, lui-même composé des racines *pars* et *capere*, qui signifient littéralement « prendre une partie de », évoque l'idée d'une appréhension parcellaire de l'objet d'autrui, en l'espèce du corps médical, le verbe « concourir », issu du latin *concurrere*, qui semble pouvoir être traduit par la périphrase « courir ensemble », incite davantage à considérer que le sujet partage avec d'autres l'objet, qui est donc commun. Ainsi, ceux qui concourent partagent un objet qui ne semble pouvoir accéder à une existence pleine et entière et être appréhendé dans sa globalité que grâce à la relation entre les intéressés[1301].

1236- Cette analyse corrobore l'idée selon laquelle les Sciences consacrées à la 91e section du Conseil national des universités constituent, en l'état, un cadre disciplinaire plein et entier au sein duquel se confondent les différents savoirs paramédicaux. En tout état de cause, en l'absence de champ spécifique, aucune recherche propre à la masso-kinésithérapie ne peut être raisonnablement envisagée. Dans ces conditions, celle-ci semble vouée à rester sous une dynamique externe.

2. Une recherche en masso-kinésithérapie fondamentalement sous dynamique externe

1237- En raison de l'inexistence actuelle d'un véritable champ masso-kinésithérapie, tout ce qui peut être appréhendé en France comme constitutif de recherche en masso-kinésithérapie possède un élément d'extranéité. Les recherches réalisées par les masseurs-kinésithérapeutes peuvent alors être réparties en deux catégories : celles caractérisées par une extranéité matérielle et celles marquées d'une extranéité géographique.

1238- Les recherches à extranéité matérielle sont la conséquence directe de l'impossibilité pour les

[1301] Ce raisonnement est également applicable aux corps des orthophonistes, des orthoptistes et, dans une moindre mesure, des techniciens de laboratoire médical, dont les définitions juridiques offrent la possibilité de concourir, pour les deux premiers, ou participer, pour le troisième, à la recherche.

masseurs-kinésithérapeutes diplômés d'État de conduire des recherches dans un champ disciplinaire qui correspond à la masso-kinésithérapie. Au cours des décennies, nombreux sont ceux qui ont exploré les savoirs du corps professionnel au travers de champs disciplinaires connexes. La présente thèse constitue un exemple patent. Si elle est réalisée au sein d'un laboratoire de recherche en droit de la santé, y sont malgré tout mobilisés et explicités des savoirs qui peuvent être rattachés à la pratique de la masso-kinésithérapie. Pour autant, pourrait-il être soutenu qu'il s'agit ici d'une thèse en masso-kinésithérapie ? Assurément non. En effet, le champ disciplinaire dans lequel est conduite cette recherche, à savoirs les sciences juridiques, confère à celle-ci, qui pourrait être appréhendée *a posteriori* comme « une recherche en masso-kinésithérapie », un élément d'extranéité matérielle certain à l'égard d'un hypothétique champ masso-kinésithérapique. Considérant ceci, la totalité des recherches conduites ces dernières années par des masseurs-kinésithérapeutes en France l'a été dans des champs variés, tels que la sociologie, les Sciences de l'éducation, la biomécanique, les Sciences et techniques des Activités Physiques et Sportives, etc.

1239- Les recherches à extranéité géographique sont aujourd'hui légion. Elles révèlent notamment le retard pris par la France en matière de recherche en santé entreprises dans les champs autres que la médecine. Or, de telles recherches ne pouvaient être jusqu'alors réalisées dans une université française, puisqu'il n'existait avant le 30 octobre 2019, en tant que champ disciplinaire en santé, que la seule médecine. Il en résulte qu'aujourd'hui toutes les études en masso-kinésithérapie ont été menées à l'étranger[1302]. La masso-kinésithérapie française se trouve par conséquent profondément marquée du sceau de ce qui est communément dénommé la démarche EBP, acronyme signifiant *Evidence based pratice*, autrement dit « la pratique fondée sur les preuves scientifiques ». L'EBP constitue un courant doctrinal puissant, auquel rien ne saurait résister. D'origine anglo-saxonne, il pénètre le corps des masseurs-kinésithérapeutes mondial, dans son ensemble. Afin d'y participer, les membres du corps national n'auront pas d'autre choix que d'intégrer des laboratoires de recherche établis au sein d'universités étrangères ou d'obtenir des pouvoirs publics les moyens de pourvoir, en France, la recherche en masso-kinésithérapie d'une réelle effectivité.

b) Vers une réelle effectivité de la recherche française en masso-kinésithérapie

1240- Alors que le principe de la recherche en masso-kinésithérapie est explicitement affirmé dans le corpus juridique, notamment à l'article L. 4321-1 du Code de la santé publique, celle-ci n'est, à

[1302] À l'étranger, la dénomination utilisée est plutôt celle de « physiothérapie ». Pour une explication de cette différence, *cf.* REMONDIÈRE Rémi, « Physiothérapie ou kinésithérapie, une archéologie de l'appellation », *Kinésithérapie, la Revue*, mars 2017, n° 183, p. 44-48.

ce jour, toujours pas effective. Une des raisons qui peut notamment être avancée est l'inexistence d'un champ disciplinaire spécifique à la matière. Il est donc proposé ici d'exposer en quoi la consécration d'un tel champ permettrait à la recherche en question de ressembler à autre chose qu'à une coquille vide. Il ne fait aucun doute que contre ce propos, d'aucuns soulèveront promptement que le cadre disciplinaire constitué par les Sciences de la rééducation et de la réadaptation est d'ores et déjà en mesure d'assurer ce rôle et qu'il n'existe pas, par conséquent, de nécessité impérieuse de consacrer des champs disciplinaires spécifiques aux activités paramédicales constitutives. Or, si cette section CNU est vouée vraisemblablement à regrouper les enseignants-chercheurs issus des corps paramédicaux, ce qui a d'ailleurs déjà commencé, et à agréger les savoirs correspondants, en l'état, les recherches spécifiques en masso-kinésithérapie ne sont pas en passe de voir le jour.

1241- Dans la perspective de démontrer en quoi la recherche effective en masso-kinésithérapie reste subordonnée à la consécration d'un champ disciplinaire spécifique, il convient d'exposer, dans un premier temps, en quoi cette recherche apparaît, dans le cadre des Sciences de la rééducation et de la réadaptation, compromise (1), avant d'explorer, dans un second temps, les apports en la matière de la détermination d'un cadre de recherche spécifique à la masso-kinésithérapie (2).

1. La recherche en masso-kinésithérapie compromise dans le cadre des Sciences de la rééducation et de la réadaptation

1242- À la suite de la consécration des Sciences de la rééducation et de la réadaptation, les premiers enseignants-chercheurs ont été qualifiés aux fonctions de maître de conférences ou Professeur des universités et rattachés à la 91e section CNU. Ainsi, est actuellement envisagée, dans de nombreuses universités françaises, la création de cursus spécifiques. Cependant, en tout état de cause, leur mise en place ne pourra être considérée comme totalement finalisée que lorsque seront créées des écoles doctorales destinées à promouvoir, en tout ou partie, la recherche en Sciences de la rééducation et en réadaptation.

1243- Or, en l'état, le cadre disciplinaire constitué par ces Sciences apparaît assez confus, puisqu'il agrège des savoirs paramédicaux qui sont déjà en eux-mêmes difficiles à distinguer. Cela n'aurait été aucunement un problème, si l'ensemble des enseignants-chercheurs qui mobilisent ces savoirs avait été homogène. En effet, chacun sait que la concurrence peut être rude au sein d'une équipe universitaire. Quelle ambiance peut-il raisonnablement régner au sein de ce groupe d'enseignants-chercheurs récemment créé et marqué par sa forte hétérogénéité ? Est-il imaginable qu'une coopération entre tous ses membres s'instaure spontanément et ceux-ci se saisissent, développent et

assoient ensemble les bases scientifiques de leur discipline commune, alors que chacun aura, de toute évidence, plus de facilités et d'intérêts à se rapprocher de ceux avec lesquels il partage ses origines professionnelles ?

1244- Dans ces conditions, les enjeux corporatistes ne devraient avoir aucune peine à s'exprimer. La question essentielle des recherches à réaliser, tant d'un point de vue de leur opportunité que de la détermination de leur objet, ne manquera pas de se poser. À ce sujet, la concurrence entre les sous-groupes d'enseignants-chercheurs devrait être exacerbée. En effet, si elle existe déjà sur le terrain professionnel, les recherches en Sciences de la rééducation et de la réadaptation seront l'occasion, pour chacun, de faire valoir sa légitimité à exercer les compétences et prérogatives correspondantes, jugées prééminentes dans le système de santé. Pour ce faire, chacun cherchera alors à fédérer le plus grand nombre des membres autour de l'objet tant convoité. Il faut comprendre par là qu'un objet de recherche relatif à la rééducation et la réadaptation d'ores et déjà étudié par un corps paramédical apparaîtra bien plus difficile à appréhender.

1245- Dès lors, comment espérer qu'une recherche effective en masso-kinésithérapie voit le jour ? Il reste permis aux plus optimistes de penser que pourrait se révéler à tous l'intérêt de réaliser des recherches communes ou convergentes, propres à permettre de dégager les éléments essentiels des Sciences considérées, lesquelles pourraient fort bien trouver à s'appliquer à la masso-kinésithérapie. Est-ce souhaitable, alors que l'affirmation d'une identité pour chacun apparaît déjà compromise ? Par ailleurs, n'y aurait-il pas là un risque de confusion généralisé des différents champs en lien avec la rééducation et la réadaptation, ce tant d'un point de vue disciplinaire que professionnel ? La question demeure, bien que cette voie présente l'avantage certain d'établir une séparation nette entre les Sciences de la rééducation et de la réadaptation et les Sciences et techniques des Activités Physiques et Sportives, mention Activités Physiques Adaptées. Mais à quel prix !

1246- Pour toutes ces raisons, est défendue la nécessité de consacrer un champ disciplinaire masso-kinésithérapique, propre à constituer un cadre de recherche spécifique à la matière.

2. Les apports en matière de recherche d'un cadre spécifique à la masso-kinésithérapie

1247- La recherche en masso-kinésithérapie ne saurait être effective sans la création préalable d'un champ disciplinaire masso-kinésithérapique.

1248- Celui-ci devrait vraisemblablement jouer, quand bien même il serait consacré à l'intérieur des Sciences de la rééducation et de la réadaptation, le rôle de cadre disciplinaire vers lequel pourraient

converger tous les enseignants-chercheurs issus du corps des masseurs-kinésithérapeutes. Ainsi, l'existence de celui-ci pourrait conduire le plus grand nombre d'entre eux, aujourd'hui disséminés dans de nombreuses disciplines, à se pencher sur les objets de recherche spécifiques à la matière. Ensemble, ces chercheurs pourraient alors développer les fondements scientifiques et affirmer les spécificités de l'activité de santé. À terme, ces recherches seraient même susceptibles de rejaillir sur les contours des champs professionnels masso-kinésithérapiques[1303]. La confusion avec les activités circonvoisines tendrait à s'effacer, la concurrence entre les corps professionnels à s'estomper. À ce titre, la consécration d'un champ disciplinaire spécifique à la masso-kinésithérapie apparaît comme une condition essentielle d'une identité professionnelle recouvrée.

1249- En outre, d'une manière plus générale, la détermination d'un champ disciplinaire spécifique à chacun annihilerait sans conteste le risque concurrentiel corporatiste qui semble menacer, en l'état, le développement des Sciences de la rééducation et de la réadaptation. L'appropriation consensuelle des limites et des objets de recherche ne serait pas nécessaire, puisque d'ores et déjà déterminée par avance pour chacun des champs disciplinaires considérés. Une démarche participative et profitable à tous pourrait être aisément initiée, les enseignants-chercheurs[1304] ayant alors tout intérêt à mettre ensemble en exergue les éléments essentiels de la 91e section CNU[1305]. Le corps des enseignants-chercheurs, désormais unifié, pourrait avec facilité défendre la singularité de ses champs vis-à-vis de ceux des corps circonvoisins, au premier titre desquels figurent les enseignants en APA. Également, il en résulterait la possibilité, pour les corps professionnels correspondants, d'affirmer et faire reconnaître les spécificités de leurs activités respectives. Il n'y aurait plus aucun obstacle pour mettre en œuvre, de manière efficace, la multi-, la pluri- ou l'inter-disciplinarité.

1250- Rien de ne s'oppose *a priori* à ce qu'un corps appartienne à un ensemble cohérent et, dans le même temps, affirme ses spécificités. Pour autant, il n'est pas certain que la cohésion des membres des Sciences de la rééducation et de la réadaptation soit ainsi assurée et la pérennité de l'ensemble acquise. En effet, certains clament déjà haut et fort leur volonté sécessionniste, notamment en raison « des enjeux fondamentaux que représente la juste reconnaissance […] (d'un) champ disciplinaire spécifique »[1306]. Si cette volonté peut être regardée, dans une certaine mesure, comme fondée, elle

[1303] C'est d'ailleurs l'idée qui sous-tend l'ensemble du titre II de la seconde partie du présent travail.

[1304] S'il est considéré que le corps des enseignants-chercheurs des Sciences de la rééducation et de la réadaptation est subdivisé en sous-groupes en fonction de l'origine professionnelle des membres correspondants.

[1305] Les éléments essentiels de ce qui revient exclusivement au champ des Sciences de la rééducation et de la réadaptation pourraient être déterminés de manière résiduelle à l'issue du processus de détermination des différents champs disciplinaires constitutifs de l'entité scientifique consacrée à la 91e section du CNU.

[1306] Fédération national des orthophonistes, *Recherche : le conseil d'administration vote pour la création d'une section de CNU « Sciences orthophoniques »* [en ligne], publié le 22 juillet 2019, [consulté le 27 juillet 2020], https://fno.fr/actualites/pratiques-professionnelles/le-conseil-d administration-vote-pour-la-creation-dune-section-de-cnu-sciences-orthophoniques/

témoigne surtout d'un état d'esprit délétère, par lequel les représentants de corps paramédicaux font primer les intérêts corporatistes, nonobstant les conséquences dommageables considérables que leur action est susceptible de porter aux intérêts de l'ensemble des corps concernés. Que les pouvoirs publics fassent partiellement droit à leur demande et consacrent un champ disciplinaire spécifique aux « sciences orthophonistes », mais qu'ils le laissent à l'intérieur des Sciences de la rééducation et de la réadaptation !

1251- Après avoir démontré que la consécration d'un champ disciplinaire masso-kinésithérapique permettrait de rendre effective la recherche en masso-kinésithérapie, il doit être étudié en quoi cette dernière est de nature à amorcer une dynamique d'évolution favorable de la pratique paramédicale en question.

B. L'évolution de la pratique de la masso-kinésithérapie consécutive à l'institution de plusieurs niveaux de compétences en masso-kinésithérapie

1252- Le lien entre la recherche en masso-kinésithérapie et l'évolution de la pratique paramédicale en question a déjà été établi précédemment. Cependant, reste à établir la manière dont pourrait, de manière vraisemblable, évoluer cette pratique. Un élément de réponse réside dans le corollaire à toute intégration pleine et entière d'un champ disciplinaire dans le système universitaire, à savoir l'organisation de formations universitaires spécifiques. Il semble donc devoir être nécessairement envisagé la création, à moyen terme, de trois diplômes distincts en masso-kinésithérapie, à savoir la licence, le master et le doctorat.

1253- Dans la perspective d'explorer les conséquences prévisibles de l'intégration universitaire de la masso-kinésithérapie sur la pratique professionnelle correspondante, il importe de présenter, dans un premier temps, la remise en question de l'unicité actuelle du niveau de compétences en masso-kinésithérapie que cette intégration ne manquera pas de provoquer (a), puis d'envisager, dans un second temps, l'évolution que pourrait être amenée à connaître, dans ces conditions, la pratique de la masso-kinésithérapie (b).

a) La progressive remise en question de l'unicité du niveau de compétences en masso-kinésithérapie

1254- L'intégration aboutie de la masso-kinésithérapie dans le système universitaire, résultat de la création d'un champ disciplinaire spécifique, pose la délicate question du cadre institutionnel dans lequel pourraient être dispensés les enseignements correspondants. Si ce cadre est actuellement constitué par les Instituts de formation en masso-kinésithérapie, dont la grande majorité possède un statut privé, une intégration universitaire aboutie devrait logiquement conduire au transfert des enseignements considérés dans l'enceinte universitaire[1307]. Dans ces conditions, la réorganisation des études en masso-kinésithérapie sous la forme Licence-Master-Doctorat serait inévitable[1308]. Or, à ces trois diplômes universitaires correspondraient alors obligatoirement différents niveaux de compétences en masso-kinésithérapie, ce qui ne manquerait pas de rejaillir sur la manière dont devrait être appréhendée et exercée la masso-kinésithérapie.

1255- Sera ainsi présentée, dans un premier temps, l'unicité originelle du niveau de compétences en masso-kinésithérapie (1), puis exposé, dans un second temps, en quoi celle-ci commence d'ores et déjà à être remise en question (2).

1. L'unicité originelle et actuelle du niveau de compétences en masso-kinésithérapie

1256- Depuis sa consécration dans le système de santé français en 1946, la pratique de la masso-kinésithérapie est fondée sur la titularité du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute et à celui-ci correspond un niveau de compétences unique[1309]. En ce sens, tous les masseurs-kinésithérapeutes possèdent, pour l'exercice de leur profession, le même diplôme, lequel ouvre le droit d'exercer, sans aucune restriction, l'ensemble des compétences et prérogatives mises en œuvre dans le cadre de la pratique de la masso-kinésithérapie.

1257- Il n'est nullement requis pour l'exercice de prérogatives particulières ou l'intervention dans un champ spécifique un autre diplôme ni une attestation de formation complémentaire. À ce titre, il n'existe donc pas, contrairement à ce que d'aucuns peuvent laisser entendre, de spécialisations ou

---

[1307] Le transfert de la dispensation des études en masso-kinésithérapie dans l'enceinte universitaire pourrait être réalisé, dans un premier temps, que de manière partielle. Il est fort à parier que ce transfert sera, à moyen terme, total, à moins que les pouvoirs publics français ne reproduisent le modèle belge, dans lequel il est permis de poursuivre, de manière alternative, des études en masso-kinésithérapie en IFMK ou à l'université.

[1308] La première partie de cette formation initiale pourrait être commune à l'ensemble des champs disciplinaires de la filière des Sciences de la rééducation et de la réadaptation.

[1309] Il est ici question des compétences pratiques, mises en œuvre dans le cadre de l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute.

de spécialités en masso-kinésithérapie[1310]. Le corps professionnel est ainsi intrinsèquement caractérisé par son homogénéité la plus totale, qui résulte directement de l'unicité du diplôme correspondant. Cette situation est d'ailleurs aujourd'hui âprement défendue par le Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, dont les membres s'opposent fermement à l'inscription au tableau de l'Ordre des professionnels des titulaires de diplôme de masseur-kinésithérapeute obtenu en dehors de l'Union européenne et s'élèvent contre l'accès partiel à la masso-kinésithérapie[1311].

1258- Pourrait être évoquée ici la question de la différence de diplômes résultant de la réforme des études en masso-kinésithérapie opérée en septembre 2015, notamment eu égard à la durée de ces dernières. En effet, alors que ces études duraient initialement deux ans[1312], elles ont été allongées à trois ans[1313], puis à quatre ans[1314]. Cet allongement s'est logiquement accompagné de la modification substantielle du contenu des études et donc des compétences effectivement maîtrisées. Par ailleurs, les masseurs-kinésithérapeutes diplômés après l'été 2019, soit ceux qui ont bénéficié de la réforme du 2 septembre 2015, sont titulaires d'un diplôme d'État qui correspond à 240 crédits européens, alors qu'aucune équivalence n'est reconnue aux diplômes délivrés avant l'été 2017. Le corps professionnel pourrait ainsi être considéré comme hétérogène. Toutefois, à l'aune de la titularité du diplôme d'État, laquelle prime en l'espèce, tous les membres du corps considérés sont appréciés comme égaux en compétences.

1259- Cette égalité de compétences est d'ailleurs retrouvée dans la lettre de l'article L. 4321-1 du Code de la santé publique, dans sa version actuelle, qui fait état du masseur-kinésithérapeute dans sa dimension toute singulière, sans ne jamais laisser transparaître la possibilité qu'il puisse exister différents niveaux de compétences au sein du corps professionnel. Les référentiels d'activités, de compétences et de formation, sur lesquels est fondée la réforme du 2 septembre 2015, vont dans le même sens.

1260- Toutes les compétences masso-kinésithérapiques sont donc attribuées, indistinctement, à tous les membres du corps professionnel, qui apparaît ainsi parfaitement homogène. Cependant, depuis quelques années des tempéraments à ce principe commencent progressivement à apparaître.

[1310] En tous cas, reconnues en tant que telles. S'il existe des spécialisations de fait, lorsqu'un masseur-kinésithérapeute exerce pendant plusieurs décennies dans un même service, ou auprès de patients présentant la même symptomatologie, aucune spécialité en masso-kinésithérapie ne trouve d'assise juridique.

[1311] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Accès partiel à la profession de masseur-kinésithérapeute* [en ligne], publié le 7 novembre 2017, [consulté le 10 juillet 2019], http://www.ordremk.fr/actualites/ordre/acces-partiel-a-la-profession-de-masseur-kinesitherapeute/

[1312] Décret n° 47-1279 du 7 juillet 1947, *op. cit.*

[1313] Décret n° 69-282 du 28 mars 1969, *op. cit.*

[1314] Décret n° 2015-1110 du 2 septembre 2015, *op. cit.*

2. Les prémices d'une remise en question de l'unicité du niveau de compétences en masso-kinésithérapie

1261- L'unicité du niveau de compétences en masso-kinésithérapie apparaît comme un élément plutôt favorable au corps professionnel. En vertu de celle-ci, les champs professionnels apparaissent marqués d'une certaine cohérence et le corps caractérisé d'une particulière cohésion. Elle offre également l'assurance que tous les usagers du système de santé pourront avoir accès, en toutes circonstances, à un professionnel qui possède les compétences requises pour leur prodiguer les soins masso-kinésithérapiques les plus appropriés et adaptés à leur état de santé.

1262- Cependant, depuis quelques années, cette unicité tend progressivement à se fissurer. En effet, s'il n'avait jamais existé de pathologies pour la prise en charge desquelles ou de pratiques pour l'exercice desquelles le masseur-kinésithérapeute devait justifier de la titularité d'un titre ou d'une formation complémentaire, le Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes a affirmé dans un avis du 17 juin 2017 que « seul le kinésithérapeute ayant validé un cursus de formation complémentaire** à celui de sa formation initiale peut réaliser la "puncture kinésithérapique par aiguille sèche" »[1315]. Cette pratique, qui consiste en l'utilisation d'aiguilles fines à destination cutanée ou musculaire, est donc aujourd'hui réservée aux masseurs-kinésithérapeutes ayant passé avec succès l'« examen de certification [...] pour une validation pleine et entière de la capacité à pratiquer le traitement des points gâchettes par Dry Needling »[1316]. Toutefois, ce tempérament peut être en partie relativisé. En effet, cette pratique n'a été appréhendée par le corps professionnel que très récemment, alors que les décrets d'actes en vigueur sont obsolètes et les nouveaux décrets non encore publiés. L'intention de l'instance ordinale n'est donc pas réellement d'instituer deux niveaux compétences masso-kinésithérapiques, le nombre de praticiens concernés restant encore, pour le moment, très limité. Elle cherche plutôt à promouvoir un cadre de formation propre à permettre aux masseurs-kinésithérapeutes intéressés de bénéficier d'une formation uniformisée et à la pratique concernée de faire l'objet d'une diffusion standardisée et une intégration réussie dans la masso-kinésithérapique. À terme, la « puncture par aiguille sèche » pourrait ainsi intégrer les études préparatoires au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute.

1263- Un autre argument en faveur de la remise en question de l'unicité du niveau de compétences masso-kinésithérapique réside dans la mesure réglementaire permettant, « lorsque les laboratoires

---

[1315] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Avis n° 2017-02 du Conseil national de l'Orde du 14 juin 2017 relatif à la pratique par un kinésithérapeute de la « puncture kinésithérapique par aiguille sèche »* [en ligne], 14 juin 2017, https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/05/avis-cno-n2017-02-_-cno-14-et-15-juin-2017-relatif-a-la-pratique-de-la-ponction-seche.pdf/

[1316] *Ibid.*

de biologie médicale ne disposent pas du nombre de personnels nécessaire à la réalisation de la phase préanalytique de l'examen de "détection du génome du SARS-CoV-2 par RT PCR", (de faire réaliser) le prélèvement naso-pharyngé [...] par un masseur-kinésithérapeute diplômé d'État, à condition qu'il atteste avoir suivi une formation spécifique à la réalisation de l'examen conforme aux recommandations de la Société française de microbiologie et dispensée par un médecin ou un biologiste médical »[1317]. Cette nouvelle compétence, provisoire est-elle, reste manifestement fondée sur des considérations d'opportunité, qui découlent du contexte sanitaire actuel. Il n'en demeure pas moins que le masseur-kinésithérapeute peut être regardé comme particulièrement compétent en la matière, notamment en raison de son aptitude à « pratiquer les aspirations rhinopharyngées et les aspirations trachéales chez un malade trachéotomisé ou intubé »[1318]. Toutefois, en lui imposant de suivre une formation spécifique complémentaire, ceux-ci laissent entendre que tous les membres du corps professionnel ne sont pas aptes à procéder aux prélèvements considérés et qu'il apparaît ainsi préférable pour tous de s'assurer qu'ils ont été correctement formés à cet effet. En outre, cette habilitation crée une impalpable, mais véritable différence de niveau de compétences dans le corps des masseurs-kinésithérapeutes, laquelle pourrait fort bien être trouvée à s'appliquer plus largement si les circonstances l'imposaient.

1264- Enfin, peut être mentionnée la diffusion, par le Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, de référentiels relatifs au « masseur-kinésithérapeute ostéopathe »[1319], au sein desquels était explicitement exprimée une différence de niveau de compétences entre les membres du corps professionnel titulaires du titre d'ostéopathe et ceux qui ne l'étaient pas.

1265- En tout état de cause, si l'unicité du niveau de compétences en masso-kinésithérapie venait à voler en éclats, notamment à la suite de l'intégration aboutie d'un champ disciplinaire spécifique dans le système universitaire, la pratique professionnelle en serait irrémédiablement bouleversée.

b) Les impacts d'une reconnaissance de différents niveaux de compétences en masso-kinésithérapie

1266- Sera ici discutée l'évolution dont pourrait bénéficier la masso-kinésithérapie en raison de l'intégration aboutie d'un champ disciplinaire masso-kinésithérapique dans le système universitaire,

[1317] Arrêté du 15 septembre 2020 modifiant l'arrêté du 10 juillet 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans les territoires sortis de l'état d'urgence sanitaire et dans ceux où il a été prorogé, JORF n° 226 du 16 septembre 2020, texte n° 24.

[1318] Article R. 4321-9 du Code de la santé publique.

[1319] Pour des précisions sur ce référentiel, *cf*. a) Une appropriation légitimée par la nature médicale de l'ostéopathie pratiquée par les masseurs-kinésithérapeutes, p. 96.

l'organisation de cursus spécifiques et la délivrance de diplômes de grade différents. En effet, il ne peut être raisonnablement soutenu que dans ces conditions l'unicité précédemment décrite perdure.

1267- Ainsi, afin d'expliquer les conséquences consécutives à l'instauration de différents niveaux en masso-kinésithérapie, il convient de démontrer, dans un premier temps, en quoi la pratique de la masso-kinésithérapie doit logiquement correspondre au niveau master (1), avant d'explorer, dans un second temps, la voie que pourrait ouvrir l'institution d'un doctorat en masso-kinésithérapie (2).

1. Les conséquences de la reconnaissance de la pratique masso-kinésithérapique actuelle au niveau master

1268- Le 17 mai 2021, le ministre des Solidarités et de la Santé annonçait la reconnaissance des diplômes d'État de masseur-kinésithérapeute délivrés à partir de juillet 2021 au grade de master. Si cette décision politique peut par certains aspects surprendre, en ce sens que l'entièreté des diplômes délivrés à l'issue des études en masso-kinésithérapie telles que réformées par les normes édictées le 2 septembre 2015 mérite cette reconnaissance, c'est-à-dire tous ceux délivrés à partir de juin 2019, elle n'en demeure pas moins pertinente. Il n'est dès lors pas question de démontrer ici le bien-fondé de la décision gouvernementale. Par contre, il peut en être expliqué les conséquences sur la masso-kinésithérapie, et cela à court et moyen terme.

1269- À cette fin, il doit être rappelé que l'intégration aboutie de la masso-kinésithérapie dans le système universitaire devrait conduire, à terme, à la consécration d'un champ disciplinaire masso-kinésithérapique, l'instauration de cursus universitaires spécifiques à la matière et, par conséquent, la délivrance, par l'Université, de diplômes correspondant à la licence, le master et le doctorat en masso-kinésithérapie. En tout état de cause, cette situation ne saurait survenir dans le seul cadre des Sciences de la rééducation et de la réadaptation. En effet, si la validation de trois années d'un cursus dédié aux Sciences considérées permettait aux étudiants de maîtriser les bases de la rééducation et de la réadaptation, il faudrait, pour que ceux-ci puissent exercer effectivement la profession de masseur-kinésithérapeute, qu'ils bénéficient d'enseignements spécifiques à la masso-kinésithérapie. Or, ces derniers ne pourraient être spécifiques qu'en vertu d'une discipline masso-kinésithérapique consacrée. Comment cela pourrait-être différemment ?

1270- Quoi qu'il en soit, l'intégration aboutie de la masso-kinésithérapie à l'Université conduirait donc, à terme, à trois niveaux de compétences. Or, si au master en masso-kinésithérapie, délivré à l'issue des cinq années d'études universitaires, correspondait l'actuel diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, *quid* des compétences confiées aux titulaires de la seule licence en masso-kinésithérapie ? La création d'une nouvelle catégorie professionnelle caractérisée par la dimension

technique essentielle de l'activité, tel qu'était autrefois appréciée la masso-kinésithérapie, apparaît comme une réponse possible. Elle présenterait l'avantage d'offrir des débouchés à ceux qui ne désirent pas poursuivre des études au-delà du niveau de la licence et de pourvoir les masseurs-kinésithérapeutes d'auxiliaires. Cette configuration professionnelle est d'ailleurs d'ores et déjà en vigueur dans certains pays étrangers. Ces nouveaux professionnels pourraient être dénommés « thérapeutes en masso-kinésithérapie » ou encore « thérapeutes en rééducation et réadaptation »[1320].

1271- Dans ce cas, l'unicité du niveau de compétences en masso-kinésithérapie serait totalement et irrémédiablement compromise. Il n'existerait dès lors plus aucun obstacle pour que le doctorat en masso-kinésithérapie puisse donner accès à l'exercice d'un véritable métier intermédiaire en santé.

2. Le Doctorat en masso-kinésithérapie et l'exercice d'un métier en santé de niveau intermédiaire

1272- Si le diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute venait à être remplacé par un diplôme de master en masso-kinésithérapie, l'exercice en pratique avancée en masso-kinésithérapie ne pourrait aucunement être permis en raison de la titularité d'un diplôme complémentaire de grade master. Cela résonne comme une évidence. Dans le cas contraire, les masseurs-kinésithérapeutes désireux de poursuivre des études dans le but d'évoluer professionnellement se verraient contraints de valider un second master, alors que la voie du doctorat leur serait logiquement ouverte.

1273- La question du niveau de compétences qu'il conviendrait d'attribuer aux titulaires du doctorat en masso-kinésithérapie se pose alors. Aucune réponse évidente ne peut être formulée. De manière certaine, celui-ci ne saurait correspondre à un exercice en pratique avancée, lequel n'équivaut pas à l'exercice d'un métier intermédiaire en santé, bien que les membres de la mission présidée par Laurent HÉNART ont, dans leur rapport, établi un lien entre ces deux exercices. Par ailleurs, à l'aune du cadre réglementaire institué pour l'exercice infirmier en pratique avancée, cette modalité ne semble pas pouvoir pleinement satisfaire le masseur-kinésithérapeute.

1274- Une des raisons majeures réside dans les prérogatives confiées, lesquelles pourraient être jugées comme bien insuffisantes pour un corps professionnel dont la grande majorité des membres officient dans un cadre libéral[1321]. En effet, ceux-ci participent d'ores et déjà « à la prise en charge

[1320] Cette proposition est réalisée par analogie à ce qui est fait au Québec, dans le système de santé duquel exercent des « thérapeutes en réadaptation physique ». Cette dénomination est préférable à celle d'aide kinésithérapeute, qui centre l'attention sur le lien de subordination plutôt que sur la compétence professionnelle.

[1321] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Rapport : Démographie des kinésithérapeutes, Une expansion incapable de répondre à la pénurie hospitalière et à la disparité ville/campagne*, *op. cit*

globale des patients dont le suivi lui est confié par un médecin »[1322]. En outre, ils « apporte(nt) […] (leur) expertise et participe(nt), en collaboration avec l'ensemble des professionnels concourant à la prise en charge du patient, à l'organisation des parcours entre les soins de premier recours, les médecins spécialistes de premier ou deuxième recours et les établissements et services de santé ou médico-sociaux »[1323]. Enfin, et cela contrairement aux infirmiers exerçant en pratique avancée, ils procèdent déjà eux-mêmes à « la conduite diagnostique et […] (à des) choix thérapeutiques »[1324].

1275- Cependant, en matière de possibilités d'initiatives et de compétences, le dispositif d'exercice en pratique avancée présente un véritable intérêt pour le masseur-kinésithérapeute. En effet, si dans le cadre habituel de son activité professionnelle il s'attache à « conduire un entretien avec le patient qui lui est confié, effectuer une anamnèse de sa situation et procéder à son examen clinique »[1325], la réglementation en vigueur ne lui permet toujours pas d'« effectuer tout acte d'évaluation et de conclusion clinique ou tout acte de surveillance clinique et para clinique, consistant à adapter le suivi du patient en fonction des résultats des actes techniques ou des examens complémentaires », « demander les actes de suivi et de prévention » ou encore « prescrire des médicaments […] (ou) des dispositifs médicaux non soumis à prescription médicale obligatoire […] ni des examens de biologie médicale »[1326].

1276- Or, l'attribution de ces compétences à un corps professionnel à majorité libérale[1327] conduirait vraisemblablement à la création d'un métier en santé de niveau intermédiaire, tel que l'ont dessiné les membres de la mission présidée par Laurent HÉNART. Toutefois, doit être ici défendu que ces praticiens en santé devraient plutôt être titulaires d'un doctorat en masso-kinésithérapie. En effet, les études doctorales seraient l'occasion de valider des formations spécifiques, ayant pour but de les préparer à l'exercice de ces nouvelles prérogatives étendues.

1277- Deux reproches peuvent être opposés à cette réflexion. Le premier reproche réside dans la finalité du doctorat, qui a vocation à former à la recherche et non pas à un exercice professionnel. Le second reproche correspond à la qualité qui doit caractériser le métier intermédiaire en santé dont la création est défendue. Celui-ci ne peut pas vraiment être regardé comme « intermédiaire », alors que les membres de la mission présidée par Laurent HÉNART appréhendaient cette qualité à

[1322] Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018, *op. cit.*

[1323] *Ibid.*

[1324] *Loc. cit.*

[1325] *Loc. cit.*

[1326] *Loc. cit.*

[1327] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Rapport : Démographie des kinésithérapeutes, Une expansion incapable de répondre à la pénurie hospitalière et à la disparité ville/campagne*, *op. cit.*

l'aune du nombre d'années d'études, soit à cinq. Ainsi, la question du niveau de compétences qui doit correspondre au doctorat en masso-kinésithérapie apparaît aujourd'hui quasi insoluble et reste inexorablement pendante. Il appartiendra en temps utile aux pouvoirs publics de la trancher.

1278- La création d'un champ disciplinaire spécifique à la masso-kinésithérapie apparaît à bien des égards impérative. Celle-ci pourvoirait les masseurs-kinésithérapeutes d'une singularité certaine. Par ailleurs, en permettant l'effectivité de la recherche en masso-kinésithérapie, elle fournirait au corps professionnel les moyens d'amorcer une évolution substantielle. En tout état de cause, les conditions sous lesquelles ce champ disciplinaire pourrait être consacré et les apports qui en résulteraient ont été traités. Ainsi, il convient maintenant de se pencher sur la manière dont celui-ci pourrait être déterminée.

Chapitre 2 : De la manière de déterminer le champ disciplinaire masso-kinésithérapique

1279- L'analyse prospective de l'évolution de la masso-kinésithérapie conduit à s'interroger sur la manière dont doit être déterminé le champ disciplinaire masso-kinésithérapique pour qu'il soit spécifique et défini par des éléments suffisamment distinctifs. Que ce champ trouve sa place au sein des Sciences de la rééducation et de la réadaptation ou en dehors de celles-ci, il devra pouvoir être nettement distingué des autres champs disciplinaires circonvoisins, c'est-à-dire tant des champs paramédicaux que des champs des Activités Physiques Adaptées. L'enjeu revêt, pour les masseurs-kinésithérapeutes, une importance de taille, car la qualité de la détermination de leur champ disciplinaire ne manquera pas d'influencer fortement l'évolution ultérieure du corps professionnel.

1280- Cette entreprise est loin d'être aisée, l'analyse prospective s'exposant, de manière logique, à de nombreuses critiques. C'est notamment pour cette raison qu'il apparaît nécessaire, dans ce propos liminaire, de rappeler qu'il n'existe en la matière pas une bonne solution à laquelle peuvent être opposées des mauvaises propositions. À ce titre, il convient de se méfier de ceux qui prétendent détenir la vérité sur l'évolution dont devraient jouir les masseurs-kinésithérapeutes, leurs réflexions étant manifestement biaisées par leur ferveur corporatiste, qui nuit à toute objectivité.

1281- Il est ainsi proposé de se pencher sur la détermination d'un champ disciplinaire spécifique à la masso-kinésithérapie. Une première section permettra d'exposer la modalité de détermination la plus envisageable (section 1), alors qu'une seconde section sera l'occasion d'examiner la définition que pourrait recouvrir le champ disciplinaire masso-kinésithérapique (section 2).

Section 1 : La modalité envisageable pour la détermination du champ disciplinaire masso-kinésithérapique

1282- Précédemment, il a été démontré que la consécration d'un champ disciplinaire spécifique doit être considérée comme une condition essentielle de l'évolution de la masso-kinésithérapie. En effet, outre de permettre d'appréhender cette dernière comme une activité de santé pleine et entière, il peut être attendu de cette consécration qu'elle confère au corps correspondant toute la singularité qui lui fait tant défaut. Considérant cela, il importe de se pencher sur les modalités de détermination des éléments essentiels de ce champ disciplinaire.

1283- De toute évidence, l'activité masso-kinésithérapique ne peut être caractérisée par des champs, professionnels et disciplinaire, qui ne soient pas concordants. En effet, on imagine difficilement que ces champs ne présentent pas en eux-mêmes « une conformité de nature propre à […] leur permettre d'assumer la même fonction »[1328], alors qu'ils sont justement voués à définir ensemble une activité de santé. Une visée de concordance doit ainsi gouverner la modalité de détermination du champ disciplinaire masso-kinésithérapie.

1284- Il convient donc de présenter, dans un premier temps, l'indispensable concordance aux champs professionnels mis en œuvre dans le cadre de la profession de masseur-kinésithérapeute que doit viser la détermination du champ disciplinaire masso-kinésithérapique (paragraphe 1), puis exposer, dans un second temps, pourquoi s'impose dans ces conditions une détermination par transposition des champs professionnels masso-kinésithérapiques dans la dimension disciplinaire (paragraphe 2).

[1328] Centre national des ressources textuelles et lexicales, Concordant [en ligne], consulté le 5 août 2021, https://www.cnrtl.fr/definition/concordant/

Paragraphe 1 : De l'indispensable concordance entre le champ disciplinaire masso-kinésithérapique et les champs professionnels mis en œuvre dans le cadre de la profession de masseur-kinésithérapeute

1285- L'appréhension des activités de santé dans leurs deux dimensions, c'est-à-dire une dimension professionnelle et une dimension disciplinaire, oblige aujourd'hui à s'interroger sur la manière dont il doit être procédé pour que ces deux dimensions, et donc les champs qui y correspondantes, soient concordants. Pour ce faire, il apparaît logique que soient pris en compte, pour la détermination du champ disciplinaire, les éléments constitutifs des champs professionnels mis en œuvre dans le cadre de l'activité professionnelle considérée.

1286- Cette affirmation appelle à justifier, dans un premier temps, l'indispensable concordance qu'il doit exister entre le champ disciplinaire et les champs professionnels correspondant à une même activité de santé (A), à expliquer, dans un deuxième temps, en quoi cette concordance proscrit toute détermination du champ disciplinaire selon une modalité binaire, c'est-à-dire par la prise en compte totale ou l'absence totale de prise en compte des éléments constitutifs des champs professionnels (B) et à préciser, dans un troisième temps, pourquoi cette concordance n'exonère pas de la nécessité de consacrer le champ disciplinaire par voie réglementaire (C).

A. La justification d'une indispensable concordance

1287- Le champ disciplinaire spécifique à la masso-kinésithérapie doit être déterminé de manière à ce qu'il soit concordant avec les champs professionnels mis en œuvre de la profession de masseur-kinésithérapeute. Cette détermination semble ainsi obliger à décomposer les champs professionnels, qui sont nécessairement antérieurs au champ disciplinaire, et à mettre en exergue leurs éléments constitutifs les plus prévalents.

1288- Il doit ainsi être exposé, dans un premier temps, en quoi cette concordance est naturellement commandée par l'antériorité des champs professionnels (a), puis expliqué, dans un second temps, comment elle est justifiée par l'imbrication dont doivent faire l'objet les champs d'une seule et même activité de santé (b).

a) Une concordance commandée par l'antériorité des champs professionnels

1289- Lorsque l'esprit entreprend d'élaborer un processus par lequel pourrait être déterminé, pour une activité de santé donnée, un champ disciplinaire spécifique, il se surprend, spontanément, à se pencher sur les éléments constitutifs des champs professionnels mis en œuvre dans le cadre de la profession correspondante.

1290- Ceci s'explique notamment par l'antériorité des champs professionnels. En effet, les pouvoirs publics n'ont jamais consacré dans le système de santé, avant janvier 2016, que des professions de santé. Pour la définition de chacune d'entre elles, ils ont circonscrit des champs professionnels, qui recouvrent, tel qu'il a été proposé dans l'introduction de cette thèse, le domaine de compétences, qui précise les spécificités de l'intervention du praticien en termes des missions qui lui sont confiées, les actes emblématiques qu'il est habilité à exécuter ou les troubles qui engagent sa compétence ; les champs d'intervention, qui circonscrivent les actions du praticien dans un ou plusieurs systèmes précis du corps humain ; le champ de pratiques, qui regroupe l'ensemble des actes que le praticien est expressément habilité à exécuter.

1291- En outre, ces trois éléments déterminaient l'identité professionnelle qui peut être rattachée à chacun. En tout état de cause les différentes activités de santé ne pouvaient pas être appréhendées autrement qu'au travers de leur dimension professionnelle, dans la mesure où l'unicité du champ disciplinaire en santé qu'est la médecine prévalait jusqu'alors et son pouvoir attractif rendait toutes les interventions intellectuelles ou matérielles réalisées dans un objectif de santé, qu'il soit préventif ou thérapeutique, de nature médicale.

1292- Les champs professionnels ont ainsi pendant toutes ses années constitué les seuls éléments auxquels se référer pour appréhender les activités de santé paramédicales. Aujourd'hui, ceux-ci sont tellement ancrés dans les esprits qu'il apparaît *a priori* impossible de s'en détacher, même si est défendue ici l'idée de rénover la manière de définir les activités en question. La primauté historique des champs professionnels ne semble pas pouvoir céder aussi facilement.

1293- Ne pas les prendre en considération serait ainsi considéré par bon nombre comme totalement absurde. Il faut peut-être leur donner raison, alors que les champs disciplinaire et professionnels d'une même activité de santé semblent devoir nécessairement être imbriqués.

b) Une concordance logique entre des champs professionnels et disciplinaire voués à être imbriqués

1294- En matière de modalité de détermination du champ disciplinaire, l'esprit perçoit rapidement l'imbrication qui est vouée à se produire entre ce champ et les champs professionnels de l'activité correspondante.

1295- La cohérence de l'ensemble en dépend manifestement. En effet, comment peut-on espérer réussir à définir efficacement une activité de santé qui soit cohérente à l'aide d'éléments qui sont totalement étrangers les uns aux autres ? Dès lors, il apparaît impensable de déterminer le champ disciplinaire sans s'attacher à ce que ses éléments soient fortement concordants avec ceux des champs professionnels. D'ailleurs, dans le système de santé, rien n'a jamais fait ainsi. A-t-il déjà été entrepris de définir les actes qu'un professionnel de santé est habilité à mettre en œuvre sans se référer à son domaine de compétences ou ses domaines d'intervention ? Non, et cela ne peut être que salué. En tout état de cause, la même logique doit s'appliquer au processus de détermination du champ disciplinaire.

1296- Par ailleurs, cette concordance doit être établie d'un point de vue quantitatif et qualitatif. D'un point de vue quantitatif, devraient être retrouvées dans la définition du champ disciplinaire des correspondances avec la grande majorité des éléments constitutifs des champs professionnels, bien qu'il puisse être pensé que tous ces éléments ne sont pas prévalents et que par conséquent certains peuvent être écartés. D'un point de vue qualitatif, la concordance doit être suffisante et efficace, c'est-à-dire que les éléments du champ disciplinaire doivent retranscrire avec netteté les caractères essentiels des champs professionnels qui se dégagent de leurs éléments les plus prévalents.

1297- Cette concordance apparaît indispensable. Or, elle proscrit en elle-même toute détermination du champ disciplinaire selon une modalité binaire, c'est-à-dire par la prise en compte totale ou l'absence totale de prise en compte des éléments constitutifs des champs professionnels.

B. Une concordance impliquant la mise à l'écart de la détermination du champ disciplinaire masso-kinésithérapique selon une modalité binaire

1298- Sous la dénomination « détermination selon une modalité binaire » sont ici regroupés deux processus qui peuvent, dans une certaine mesure, être appréciés comme opposés, notamment en considération du degré de prise en compte des champs professionnels correspondants. En effet, la binarité impose un choix alternatif entre la totale conformité des champs de l'activité considérée, les

éléments constitutifs des champs professionnels se trouvant alors tout naturellement à s'appliquer au champ disciplinaire correspondant, ou l'absence la plus totale de prise en compte des champs professionnels. Dans ces conditions, le champ disciplinaire fait l'objet d'une création *ex nihilo.*

1299- Dans la perspective de démontrer en quoi ces deux modalités de détermination s'avèrent totalement insatisfaisantes au regard de la finalité poursuivie, il est proposé de présenter, dans un premier temps, ces deux modalités binaires de détermination (a), puis d'exposer, dans un second temps, les défauts que celles-ci présentent (b).

a) L'exposé des modalités binaires de détermination du champ disciplinaire masso-kinésithérapique

1300- Les modalités de détermination du champ disciplinaire masso-kinésithérapique selon une modalité binaire doivent être ici exposées. Elles peuvent recouvrir la forme d'une détermination par totale conformité du champ disciplinaire aux champs professionnels (1), ou bien une détermination par création *ex nihilo* du champ disciplinaire (2).

1. La modalité de détermination du champ disciplinaire par totale conformité aux champs professionnels

1301- La détermination du champ disciplinaire masso-kinésithérapique par totale conformité aux champs professionnels est relativement aisée à concevoir. En effet, puisque les éléments constitutifs des champs professionnels sont explicitement consacrés au sein de l'article L. 4321-1 du Code de la santé publique, rien ne s'oppose *a priori* à ce que ceux-ci puissent être sans réserve érigés en tant qu'éléments essentiels du champ disciplinaire correspondant. Dans ce cas, il existerait alors une totale conformité entre les champs professionnelles et disciplinaire de l'activité de santé considérée.

1302- Dans ces conditions, le champ disciplinaire masso-kinésithérapique consisterait simplement en « la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement : 1° Des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne ; 2° Des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles » et la masso-kinésithérapie serait facile à circonscrire et marquée d'une cohérence indéniable.

1303- Dans le cas où cette opération était conduite pour l'ensemble des activités paramédicales, le cadre disciplinaire correspondant aux Sciences de la rééducation et de la réadaptation se verrait

alors partagé entre différents champs disciplinaires, appréhendés par des groupes d'enseignants-chercheurs formés en fonction de l'origine professionnelle de leur membres. En tout état de cause, est-ce que cette organisation peut être regardée comme délétère ? Il semble devoir être répondu par la négative. En effet, dans ces conditions, il est fort peu probable que la 91e section du Conseil national des universités[1329] fasse l'objet de dissensions internes majeures, celles-ci n'ayant aucune raison d'être, puisqu'à chaque activité de santé correspondrait un champ disciplinaire, des objets d'études et un corps d'enseignants-chercheurs spécifique.

1304- À partir de là, rien ne s'opposerait à ce que les résultats des travaux de recherche considérés puissent trouver une application immédiate et directe dans le cadre de l'exercice professionnel correspondant. En ce qui concerne plus particulièrement la masso-kinésithérapie, l'amélioration progressive des pratiques du corps professionnel serait assurée et celui-ci, dans la limite stricte de ses champs professionnels, gagnerait en compétences. Le risque d'une résurgence d'une forme de concurrence de pratiques et d'effacement du caractère distinctif des éléments essentiels de l'identité professionnelle du masseur-kinésithérapeute serait fortement limité, pour ne pas dire quasiment nul.

1305- À l'exposé de la modalité de détermination du champ disciplinaire masso-kinésithérapique par conformité aux champs professionnels du masseur-kinésithérapeute doit faire suite l'exposé de la détermination du champ disciplinaire considéré par création *ex nihilo.*

2. La modalité de détermination du champ disciplinaire par création *ex nihilo*

1306- La détermination du champ disciplinaire masso-kinésithérapique par création *ex nihilo* est elle aussi relativement aisée à concevoir, puisqu'elle consiste simplement à ne pas prendre du tout en compte, à cette fin, les éléments constitutifs des champs professionnels.

1307- Cette modalité de détermination peut présenter des avantages. En effet, les Sciences de la rééducation et de la réadaptation, consacrées à la fin du mois d'octobre 2019[1330], restent encore à ce jour marquées d'une consistance incertaine[1331]. Dès lors, en vertu de cette modalité, avec une vision quelque peu idéaliste, peut être pensé que les pouvoirs publics pourraient doter chacun des corps paramédicaux concernés d'un champ disciplinaire « sur mesure », qui apporte pleine satisfaction. Lors des nécessaires réunions préparatoires préalables, qui seraient inter-professionnelles, tous les

[1329] À savoir les Sciences de la rééducation et de la réadaptation. Pour une présentation de ce cadre disciplinaire, *cf.* Paragraphe 2 : Une consécration préconisée en dépit de la création récente des Sciences de la rééducation et de la réadaptation, p. 396.

[1330] Décret no 2019-1107 du 30 octobre 2019, *op. cit.*

[1331] Pour une explication de cette affirmation, *cf.* A. La consistance incertaine des Sciences de la rééducation et de la réadaptation, p. 396.

corps paramédicaux seraient alors sur un pied d'égalité. Aucun ne pourrait se prévaloir utilement d'un élément constitutif d'un de ses champs professionnels pour obtenir un champ disciplinaire plus élargi, notamment au détriment des autres corps. La consécration des champs disciplinaires en question obligerait ainsi à une remise à plat concertée de ce que recouvrent la rééducation et la réadaptation et, subséquemment, à une répartition des savoirs relatifs, bien qu'un certain nombre d'entre eux semblent constituer un socle commun. Pourrait donc hypothétiquement être attendue de cette modalité de détermination, *in fine*, la fin des chevauchements de compétences professionnelles dont résultent des confusions et des situations de concurrence entre les corps considérés.

1308- En ce qui concerne la masso-kinésithérapie, pourraient être anticipées les évolutions qu'elle est supposée appelée à connaître en vertu des expérimentations mises en œuvre par les deux arrêtés du 6 mars 2020[1332,1333]. De manière plus large, la création *ex nihilo* du champ disciplinaire masso-kinésithérapique permettrait d'entériner les compétences déjà exercées par le corps professionnel, ou en passe d'être acquises, mais surtout d'adapter ce dernier de manière immédiate aux difficultés rencontrées par le système de santé et aux besoins en santé constatés.

1309- Les deux modalités binaires de détermination du champ disciplinaire masso-kinésithérapique présentent ainsi, de manière hypothétique, certains avantages. Pourtant, elles ne peuvent être ici qu'écartées. En effet, toutes deux sont grevées de défauts majeurs.

b) Les défauts des modalités binaires de détermination du champ disciplinaire masso-kinésithérapique

1310- Les défauts présentés par les deux modalités binaires de détermination ne sont pas strictement identiques. Doivent par conséquent être abordées, successivement, les défauts de la détermination du champ disciplinaire par conformité aux champs professionnels (1), puis les défauts de la création *ex nihilo* du champ disciplinaire (2).

[1332] Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle », *op. cit.* ; arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle » , *op. cit.*

[1333] Pour une étude de ces compétences et prérogatives, *cf.* Paragraphe 1 : Une proposition en considération de l'évolution prévisible des compétences et savoirs relatifs à la masso-kinésithérapie, p. 469.

1. Les défauts d'une détermination du champ disciplinaire masso-kinésithérapique par conformité aux champs professionnels

1311- La détermination du champ disciplinaire par conformité aux champs professionnels rencontre la difficulté du choix, parmi tous ceux susceptibles d'être concernés, des éléments qui caractérisent le plus l'activité de santé considérée. En ce qui concerne la masso-kinésithérapie, cet écueil semble en l'état aisé à dépasser. En effet, la réforme de la profession opérée le 26 janvier 2016 a rendu de nombreux articles du cadre réglementaire de l'exercice professionnel totalement obsolètes[1334]. Si cette situation peut aider à la détermination du champ disciplinaire, elle s'avérerait problématique à moyen terme, puisqu'elle rend incertaines la consistance des champs d'intervention et de pratiques du masseur-kinésithérapeute et la place que celui-ci est voué à occuper dans l'organisation des activités de santé.

1312- Cependant, dans cette hypothèse précise, quelles conséquences pourraient avoir la nouvelle formalisation des champs d'intervention et de pratiques masso-kinésithérapiques ? Est-ce que ceux-ci devraient être pris en compte, sous leur nouvelle forme, et conduire à une remise en question de la détermination du champ disciplinaire déjà opérée ? Une réponse positive à cette question reviendrait à appréhender le champ disciplinaire considéré comme assurément pourvu de limites tangibles, ce qui réduirait à néant le principal avantage de la détermination par conformité. Une réponse négative contraindrait à accepter une concordance imparfaite entre la réalité de l'exercice professionnel et les savoirs correspondants, en totale contradiction avec les fondements mêmes de cette modalité de détermination.

1313- Dans ces conditions, l'activité de santé considérée serait donc composée de champs qui ne seraient plus totalement concordants. Si ce défaut ne semble pas de nature à faire voler en éclats la cohérence de l'ensemble, il conduit, dans les faits, à accepter une détermination *a minima* du champ disciplinaire masso-kinésithérapique, très en deçà de l'étendue effective des champs professionnels. À court terme, cette situation ne peut pas poser de véritables problèmes. Cependant, elle expose à moyen terme les champs professionnels, dont la consistance est vouée à évoluer sous l'effet des résultats des travaux de recherche entrepris dans le champ disciplinaire, à progressivement se concentrer, puisque seules les compétences inscrites dans ce dernier champ seraient mobilisées et étudiées. Ne serait-ce pas, à moyen terme, totalement contraire aux intérêts du corps des masseurs-kinésithérapeutes ?

1314- La détermination du champ disciplinaire masso-kinésithérapique par conformité aux champs

[1334] Soit les articles R. 4321-1 à R. 4321-13 du Code de la santé publique.

professionnels a pour problème majeur actuel un seul et unique choix pour le champ référent, à savoir le domaine de compétences formulé à l'article L. 4321-1 du Code de la santé publique, et le risque d'un probable rupture de concordance entre les champs disciplinaire et professionnels suite à l'édiction prochaine de nouveaux décrets d'actes et de compétences du masseur-kinésithérapeute.

1315- Il doit être envisagé maintenant les défauts de l'autre modalité binaire de détermination du champ disciplinaire masso-kinésithérapique, à savoir la création *ex nihilo*.

2. Les défauts inhérents à la détermination du champ disciplinaire masso-kinésithérapique par création *ex nihilo*

1316- Procéder à la détermination du champ disciplinaire masso-kinésithérapique par une création *ex nihilo*, c'est-à-dire sans prendre en compte les éléments constitutifs des champs professionnels du masseur-kinésithérapeute, présente comme défaut majeur d'exposer la masso-kinésithérapie, supposée être définie par ses champs disciplinaire et professionnels, au risque de perdre en lisibilité et de devenir *in fine* totalement insaisissable. En effet, dans la mesure où cette activité de santé a été depuis jusqu'alors appréhendée exclusivement au travers de sa dimension professionnelle, opérer le choix ne pas se référer aux éléments que cette dimension pour déterminer le champ disciplinaire correspondant constitue un pari osé. Une définition troublée par le manque de concordance des champs ne pourrait que conduire à une incohérence conceptuelle, laquelle serait fortement délétère pour l'activité en question.

1317- En ce sens, la création *ex nihilo* ne semble pas vraiment avoir de sens, sauf à rechercher à faire évoluer l'activité de santé concernée dans une direction donnée, sous l'effet des résultats des recherches réalisées dans le champ disciplinaire ainsi déterminé. L'étendue qui devrait être conférée à cette occasion au champ disciplinaire masso-kinésithérapique, notamment par rapport aux champs professionnels correspondants, pose alors question. Sans aucun doute, une appréhension trop élargie rendrait l'objet de cette activité de santé malaisé à circonscrire, et par conséquent difficile à appréhender. Pour les enseignants-chercheurs, la difficulté serait de conduire des travaux de recherche dont les résultats pourraient être directement et immédiatement appliqués dans l'exercice professionnel de la masso-kinésithérapie. Dans l'hypothèse d'une appréhension trop restreinte du champ disciplinaire, ces mêmes enseignants-chercheurs seraient amenés à entreprendre des recherches certes utiles pour le corps professionnel, mais l'étroitesse des champs d'études conduirait inévitablement, à terme, à une concentration des recherches et des pratiques du corps des masseurs-kinésithérapeutes.

1318- Il faut comprendre par là que le champ disciplinaire doit logiquement servir le dessein des champs professionnels, mais sans pour autant y être toutefois asservi. En ce sens, il doit constituer le principal élément moteur de l'évolution du corps des masseurs-kinésithérapeutes. Or, dans l'hypothèse de la création *ex nihilo* du champ disciplinaire, la pertinence et l'utilité de ce champ sont dans tous les cas compromises. En effet, cette modalité de détermination ne permet pas d'établir une concordance suffisante entre les champs étudiés par les enseignants-chercheurs et la réalité de l'exercice professionnel. Or, cette concordance apparaît bien plus que nécessaire.

1319- La détermination du champ disciplinaire masso-kinésithérapique selon une modalité binaire doit être irrémédiablement écartée, notamment en raison d'une indispensable concordance entre le champ disciplinaire et les champs professionnels correspondant à l'activité de santé. En tout état de cause, cette concordance apparaît capitale dans le processus envisagé et propre à conférer à l'activité dans son ensemble une cohérence remarquable. Cependant, elle n'exonère manifestement pas de la nécessité de consacrer le champ disciplinaire en question par voie réglementaire.

C. Une concordance n'exonérant pas de la nécessité de consacrer le champ disciplinaire masso-kinésithérapique par voie réglementaire

1320- Afin que le champ disciplinaire masso-kinésithérapique produise tous les effets escomptés, sa consécration doit être réalisée de manière à ce que ses limites et son contenu soient opposables à tous. En ce sens, il doit être imposé à tout membre des corps d'enseignants-chercheurs intervenant dans le cadre des Sciences de la rééducation et de la réadaptation de prendre en considération, pour la circonscription de leurs objets de recherche, le contenu matériel des autres champs disciplinaires constitutifs. Or, en matière d'opposabilité, l'outil le plus efficace est la norme juridique.

1321- Dans la perspective de défendre le choix de la consécration juridique du champ disciplinaire masso-kinésithérapique, il est proposé de se pencher, dans un premier temps, sur les arguments en faveur de cet outil de consécration (a), avant de s'arrêter, dans un second temps, sur les critiques qui ne manqueront pas d'être formulées à l'encontre de celui-ci (b).

a) De la nécessité d'une consécration du champ disciplinaire masso-kinésithérapique par voie réglementaire

1322- Outre de permettre de conférer au corps des masseurs-kinésithérapeutes toute la singularité qui lui fait aujourd'hui défaut, la consécration d'un champ disciplinaire spécifique sera l'occasion d'une remise à plat générale de la répartition des savoirs relatifs à la rééducation et la réadaptation. Cette répartition a progressivement été brouillée au cours des dernières décennies, notamment par la création prolifique de corps professionnels intervenant dans le domaine de la santé et l'extension progressive des champs professionnels des corps paramédicaux existants. Or, cette clarification, ô combien nécessaire de la répartition des savoirs et *a fortiori* des compétences que chacun est en droit d'exercer, mais également de développer dans le système de santé, ne semble pouvoir être efficacement réalisée, en l'état, par les seules Sciences de la rééducation et de la réadaptation. Bien au contraire, la réunion de tous[1335] au sein d'un seul et même cadre disciplinaire ne peut conduire qu'à la confusion et la concurrence entre ses enseignants-chercheurs, qui seront nécessairement un jour tentés d'étendre leurs recherches, avec pour intention première de se pencher sur les savoirs circonvoisins et *in fine* d'asseoir une légitimité à les appréhender. Ces propos visent à dénoncer une dérive forte probable, celle de la transposition de la concurrence du cadre professionnel dans la dimension disciplinaire. La 91e section CNU deviendrait ainsi le théâtre d'un affrontement politique visant une main-mise sur l'ensemble des savoirs relatifs à la rééducation et la réadaptation. C'est probablement parce qu'ils ont très précocement pris conscience de cela que les orthophonistes ont revendiqué rapidement la création d'une discipline qui leur soit propre, à savoir « les Sciences orthophonistes »[1336].

1323- Cette projection appelle manifestement à la consécration de champs disciplinaires qui soient spécifiques à chacun. Cependant, pour que le processus préconisé produise les effets escomptés, il doit conférer aux champs disciplinaires considérés, soit à leurs limites et leurs contenus, une opposabilité certaine et efficace. L'opposabilité est définie comme « la valeur comme élément de l'ordre juridique (qui) ne peut être méconnue par les tiers lesquels, n'étant pas directement obligés par ce qui leur est opposable, n'en sont pas moins tenus d'en reconnaître et d'en respecter l'existence et même d'en subir les effets »[1337]. Si une analogie avec le droit de propriété peut être

[1335] Il convient de relever qu'il n'est pas certain que les Sciences de la rééducation et de la réadaptation réunissent l'intégralité des corps intervenant dans le domaine de la rééducation et de la réadaptation. Pour une explication de cette affirmation, *cf.* a) La composition des Sciences de la rééducation et de la réadaptation, p. 397.

[1336] FNEO, UNADREO, CFO, CCFUO, *op. cit.*

[1337] CORNU Gérard, *op. cit*. p. 638.

permise[1338], les champs disciplinaires déterminés feraient ainsi, en tant qu'espaces intellectuels délimités, l'objet d'une propriété, en vertu de laquelle chacun des corps paramédicaux concernés, propriétaire de son propre champ, serait prémuni contre toute prise de possession ou empiétement sur ses savoirs et ses compétences propres. Cette opposabilité apparaît déterminante et salutaire pour l'évolution des Sciences de la rééducation et de la réadaptation, ainsi que celle des activités de santé paramédicales concernées. Or, en tout état de cause, le moyen le plus efficace de conférer une opposabilité efficace à un objet abstrait reste la norme juridique.

1324- Dans la mesure où cette proposition apparaît à bien des égards audacieuse, elle ne manquera pas de soulever de nombreuses critiques.

b) Les critiques prévisibles contre le choix d'une consécration juridique

1325- Contre la proposition de consécration juridique des champs disciplinaires à l'intérieur même des Sciences de la rééducation et de la réadaptation, d'aucuns feront certainement valoir, à juste titre, qu'elle entre en totale contradiction avec l'indépendance des enseignants-chercheurs, garantie par un principe fondamental reconnu par les lois de la République[1339]. Pour eux, cette consécration constituerait ainsi nécessairement une première entorse à la liberté d'entreprendre des enseignants-chercheurs dans le domaine académique. Une telle consécration ne pourrait dès lors être considérée que comme extrêmement dangereuse. Par ailleurs, les opposants à la consécration juridique ne manqueraient pas de faire valoir que dans le meilleur des cas, celle-ci ne pourrait aboutir qu'à un champ disciplinaire sclérosé, dénué de toute efficacité et insusceptible de produire les effets escomptés.

1326- Toutes ces critiques semblent parfaitement recevables. Cependant, elles ne conduisent pas à l'abandon de la proposition en question, qui trouve sa justification dans la finalité poursuivie, c'est-à-dire la consécration de champs disciplinaires opposables et exclusifs. Il s'agit manifestement d'une nécessité, laquelle résulte de la confusion actuelle des savoirs contenus dans les Sciences de la rééducation et de la réadaptation. En effet, s'il est véritablement souhaité que la création de la 91e section du CNU produise les effets escomptés, et que ceux-ci soient pérennes, le risque de confrontation entre corps concernés doit être réduit autant que possible, leurs champs disciplinaires respectifs circonscrits, leurs contours rendus intangibles et leur détermination opérée par voie

[1338] Les savoirs, en tant qu'objet abstrait, ne peuvent manifestement pas faire l'objet d'un droit de propriété. L'analogie semble toutefois permise si ce dernier est appréhendé au travers des prérogatives exclusives qu'il confère au propriétaire sur l'objet en question.

[1339] Tel que rappelé dans la décision Cons. const., 28 juillet 1993, no 93-3225.

juridique.

1327- Le seul tempérament envisageable ne peut dès lors résider que dans la forme que pourrait prendre cette consécration. Dans la mesure où celle-ci ne peut être réalisée par la voie d'une norme destinée à circonscrire le champ disciplinaire masso-kinésithérapique en lui-même, les limites de ce dernier devraient être nécessairement établies de manière indirecte, c'est-à-dire au travers d'une définition précise de la masso-kinésithérapie[1340]. Pour cela, les décrets d'application de la nouvelle rédaction de l'article L. 4321-1 du Code de la santé publique, en voie de paraître, constituent une opportunité intéressante, puisque dans ceux-ci pourraient être précisés les éléments essentiels auxquels se référer afin de parfaitement saisir ce que recouvre la masso-kinésithérapie et, par conséquent, être déterminés les contours et le contenu du champ disciplinaire correspondant.

1328- Contrairement à la détermination légale, qui implique une procédure longue et complexe, la détermination par voie réglementaire offrirait la souplesse procédurale et matérielle requise au champ disciplinaire et à son évolutivité, et par voie de conséquence l'adaptabilité des ressources humaines en santé, tant défendue par les membres de la mission présidée par Laurent HÉNART. En outre, dans le cadre du processus d'élaboration, le pouvoir réglementaire pourrait s'adjoindre l'aide des différentes parties prenantes, notamment des conseils nationaux des ordres paramédicaux. Ceci permettrait ainsi d'obtenir une détermination concertée et un accueil apaisé des différents champs disciplinaires considérés dans le système universitaire.

1329- La concordance entre les champs appartenant à une même activité de santé, laquelle doit être regardée comme essentielle, exclut donc tout recours à une détermination du champ disciplinaire selon une modalité binaire. Ne peut dès lors plus être envisagée qu'une détermination à mi-chemin entre les deux, en d'autres termes une détermination du champ disciplinaire par transposition des champs professionnels.

[1340] Et non sa pratique, qui constitue la dimension professionnelle de l'activité de santé masso-kinésithérapique.

Paragraphe 2 : Un champ disciplinaire déterminé par transposition des éléments constitutifs des champs professionnels

1330- Puisque le champ disciplinaire masso-kinésithérapique doit être apprécié en considération des rapports étroits qu'il a vocation à entretenir avec les champs professionnels exercés dans le cadre de la pratique de la masso-kinésithérapie, la détermination par transposition semble devoir s'imposer. Le vocable « transposition » renvoie ici à la nécessité d'adapter les éléments constitutifs des champs professionnels à la dimension disciplinaire.

1331- Afin de saisir la forme que pourrait prendre ce processus de détermination, il est proposé de se pencher, dans un premier temps, sur les difficultés matérielles qu'engendre un tel processus (A), puis de s'arrêter, dans un second temps, sur les difficultés procédurales inhérentes à celui-ci (B).

A. Les difficultés matérielles de la transposition des champs professionnels

1332- La transposition des champs professionnels dans une dimension disciplinaire présente des difficultés qu'il convient ici de mettre en exergue. Celles-ci sont implicitement relevées dans la définition du vocable « transposition » formulée par Gérard CORNU, qui précise que cette opération peut nécessiter de réaliser des adaptations ou édicter certaines réserves[1341]. Ces limites, inhérentes au processus même de transposition, concernent manifestement son aspect matériel et témoignent des arbitrages à opérer aux fins d'obtention d'un résultat pertinent.

1333- Discuter des difficultés matérielles de la transposition des champs professionnels dans la dimension disciplinaire invite à circonscrire, dans un premier temps, le difficile choix des éléments à transposer (a), puis à appréhender, dans un second temps, le risque consistant dans le défaut de pertinence matérielle du résultat de la transposition (b).

[1341] Selon le dictionnaire de Gérard CORNU, le vocable « transposition » renvoie au « passage d'un ordre réglementaire à un autre moyennant parfois certaines conditions de délais, d'adaptation ou de réserves », *cf.* CORNU Gérard, *op. cit.* p. 932.

a) Le difficile choix des éléments à transposer

1334- Les difficultés matérielles inhérentes au processus de transposition concernent principalement les objets de la transposition, c'est-à-dire les éléments qui doivent faire l'objet de la transposition. Dans le cadre de l'étude de cette modalité de détermination du champ disciplinaire, cette difficulté prend la forme du choix des éléments constitutifs des champs professionnels à transposer. Or, ceux-ci, souvent nombreux et variés, possèdent des finalités fort dissemblables, qui peuvent rendre le choix particulièrement complexe.

1335- Dans l'objectif d'expliciter la difficulté présentée par le choix des éléments à transposer, il est proposé de démontrer, dans un premier temps, que ce choix doit vraisemblablement s'arrêter sur les éléments les plus prévalents des champs professionnels (1), avant d'exposer, dans un second temps, en quoi il ne peut cependant pas être fait totalement abstraction des éléments secondaires (2).

1. La logique du choix des éléments les plus prévalents

1336- La question du choix des éléments à transposer se pose, puisque tous les éléments constitutifs d'un seul et même champ professionnel, et *a fortiori* ceux de l'ensemble des champs professionnels relatifs à une pratique paramédicale, ne peuvent servir utilement de fondement à la détermination du champ disciplinaire.

1337- Dans le cadre de cette thèse, il apparaît opportun et pertinent d'illustrer ce propos au travers de l'exemple des éléments prenant part à la constitution du seul champ professionnel actuellement certain pour le masseur-kinésithérapeute, à savoir son domaine de compétences. Celui-ci, défini à l'article L. 4321-1 du Code de la santé publique, est composé, entre autres, de missions de santé publique générales[1342], lesquelles sont confiées également, mais surtout dans les mêmes termes, à d'autres corps paramédicaux. Or, dans la mesure où celles-ci ne peuvent pas être regardées comme susceptibles de conférer aux masseurs-kinésithérapeutes, pas plus qu'aux autres corps d'ailleurs, une quelconque singularité, comment peut-il être pensé qu'elles puissent fonder un processus de détermination de champ disciplinaire, attendu que celui-ci permette de distinguer nettement les masseurs-kinésithérapeutes des autres praticiens circonvoisins ? Dans ces conditions, il apparaît raisonnable de refuser le recours, pour la détermination en question, aux notions de « prévention » et de « promotion de la santé ».

1338- Il est aisé de saisir que dans le cas de la pratique de la masso-kinésithérapie, les éléments les

[1342] Pour une étude des missions en santé publique confiées au corps des masseurs-kinésithérapeutes, *cf.* a) La contestation du caractère singulier des missions de santé publique confiées au masseur-kinésithérapeute, p. 369.

plus prévalents résident dans les missions thérapeutiques confiées au corps professionnel. D'après les termes du premier alinéa de l'article L. 4321-1 du Code de la santé publique, ceux-ci sont constitués des « diagnostic kinésithérapique et […] traitement : 1° Des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne ; 2° Des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles ». En quoi ces éléments doivent-ils être considérés comme prévalents ? Ceux-ci recouvrent ce à quoi correspond véritablement la masso-kinésithérapie d'aujourd'hui et, par ailleurs, déterminent ce que cette activité est appelée à devenir.

1339- À cet égard, dans la mesure où les notions qui y sont rattachées ne sont aucunement définies, l'occasion pourrait être saisie pour formuler, pour chacun de ces éléments, une définition précise qui donne une consistance certaine et intéressante au champ disciplinaire correspondant. Ainsi, le choix devrait notamment s'arrêter sur ces éléments prévalents. Pour autant, ceux qui n'auront pas été retenus pourront influencer la transposition envisagée.

2. Une transposition sous influence d'éléments secondaires

1340- L'appréhension de ce que recouvre la masso-kinésithérapie devrait se complexifier sous l'effet des décrets d'application à paraître de la nouvelle version de l'article L. 4321-1 du Code de la santé publique. En effet, la question du choix des éléments à considérer comme les plus prévalents gagne inexorablement en complexité au fur et à mesure que le nombre d'éléments s'accroît. Cependant, des considérations d'efficacité conduisent à penser que l'analyse des champs professionnels masso-kinésithérapiques doit rester concentrée sur les éléments caractéristiques de la pratique de la masso-kinésithérapie, autrement dit sur ceux qui prévalent dans la définition qui en est donnée. Immanquablement, cette proposition restreint le choix offert aux seuls éléments qui figurent dans la définition du domaine de compétences correspondant.

1341- Il ne doit pour autant être conclu que tous les éléments qui n'ont pas été retenus, faute de ne pas figurer dans la définition du domaine de compétences ou être apparus comme prévalents, ne peuvent jouer un rôle dans la détermination du champ disciplinaire masso-kinésithérapique. Il paraît même quelque peu précipité et risqué d'affirmer que ceux-ci doivent être éludés de manière totale et définitive du processus considéré. En effet, s'ils ne peuvent être regardés comme prévalents, peut-être peuvent-ils cependant permettre de porter un éclairage utile sur la manière dont le champ en question doit être défini. Le processus de détermination du champ disciplinaire semble devoir être influencé par ces éléments secondaires.

1342- À titre d'exemple, il peut être fait mention des notions de « prévention » et de « promotion de

la santé », qui ne semblent pas devoir être utilisées aux fins de détermination du champ disciplinaire masso-kinésithérapique. Pourtant, cette dimension en santé publique reste, à défaut de pouvoir être regardée en la matière comme prépondérante, extrêmement importante, tant pour la cohérence de l'activité de santé que pour l'efficacité du système de santé. Ainsi, se résoudre de l'omettre conduirait à exclure de l'étude du champ disciplinaire toute considération autre que thérapeutique, accepter que la masso-kinésithérapie puisse être appréhendée de manière restrictive et *in fine* amputer celle-ci d'une de ses dimensions les plus essentielles. En tout état de cause, cette situation serait de nature à porter fortement préjudice aux masseurs-kinésithérapeutes.

1343- Le processus de détermination du champ disciplinaire masso-kinésithérapique ne saurait ainsi qu'être profondément marqué par des arbitrages subtils, en vertu desquels serait établi le choix des éléments les plus pertinents pour circonscrire et définir le champ considéré. Cependant, ce choix ne peut pas faire totalement abstraction du résultat prévisible de la transposition. En ce sens, pour que le processus mis en œuvre puisse être regardé comme efficace, le résultat obtenu doit être doté d'une pertinence matérielle particulière.

b) Une difficulté dans la pertinence matérielle attendue du résultat de la transposition

1344- L'objectif du processus de détermination du champ disciplinaire consiste en la consécration, pour l'activité de santé, d'un nombre circonscrit d'objets d'études, qui possèdent avec les champs professionnels un lien de concordance satisfaisant. Ainsi, de fortes similitudes doivent caractériser les définitions des différents éléments qui fondent les dimensions professionnelle et disciplinaire de l'activité de santé, sans pour autant que les uns correspondent totalement avec les autres. En effet, il a été démontré que la totale conformité des éléments considérés n'était pas souhaitable[1343]. Surtout, elle serait totalement inadaptée, ce qui peut notamment être expliqué par la différence de nature des éléments en question. En effet, si les champs professionnels sont constitués de compétences intellectuelles ou techniques, ayant pour objet d'être mises en œuvre dans le système de santé, les éléments essentiels du champ disciplinaire répondent à des savoirs, de la mobilisation desquels peuvent être attendus les développements et les optimisations des connaissances théoriques relatives aux compétences exercées.

1345- À l'aune de cette explication, il apparaît logique que ces éléments possèdent un net lien de concordance. D'ailleurs, celui-ci constitue une condition de l'application directe, immédiate et

[1343] Pour l'étude d'une détermination par conformité aux champs professionnels, *cf*. a) L'exposé des modalités binaires de détermination du champ disciplinaire masso-kinésithérapique, p. 447.

réussie des résultats des recherches dans les champs professionnels de l'activité de santé. Il est ainsi attendu du champ disciplinaire qu'il serve les desseins des champs professionnels, autrement dit qu'il permette de confirmer ou préciser les compétences mises en œuvre dans le cadre de l'activité professionnelle, ou en établir de nouvelles.

1346- L'affirmation d'une sujétion du champ disciplinaire aux champs professionnels ne manquera pas de rencontrer quelques oppositions. Pourtant, dans le cas particulier des activités paramédicales, cette sujétion ne peut raisonnablement choquer. Tout d'abord, elle apparaît parfaitement justifiée par la primauté de la dimension professionnelle de ces activités de santé. Ensuite, et surtout, à quoi bon consacrer des champs disciplinaires en relation avec des activités de santé, si ce n'est pour instituer une dynamique d'évolution pour ces dernières ? Les Sciences de la rééducation et de la réadaptation ne peuvent ainsi avoir pour vocation de se satisfaire à elles-mêmes, en tant qu'objet de connaissances. Si celles-ci trouvent du sens, c'est justement dans leurs relations avec les champs professionnels paramédicaux.

1347- Par conséquent, il convient d'appréhender ce qui recouvre la pertinence matérielle du résultat de la détermination du champ disciplinaire masso-kinésithérapique. Cette pertinence matérielle peut tout d'abord être interrogée sous un aspect qualitatif. Il n'apparaît pas souhaitable que le processus envisagé conduise à l'institution d'un champ disciplinaire trop abstrait ou trop concret. Un caractère trop abstrait provoquerait la distanciation du champ disciplinaire avec les champs professionnels. Faute d'applicabilité, partielle ou totale, de la plupart des résultats de recherche dans la dimension professionnelle, ceux-ci finiraient par s'en dissocier. Dans ces conditions, le champ disciplinaire gagnerait en autonomie, mais ne pourrait servir utilement les desseins des champs professionnels. *A contrario*, dans le cas d'un caractère trop concret, le champ disciplinaire serait déterminé en référence à des compétences déjà mises en œuvre dans le cadre de l'activité professionnelle. Corrompu par son impossibilité à gagner en abstraction, il ne pourrait dès lors que permettre la confirmation ou la précision des compétences déjà exercées. Une fois ces opérations réalisées, le champ disciplinaire perdrait alors toute son utilité et ne pourrait plus servir les desseins des champs professionnels.

1348- La pertinence matérielle du résultat de la transposition peut également être appréhendée sous un aspect quantitatif. Puisque le résultat de la procédure de la transposition devrait être fortement impacté par le choix des éléments à transposer, cette question a dans une certaine mesure déjà été implicitement traitée[1344]. Les hypothèses résidant dans l'appréhension trop restrictive ou trop élargie

[1344] Pour l'analyse du choix des éléments à transposer, *cf.* 1. La logique du choix des éléments les plus prévalents, p. 457.

du champ disciplinaire peuvent toutefois être étudiées. Une détermination trop restrictive ne saurait être considérée en soi comme préjudiciable. Les recherches effectuées permettraient, sans nul doute, l'amélioration de nombreuses compétences professionnelles. Cependant, en raison du nombre limité d'objets d'études, celles-ci ne pourraient conduire à terme qu'à une concentration des savoirs. Cela ne semblerait pas vraiment servir les desseins de l'activité de santé. *A contrario*, une détermination trop élargie du champ disciplinaire, outre d'exacerber le risque d'un chevauchement de savoirs avec une ou plusieurs autres activités de santé, conduirait à la prolifération des objets d'études, dont la majorité pourrait se trouver bien trop éloignée de la réalité de la pratique quotidienne. S'ensuivrait, à court ou moyen terme, la dilution des savoirs, dont la plupart pourraient ne pas vraiment se voir appliquées dans l'exercice professionnel.

1349- Une détermination du champ disciplinaire masso-kinésithérapique qui puisse être efficace nécessite donc de procéder au choix des éléments prévalents des champs disciplinaires à transposer, de dégager les éléments secondaires propres à guider utilement cette transposition et d'éclairer cette dernière à l'aune du résultat escompté, qui doit être matériellement pertinent. La détermination par transposition a été appréhendée d'un point de vue matériel. Il convient maintenant de l'aborder sous un aspect procédural.

B. Les difficultés procédurales de la détermination par transposition

1350- Préalablement à la détermination effective du champ disciplinaire masso-kinésithérapique par transposition des champs professionnels, il apparaît nécessaire d'examiner les difficultés que cette détermination pourrait présenter d'un point de vue procédural et de dégager les caractéristiques essentielles de la procédure à préconiser.

1351- Il importe donc de mettre en exergue que cette procédure est voué à être appliquée à des champs professionnels diversifiés (a) et à contenir le risque de chevauchement des champs disciplinaires nouvellement consacrés (b).

a) Une procédure applicable à des champs professionnels diversifiés

1352- Manifestement, la procédure de détermination du champ disciplinaire masso-kinésithérapique par transposition des champs professionnels semble devoir gagner en abstraction afin de trouver à s'appliquer à d'autres activités de santé. Cette entreprise procédurale est parfaitement justifiée par le cadre qu'elle est *a priori* vouée à intégrer, à savoir les Sciences de la rééducation et de la

réadaptation.

1353- Afin d'expliciter ce point, il est proposé d'exposer, dans un premier temps, la diversité des champs professionnels susceptibles de faire l'objet d'une transposition (1), puis de justifier, dans un second temps, la nécessité d'élaborer une procédure générale qui soit applicable à tous (2).

1. La diversité des champs professionnels à transposer

1354- La formalisation de la procédure de détermination d'un champ disciplinaire spécifique par transposition des champs professionnels du masseur-kinésithérapeute ne peut vraisemblablement pas être appréhendée isolément. Afin d'expliquer ce point, il doit être rappelé le lien étroit qui unit aujourd'hui les savoirs correspondants et les Sciences de la rééducation et de la réadaptation, qui ont ouvert à ces savoirs l'accès à l'existence juridique. Or, si ce travail de thèse a mis en exergue la situation particulière de la masso-kinésithérapie et la nécessité de la doter d'un champ disciplinaire qui lui soit spécifique, la situation de cette activité de santé paramédicale n'est à ce jour aucunement différente de celles l'ergothérapie, de la psychomotricité et de l'orthophonie.

1355- Cependant, cette apparente unité vole en éclats lorsqu'est appréhendée la manière dont leurs champs professionnels respectifs sont définis. Si n'est abordé que la seule question des domaines de compétences, il apparaît patent que les pouvoirs publics n'ont pas encore pris le soin d'uniformiser la manière de définir ceux-ci. En ce sens, les formules employées ou la nature des éléments utilisés pour préciser ce à quoi correspondent les activités considérées sont extrêmement diversifiées.

1356- À titre d'exemple, si à ce jour la pratique de la masso-kinésithérapie comprend des missions de santé et thérapeutiques, l'ergothérapie et la psychomotricité consistent, respectivement, en l'exécution habituelle « des actes professionnels d'ergothérapie »[1345] et « des actes professionnels de rééducation psychomotrice »[1346]. Ces activités de santé restent ainsi encore uniquement appréciées au travers des actes mis en œuvre par les corps professionnels, ce qui tranche fortement avec le sort qui a été réservé à la masso-kinésithérapie.

1357- L'orthophonie, quant à elle, correspond à « des actes de rééducation constituant un traitement des anomalies de nature pathologique, de la voix, de la parole et du langage oral ou écrit »[1347]. Cette définition concilie une dimension technique *a priori* prépondérante, qui est immédiatement contredite par l'énonciation d'une mission de santé à visée thérapeutique. Elle présente ainsi des

[1345] Article L. 4331-1 du Code de la santé publique.

[1346] Article L. 4332-1 du Code de la santé publique.

[1347] Article L. 4341-1 du Code de la santé publique.

similitudes avec la manière dont est définie la masso-kinésithérapie.

1358- Les champs professionnels considérés, en dépit de leurs diversités, ne sauraient donc faire l'objet de procédures de transposition différentes, puisqu'elles prennent toutes part à la constitution des Sciences de la rééducation et de la réadaptation. Dès lors, il convient maintenant de questionner la possibilité d'élaborer une procédure de transposition qui soit générale et applicable au plus grand nombre.

2. L'élaboration d'une procédure générale applicable aux différents champs professionnels

1359- Si les activités de santé que sont la masso-kinésithérapie, l'ergothérapie, la psychomotricité et l'orthophonie doivent participer, au travers de champs disciplinaires propres, à la constitution des Sciences de la rééducation et de la réadaptation, il convient d'interroger la nécessité de soumettre les champs professionnels correspondants, aux fins de transposition dans la dimension disciplinaire, à la même procédure.

1360- La question se pose : peut-il raisonnablement être envisagé pour ceux-ci des procédures qui soient différentes ? Assurément non : une transposition au cas par cas ne produirait pas l'unité escomptée. Pourtant, la transposition des éléments d'un domaine de compétences défini en termes de missions de santé n'appelle *a priori* pas la même méthode que la transposition des éléments d'un domaine de compétences défini par des actes techniques, notamment s'il est souhaité un résultat matériellement pertinent[1348].

1361- D'aucuns pourraient certainement accepter que soient proposées deux procédures différentes, l'une pour la masso-kinésithérapie et l'orthophonie, fondées sur des missions de santé, l'autre pour l'ergothérapie et la psychomotricité, définies par des actes techniques. L'élaboration des procédures correspondantes n'apparaît pas en soi difficile. S'il convient de refuser la pluralité de procédure, c'est surtout parce que celle-ci devrait s'avérer totalement inutiles. En effet, les activités de santé paramédicales font aujourd'hui l'objet d'une dynamique réformatrice d'ensemble[1349], en vertu de laquelle les domaines de compétences correspondants sont redéfinis en termes de missions de santé. Il est ainsi fort probable que les corps des ergothérapeutes et des psychomotriciens en bénéficient

[1348] Les risques encourus par ces processus de transposition sont totalement opposés. Le principal écueil de la transposition de missions de santé réside dans une trop grande abstraction, dont pourrait résulter une appréhension trop élargie du champ disciplinaire correspondant, alors que la transposition d'actes techniques est susceptible de conduire à un champ disciplinaire trop concret et restreint. Pour une étude des difficultés relatives à la pertinence matérielle du résultat, *cf*. Une difficulté dans la pertinence matérielle attendue du résultat de la transposition, p. 459.

[1349] Il peut en effet être espéré qu'avant de mettre fin aux réformes fragmentaires, les pouvoirs publics permettent aux corps des ergothérapeutes et des psychomotriciens d'accéder à des domaines de compétences fondés sur des missions en santé. Pour plus de précisions, *cf*. b) Des réformes fragmentaires à l'origine de confusions et de situations de concurrence, p. 392.

prochainement.

1362- Dans la suite de ces redéfinitions, la détermination des champs disciplinaires prenant part à la constitution des Sciences de la rééducation et de la réadaptation sera logiquement facilitée. Surtout, il sera ainsi empêché que des activités de santé placées dans des situations similaires et vouées à partager un avenir commun fassent l'objet de traitements différents. L'unicité et la lisibilité de la procédure de transposition constituent vraisemblablement les conditions pour l'obtention d'un consensus entre les parties prenantes, indispensable à l'aboutissement du processus engagé. Elles fournissent également l'assurance d'une égalité de traitement pour tous et d'un accueil apaisé et pérenne des champs disciplinaires consacrés dans le système universitaire.

1363- À ce jour, cet accueil n'est aucunement certain. En effet, des risques de confrontation disciplinaires sont grandement présents.

b) Une procédure contre le risque prévisible de confrontation disciplinaire

1364- Il est logique que tous les champs professionnels paramédicaux en lien avec la rééducation et la réadaptation fassent l'objet d'une procédure de transposition unique. Cette unicité procédurale semble présenter des effets intéressants. Outre la prévisibilité et la sécurité qui lui sont inhérentes, elle fournirait l'assurance à tous les corps concernés que leurs champs professionnels bénéficient du même traitement et leurs champs disciplinaires soient établis de manière égalitaire. Cependant, dans ces conditions, rien ne s'opposerait à la transposition des chevauchements dont font effectivement l'objet les champs professionnels considérés[1350] dans la dimension disciplinaire.

1365- Dans la perspective de discuter des modalités propres à éviter cette transposition pernicieuse, il est proposé de mettre en exergue, dans un premier temps, le risque de confrontation disciplinaire présent à l'occasion de la procédure envisagée (1), avant d'exposer, dans un second temps, la solution préventive qui pourrait y être apportée (2).

1. Le risque prévisible de confrontation disciplinaire

1366- Les enseignants-chercheurs rattachés aux Sciences de la rééducation et de la réadaptation semblent pouvoir aisément s'opposer au sujet de la détermination de leurs champs disciplinaires respectifs. En effet, de manière fortement prévisible, il devrait rapidement apparaître au sein même

[1350] Pour l'exposé des chevauchements, *cf.* a) Des chevauchements des champs professionnels masso-kinésithérapiques, p. 413.

des Sciences de la rééducation et de la réadaptation des groupes réunissant les chercheurs possédant les mêmes origines professionnelles. Cette situation apparaît dans une certaine mesure logique et n'emporte *a priori* aucune conséquence négative. Cependant, il peut être pensé qu'une fois établi, chacun développe la prétention de peser sur la direction donnée à la section CNU. Dans ces conditions, tous rechercheraient un moment ou à un autre à asseoir leur influence au sein de celle-ci, notamment au travers de la mise en œuvre de recherches sur les objets les plus emblématiques de la rééducation et de la réadaptation.

1367- Or, il a été précédemment laissé entendre que cette situation pourrait être empêchée par la seule consécration de champs disciplinaires propres à chacun. À ce stade, une réserve notable doit être formulée. En effet, cette situation ne saurait survenir si les champs disciplinaires consacrés ne font pas eux-mêmes l'objet de confrontation. En d'autres termes, la procédure de transposition ici proposée ne peut être pleinement efficace qu'à la condition que soient évités autant que possible des chevauchements entre les champs disciplinaires considérés. La question mérite grandement d'être soulevée, alors qu'est préconisée la détermination des champs en question par transposition de champs professionnels, déjà eux-mêmes sujets à chevauchements. Il apparaît ainsi nécessaire d'exhorter les pouvoirs publics à procéder à la remise à plat de la répartition des compétences exercées dans le cadre des exercices professionnels considérés dans le même temps que seront établies des limites nettes et précises entre les champs disciplinaires correspondants.

1368- Cette entreprise devrait être facilitée par la détermination préalable des « savoirs communs », lesquels ne peuvent manifestement pas appartenir exclusivement à un seul champ disciplinaire. Les champs disciplinaires paramédicaux considérés recouvriraient alors deux catégories de savoirs. La première catégorie comprendrait les savoirs aux fondements mêmes de la matière, sans lesquels il n'est pas raisonnable de penser que puissent être dispensés de manière efficace des soins à visée rééducative ou réadaptative. Ceux-ci seraient composés de « savoirs communs fondamentaux », qui s'opposent aux « savoirs communs accessoires »[1351]. Ces derniers semblent devoir être constitués de savoirs issus de l'activité médicale en vertu desquels les professionnels paramédicaux concernés peuvent, dans le cadre de leurs prises en charge, confirmer ou infirmer leurs compétences à l'aune de l'état de santé et des signes cliniques présentés par le patient. Il s'agit d'établir à l'aide de ceux-ci un diagnostic d'exclusion, ou autrement dit un diagnostic différentiel. La seconde catégorie de savoirs regrouperait, pour chacun des corps paramédicaux concernés, les savoirs spécifiques à sa matière.

1369- En tout état de cause, la détermination des savoirs communs et la délimitation des champs

[1351] Ici, le vocable « accessoire » doit être appréhendé dans son sens originel, dans le sens « qui s'ajoute » au principal.

disciplinaires spécifiques ne sauraient être laissées entre les seules mains des pouvoirs publics. Pour les guider et les aider dans les arbitrages à opérer, ceux-ci devront sans aucun doute solliciter des membres des organisations représentatives des corps paramédicaux concernés.

2. La préconisation d'une procédure consensuelle et participative

1370- La procédure de transposition des champs professionnels dans la dimension disciplinaire expose à des risques de confrontation que seule la participation des parties concernées semble pouvoir éluder. Il faut ainsi préconiser une démarche participative, propre à permettre l'obtention de consensus autour des questions relatives à la délimitation des différents champs disciplinaires et à la détermination des éléments les plus essentiels des Sciences de la rééducation et de la réadaptation.

1371- L'accord total entre les parties ne devrait toutefois pas être aisé à obtenir. Les points de désaccord prévisibles sont nombreux. Peut déjà être évoquée la difficulté d'obtenir un consensus autour de la procédure à employer pour définir le champ disciplinaire qui sera à chacun octroyé. Sauf à imaginer que la procédure ici présentée obtienne un rayonnement suffisant pour fournir de base à une réflexion commune, il est fort probable que ce point cristallisera de nombreuses tensions entre les corps paramédicaux.

1372- En tout état de cause, si la procédure parvenait à être établie, il faudrait que les différentes parties prenantes parviennent à s'accorder sur les savoirs qui doivent être considérés comme communs et abandonnent leurs prétentions à leur égard. Ce n'est que dans ces conditions que ces champs pourraient faire l'objet d'une appréhension commune par l'ensemble des enseignants-chercheurs de l'entité scientifique concernée et servir l'intérêt commun. Toutefois, il est fort à parier que certains ne manqueront pas de soulever les spécificités professionnelles qu'ils estiment être les leurs pour demander que leur soit réservée l'étude des savoirs fondamentaux ou accessoires particuliers. Il faudra enfin que tous s'accordent sur les délimitations de leurs champs disciplinaires respectifs. Ce point apparaît, par avance, particulièrement épineux.

1373- Les pouvoirs publics devront ainsi nécessairement user d'une pédagogie remarquable pour parvenir à fédérer l'ensemble des corps paramédicaux concernés autour de la détermination des champs disciplinaires, laquelle devra permettre aux intérêts convergents de s'exprimer, plutôt que mettre en mouvement les forces corporatistes divergentes. La mise en perspective des champs disciplinaires paramédicaux les uns par rapport aux autres sera l'occasion pour tous de révéler leur complémentarité. Les différents corps paramédicaux devraient logiquement trouver en celle-ci l'opportunité de perfectionner les compétences qui leur sont véritablement propres et élaborer celles

qui leur permettraient de faire reconnaître, dans l'organisation des activités de santé renouvelée, la place qui est la leur.

1374- Les champs disciplinaires en lien avec la rééducation et la réadaptation doivent donc être déterminés par transposition des champs professionnels censés leur correspondre. La procédure qui peut être envisagée semble caractérisée par ses aspects général, consensuel et participatif. Jusqu'à présent, ce processus a fait l'objet d'une appréhension strictement théorique. Il convient maintenant de l'appliquer et tenter de dégager une définition du champ disciplinaire masso-kinésithérapique qui soit pertinente.

Section 2 : De la proposition de détermination du champ disciplinaire masso-kinésithérapique

1375- Au sein de cette section, l'ambition est d'envisager ce à quoi pourrait correspondre *in fine* le champ disciplinaire masso-kinésithérapique. La modalité de détermination précédemment retenue est supposée offrir la possibilité d'élaborer un champ qui puisse être pertinent et efficace, c'est-à-dire à même de répondre tant aux exigences de concordance avec les champs professionnels qu'aux objectifs poursuivis par la formulation de celui-ci.

1376- Cependant, il convient de relever les limites d'une telle élaboration. En effet, précédemment ont été exposées les difficultés inhérentes au processus envisagé et défendue la nécessité d'instituer une procédure générale à laquelle tous les corps concernés participeraient, ce afin de favoriser les consensus autour du contenu et des limites de leurs champs disciplinaires respectifs. Dès lors, proposer la détermination isolée du champ disciplinaire masso-kinésithérapique peut sembler dénué de tous sens, voire en totale contradiction avec ce qui a été affirmé jusque-là.

1377- En tout état de cause, il doit être fait abstraction de cette idée. Une ébauche de définition doit être réalisée, parce qu'elle constitue l'aboutissement de cette thèse, mais également parce qu'elle pourrait servir de base de réflexion aux masseurs-kinésithérapeutes appelés à participer à la détermination du champ disciplinaire masso-kinésithérapique. Or, pour que cette proposition puisse faire son office, elle doit rester un tant soit peu pérenne. Doit ainsi être prise en considération l'évolution dont pourraient bénéficier prochainement les champs professionnels du masseur-kinésithérapeute.

1378- Pour cette raison, sera étudié, dans un premier temps, l'évolution des compétences et savoirs relatifs à la masso-kinésithérapie qui semble s'amorcer (paragraphe 1), puis exploré, dans un second temps, ce à quoi pourrait conduire *in fine* l'application effective de la procédure de détermination du champ disciplinaire masso-kinésithérapique arrêtée (paragraphe 2).

Paragraphe 1 : Une proposition en considération de l'évolution prévisible des compétences et savoirs relatifs à la masso-kinésithérapie

1379- La proposition de détermination du champ disciplinaire la masso-kinésithérapique ne peut raisonnablement faire l'impasse sur une analyse des expérimentations mises en œuvre dans le cadre du dispositif de coopération entre professionnels de santé qui organisent, selon des modalités très strictes, la réalisation d'actes dérogatoires par des masseurs-kinésithérapeutes[1352]. En effet, si les résultats de celles-ci s'avéraient positifs, le masseur-kinésithérapeute pourrait fort bien être doté, à brève échéance et dans des conditions qui restent encore à être précisées, d'un « accès direct »[1353].

1380- Il ne saurait toutefois être entrepris une étude complète de cet accès direct. En effet, puisqu'il est ici question de circonscrire les éléments propres à déterminer de manière pertinente et efficace le champ disciplinaire masso-kinésithérapique, l'analyse de ces expérimentations doit être conduite au travers du prisme des compétences et savoirs que les masseurs-kinésithérapeutes doivent acquérir pour remplir à bien les nouveaux rôles qui pourraient leur être confiés. La proposition de champ disciplinaire formulée ne pourra ainsi que gagner en pérennité.

1381- Afin de dégager les savoirs qui semblent devoir participer à la détermination du champ disciplinaire masso-kinésithérapique, il doit être étudié, dans un premier temps, les compétences et savoirs médicaux délégués dans le cadre de ces deux expérimentations (A), puis exposé, dans un second temps, en quoi celles-ci laissent supposer l'octroi prochain au masseur-kinésithérapeute d'une relative autonomie décisionnelle (B).

A. La délégation expérimentale de compétences médicales au masseur-kinésithérapeute

1382- Dans le présent développement seront exposés les objets et les conditions dans lesquelles se déroulent les deux expérimentations mises en œuvre par des arrêtés du 6 mars 2020. Dans le cadre

[1352] Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle », *op. cit.* ; arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle », *op. cit.*

[1353] Tel que le préconise le député Cyrille ISAAC-SIBILLE dans son rapport, déposé à la Présidence de l'Assemblée nationale le 7 juillet 2021, *cf.* ISAAC-SIBILLE Cyrille, *Rapport d'information (...) sur l'organisation des professions de santé : quelle vision dans dix ans et comment y parvenir ?*, Paris, La Documentation française, 7 juillet 2021.

de celles-ci, des patients bénéficient d'un accès direct à des soins dispensés par des masseurs-kinésithérapeutes sans avoir consulté au préalable un médecin. L'analyse proposée vise à relever les compétences médicales que ces masseurs-kinésithérapeutes doivent être en mesure d'exercer et, subséquemment, les savoirs que ceux-ci sont censés acquérir, afin d'assurer une prise en charge efficace et sécuritaire des patients venus les consulter.

1383- Dans cette perspective, il importe tout d'abord de présenter, dans un premier temps, les pratiques expérimentales organisées par les arrêtés en question (a), puis de mettre en évidence, dans un second temps, que les compétences et savoirs médicaux que celles-ci ont pour objet (b).

a) La présentation des expérimentations d'accès direct au masseur-kinésithérapeute

1384- À l'instar de tout protocole de coopération entre professionnels de santé institué dans le cadre de l'article 51 de la loi du 21 juillet 2009, les expérimentations organisées par les arrêtés du 6 mars 2020 prévoient, dans des conditions très strictes, une délégation d'actes entre des médecins et des professionnels paramédicaux, en l'espèce des masseurs-kinésithérapeutes. Il est attendu de ces derniers qu'ils éprouvent la faisabilité et la pertinence d'une pratique dérogatoire qui pourrait être, à court terme, généralisée à l'ensemble des membres du corps professionnel.

1385- Avant d'exposer les éléments essentiels de ces pratiques expérimentales, il convient d'en présenter le cadre général. À cette fin, il est proposé de se pencher, dans un premier temps, sur les objectifs de ces deux expérimentations (1), puis de s'attarder, dans un second temps, sur les limites des pratiques expérimentales organisées (2)

1. Les objectifs poursuivis par les pratiques expérimentales d'accès direct

1386- Par deux arrêtés du 6 mars 2020, les pouvoirs publics ont organisé l'expérimentation de l'accès direct aux soins réalisés par les masseurs-kinésithérapeutes pour les patients victimes d'un traumatisme en torsion de la cheville[1354] et les patients présentant une douleur lombaire aiguë évoluant depuis moins de quatre semaines[1355]. L'accès direct constitue une prérogative qui est depuis près d'une dizaine d'années au premier rang des revendications du Conseil national de

[1354] Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle », *op. cit.*

[1355] Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle », *op. cit.*

l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Ses membres peuvent donc se féliciter pour leur action, qui semble devoir être prochainement couronnée de succès. Ces pratiques possèdent cependant pour le moment un caractère expérimental indéniable. Celles-ci visent à explorer la pertinence de confier aux masseurs-kinésithérapeutes la prérogative dite d'accès direct, laquelle n'est à ce jour détenue que par les seuls membres des corps médicaux.

1387- Le premier protocole a pour intitulé « Protocole d'accès direct en consultation de masso-kinésithérapie dans le cadre d'une douleur de cheville consécutive à un traumatisme en torsion dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle ». L'objectif consiste à « améliorer la prise en charge de la douleur à la cheville suite à un traumatisme en torsion […] en réduisant les délais ». Il en est attendu surtout une diminution du recours aux services d'urgence. À cette fin, la profession de masseur-kinésithérapeute est valorisée et la consultation de masso-kinésithérapie est expérimentée en lieu et place de consultations de médecine générale. Les masseurs-kinésithérapeutes concernés doivent mettre en œuvre des compétences jusqu'alors entre les mains des Docteurs en médecine. Celles-ci sont constituées de l'établissement du diagnostic d'entorse de cheville, la gradation de la gravité du traumatisme, la prescription, si nécessaire, d'un arrêt de travail et la recherche de facteurs de risques thrombo-emboliques.

1388- Le second protocole a pour objet la « prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle ». L'objectif poursuivi est de « diminuer la récidive et la chronicisation de la lombalgie en améliorant la qualité de la prise en charge et en réduisant son délai ». Une diminution du recours aux services des urgences est également espérée. La consultation de masso-kinésithérapie en première intention est ainsi expérimentée. Il est attendu des masseurs-kinésithérapeutes délégués qu'ils parviennent à « identifier les critères/symptômes pour lesquelles la réponse à la douleur lombaire DOIT être médicale et ne peut être déléguée », mettre en œuvre la prise en charge thérapeutique consistant en « éducation, recherche de drapeaux jaunes et prescription de séances de masso-kinésithérapie » et établir des « prescription(s) d'AINS ou paracétamol et d'[..] arrêt de travail ».

1389- De nombreux masseurs-kinésithérapeutes voient dans ces deux expérimentations la promesse de l'octroi, à plus ou moins brève échéance, à l'ensemble des membres du corps professionnel, de la prérogative d'accès direct pour tous les patients présentant un de ces deux motifs de consultation. Pourtant, cette expectative mérite d'être fortement relativisée. En effet, les pratiques dérogatoires ici présentées sont fortement encadrées et les limites qui les caractérisent de nombreuses fois rappelées au sein des arrêtés considérés.

2. Les limites de pratiques manifestement circonscrites

1390- Si les développements à venir n'ont pas pour objet de rappeler de manière exhaustive les limites des expérimentations instituées par les deux arrêtés du 6 mars 2020, certaines doivent être rapidement exposées. En effet, les limites de l'intervention effective des masseurs-kinésithérapeutes dans le cadre de ces expérimentations impacteront nécessairement l'étendue des savoirs que ceux-ci sont appelés à acquérir et, subséquemment, le processus de détermination du champ disciplinaire masso-kinésithérapique à envisager. Les principales limites sont de deux ordres.

1391- La première limite est relative à l'âge des patients autorisés à consulter un masseur-kinésithérapeute en accès direct. La tranche d'âge pour les patients victimes d'un traumatisme en torsion de cheville est fixée de 18 à 55 ans. Elle est de 20 à 55 ans pour les patients présentant une douleur lombaire évoluant depuis moins de quatre semaines. La limite d'âge minimale s'explique notamment par les contraintes diagnostiques liées à la croissance osseuse. En effet, les cartilages de croissance, qui sont plus vulnérables que l'os et dont l'atteinte est susceptible de produire de lourdes conséquences fonctionnelles à long terme, ne se soudent qu'autour de l'âge de 18 et 20 ans pour, respectivement, la cheville et le rachis lombaire. Le principe de précaution impose donc l'exclusion de ces patients du cadre expérimental. La limite d'âge maximale, quant à elle, trouve sa justification dans l'augmentation de la prévalence de l'ostéoporose et des syndromes néoplasiques à partir de 60 ans, lesquels peuvent être à l'origine de fractures spontanées ou provoquées par un traumatisme mineur. Or, dans la mesure où le diagnostic de fracture ne peut être posé qu'après un examen d'électroradiologie médicale et le retard de diagnostic constitue, pour le patient, une perte de chance qui expose la responsabilité du professionnel qui en est à l'origine, cette limite à l'intervention en première intention du masseur-kinésithérapeute apparaît totalement justifiée.

1392- La seconde limite ne concerne que la prise en charge par les masseurs-kinésithérapeutes des patients présentant une lombalgie commune aiguë. Elle est constituée par la durée de présence du symptôme douloureux, qui est de moins de quatre semaines. Puisque près de 90 % des douleurs lombaires sans signe d'alerte évoluent spontanément de manière favorable en quatre à six semaines, l'instauration de cette limite peut apparaître, dans une certaine mesure, logique. Elle témoigne surtout de la manière dont les pouvoirs publics appréhendent les soins de masso-kinésithérapie délivrés en première intention. En effet, en prenant le soin de poser un cadre expérimental particulièrement étroit, ceux-ci ont exclu de la pratique des professionnels délégués la quasi-totalité des pièges et des difficultés diagnostiques susceptibles d'être rencontrés. Si est ainsi assurée une pratique expérimentale précautionneuse de la sécurité des patients, ce dont tous peuvent se réjouir, ces limites font manifestement apparaître la pratique expérimentale sous une forme résiduelle,

c'est-à-dire consistant dans les cas cliniques qui ne nécessitent pas, *a priori*, la consultation d'un médecin, autrement dit des cas cliniques dont la prise en charge ne semble pas nécessiter la mise en œuvre de compétences médicales pointues.

1393- Nonobstant ce point, les compétences et savoirs délégués à ces masseurs-kinésithérapeutes, parties à l'expérimentation, sont indéniablement de nature médicale. Est-ce qu'il peut être déduit de ces cadres expérimentaux une évolution programmée de la profession de masseur-kinésithérapeute vers une profession médicale intermédiaire ? Assurément non. En effet, ces compétences et savoirs méritent fortement d'être relativisés.

b) La relativité des compétences et savoirs médicaux à acquérir

1394- Les expérimentations au sein desquelles sont délivrés des soins en masso-kinésithérapie en accès direct, pour les deux motifs de consultation sus-mentionnés, sont organisées dans des conditions strictes et précises. Les limites à l'intervention des professionnels délégués sont strictes. Leurs pratiques dérogatoires apparaissent particulièrement précises. Il n'en demeure pas moins qu'il est attendu de ceux-ci qu'ils acquièrent et exercent de véritables compétences médicales, qui étaient jusqu'alors entre les mains du corps médical. Ce point doit être démontré, notamment parce qu'à ces compétences correspondent à des savoirs médicaux dont il est recherché, dans le cadre de cette thèse, la consistance et l'étendue, afin d'apprécier la nécessité de prendre en compte ces éléments dans la détermination du champ disciplinaire spécifique à la masso-kinésithérapie.

1395- Pour cette raison, il importe d'étudier, dans un premier temps, les compétences médicales mises en œuvre et les savoirs médicaux mobilisés dans le cadre de ces expérimentations (1), avant d'expliquer, dans un second temps, en quoi les compétences et savoirs cliniques méritent d'être fortement relativisées (2).

1. Des compétences et savoirs médicaux à acquérir

1396- Afin de pouvoir prendre en charge, en première intention, des patients qui ont été victimes de traumatisme en torsion de cheville ou présentent une lombalgie aiguë depuis moins de quatre semaines, les masseurs-kinésithérapeutes parties à l'expérimentation doivent suivre, avant la mise en place du protocole, une formation « visant à l'appropriation des savoirs et à l'application de recommandations » d'une durée de dix heures, organisées en trois séquences d'apprentissage. Cette

formation est « assurée par l'ensemble des médecins délégants […] dont au moins un maître de stage des universités ».

1397- Il apparaît nécessaire de souligner que ces savoirs et recommandations sont exclusivement de nature médicale. Par conséquent, pour participer à ces expérimentations, le niveau des masseurs-kinésithérapeutes n'est pas questionné. Ceux-ci n'ont aucunement besoin de justifier d'une durée minimale d'expérience professionnelle ou encore de la validation antérieure d'une quelconque formation. Le prérequis n'est constitué que du seul diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute. Il n'est pas plus attendu des médecins en charge de la formation préalable à la mise en place de la pratique dérogatoire qu'ils procèdent à l'actualisation des connaissances des professionnels délégués en matière de rééducation et réadaptation. Ces deux expérimentations ont véritablement pour objet des compétences médicales.

1398- Par ailleurs, peut être établie la liste des actes dérogatoires qui sont confiés aux masseurs-kinésithérapeutes délégués. Dans le cadre du protocole relatif au traumatisme en torsion de cheville, ces actes consistent en la réalisation d'un « examen clinique » sommaire, l'établissement d'un « diagnostic positif de l'entorse, (l')exclusion des diagnostics différentiels et des signes de gravité », la « vérification de l'indication d'une radiographie […] et (si besoin la) prescription de celle-ci », la « recherche des facteurs thrombo-emboliques » dans le dossier médical, la « prescription via une ordonnance-type de paracétamol […] (et de) séances de masso-kinésithérapie ». Dans le protocole relatif à la lombalgie aiguë évoluant depuis moins de quatre semaines, ces actes dérogatoires comprennent le « diagnostic de la lombalgie commune », l'« évaluation des drapeaux rouges et des drapeaux jaunes », la pose de « l'indication d'un traitement antalgique », la « prescription via une ordonnance-type d'AINS ou paracétamol » ou « d'un arrêt de travail initial » et la « prescription d'un bilan et de séances de masso-kinésithérapie […] pour les patients à risque de passage à la chronicité ». Or, toutes les compétences que sont la réalisation d'un diagnostic, l'appréciation de facteurs de risque ou de complications, la prescription d'examens complémentaires, d'un traitement médicamenteux, d'une prise en charge paramédicale ou d'un arrêt de travail sont incontestablement des compétences médicales qui sont toujours restées, jusqu'alors entre les mains des Docteurs en médecine.

1399- Enfin, hormis l'examen clinique, toutes ces compétences relèvent d'un processus intellectuel strict et ne trouvent aucune résonance technique concrète. Tel est notamment le cas du diagnostic positif, des diagnostics différentiels, de la recherche des facteurs de risque ou de gravité, de la vérification de l'indication d'un examen de radiologie médicale, de la prescription d'antalgiques, de soins masso-kinésithérapiques ou d'un arrêt de travail. Sont ainsi essentiellement confiées à ces

masseurs-kinésithérapeutes des compétences intellectuelles, mises en œuvre par la mobilisation de savoirs médicaux.

1400- En tout état de cause, il est attendu des masseurs-kinésithérapeutes délégués qu'ils acquièrent des compétences et savoirs médicaux. Ceux-ci méritent cependant d'être fortement relativisés.

2. La relativité des compétences et savoirs cliniques à acquérir

1401- Il convient de se pencher sur la consistance des compétences et des savoirs qui doivent être acquis par les masseurs-kinésithérapeutes délégués afin de poser le diagnostic positif d'entorse de cheville et de lombalgie commune au stade aigu et exclure les diagnostics différentiels et les signes de gravité, autrement appelés drapeaux rouges dans la cadre du symptôme douloureux lombaire.

1402- À cet égard, il peut être souligné que la plupart des signes cliniques précisés dans les arrêtés du 6 mars 2020 sont, de manière générale, d'emblée remarquables par leur expression sur le plan fonctionnel et donc souvent rapportés par les patients mêmes au cours de l'interrogatoire. Ce n'est que rarement que ces signes apparaissent sous une forme fruste ou sont découverts fortuitement au cours de l'examen clinique. D'ailleurs, la plupart correspondent à des signes visibles à l'œil nu et sont relevés à l'examen morphostatique du patient. Tel est le cas de l'impossibilité de maintenir un « appui monopodal » ou de « faire 4 pas », la présence de « troubles neurologiques étendus », une « plaie à proximité du rachis » ou une « déformation structurale importante du rachis ».

1403- Si la recherche des signes cliniques considérés nécessite la réalisation de gestes pratiques, ceux mentionnés dans les deux arrêtés constituent un examen clinique qui peut véritablement être qualifié de sommaire. Les masseurs-kinésithérapeutes ont l'entière maîtrise, à un degré même certainement supérieur à celui de la grande majorité des médecins généralistes, de la palpation osseuse « de la région malléolaire », du « bord postérieur (sur 6 cm) ou de la pointe » de la malléole externe ou interne, et encore de la « base de M5 » et « du scaphoïde tarsien ». Ces gestes n'ont donc aucun secret pour les masseurs-kinésithérapeutes, pas plus que la « pression d'une épineuse » d'une vertèbre lombaire ou la prise des « pouls périphériques ».

1404- En outre, ces signes sont déjà recherchés par les masseurs-kinésithérapeutes dans le cadre de leur pratique habituelle. En effet, ces professionnels procèdent systématiquement à l'évaluation clinique de leurs patients présentant une entorse de cheville ou une lombalgie aiguë. N'apprennent-ils pas au cours de leur formation, dans le cadre de l'unité d'enseignement relatif à la « sémiologie, physiopathologie et pathologie du champ musculo-squelettique » à « connaître et identifier dans un

contexte clinique, les contre-indications à la prise en charge masso-kinésithérapeutique (*sic*), ainsi que les critères imposant une réévaluation du patient par le médecin » et à relever « les signes cliniques et déficiences caractéristiques du système musculo-squelettique, précédant et/ou succédant à la réponse thérapeutique médico-chirurgicale, base du diagnostic kinésithérapique »[1356] ?

1405- Manifestement, il n'est pas attendu des masseurs-kinésithérapeutes délégués qu'ils exécutent des gestes médicaux particuliers, dont ils ne possèdent pas encore la maîtrise. Dans le cadre de ces expérimentations, ces professionnels sont surtout appelés à mobiliser des compétences et savoirs médicaux, quoiqu'assez sommaires. À l'aune de ce constat, il peut être supposé que leur évolution prochaine s'oriente vers un gain en autonomie décisionnelle.

B. Une évolution prévisible vers l'autonomie décisionnelle relative

1406- Les expérimentations instituées par les arrêtés du 6 mars 2020 s'inscrivent dans une réflexion globale relative à l'organisation de la dispensation des soins en santé que l'insuffisance récurrente du temps médical impose de réformer. S'il peut en être attendu, tel qu'affirmé, l'amélioration de la prise en charge « de la douleur de cheville suite à un traumatisme en torsion » et la diminution de « la récidive et la chronicisation de la lombalgie » commune en phase aiguë, ces pratiques dérogatoires visent surtout à questionner la pertinence d'une délégation de compétences médicales vers les masseurs-kinésithérapeutes et l'instauration subséquente de consultations de masso-kinésithérapie en lieu et place de consultations en médecine générale. Ainsi, à court terme, de nombreux patients pourraient ainsi être amenés à consulter, pour ces deux indications, un masseur-kinésithérapeute sans ne jamais être examinés par un médecin généraliste. Dans la perspective de l'élaboration d'un champ disciplinaire masso-kinésithérapique, cette hypothèse oblige à se pencher sur l'étendue des savoirs requis pour un exercice efficace, autonome et sécuritaire de ces patients par les membres du corps professionnel considéré.

1407- Sera exploré, dans un premier temps, en quoi une évolution vers l'autonomie décisionnelle du corps des masseurs-kinésithérapeutes semble annoncée (a), puis expliqué, dans un second temps, en quoi cette autonomie mérite d'être relativisée (b).

[1356] Tel qu'il figure au sein des annexes de l'arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, *op. cit.*

a) L'affirmation d'une évolution vers l'autonomie décisionnelle

1408- En confiant, dans le cadre de ces expérimentations, le soin aux masseurs-kinésithérapeutes de prendre en charge en accès direct, autrement dit « en première intention », les patients victimes d'un traumatisme en torsion de cheville ou présentant une douleur lombaire aiguë sans signe d'alerte et évoluant depuis moins de quatre semaines, les pouvoirs publics ont véritablement amorcé une dynamique d'autonomisation décisionnelle de ce corps professionnel.

1409- En effet, jusqu'alors, les masseurs-kinésithérapeutes possèdent une autonomie décisionnelle extrêmement limitée. Instituée par l'arrêté du 22 février 2000[1357], qui a supprimé le caractère quantitatif et qualitatif des prescriptions médicales de masso-kinésithérapie, cette autonomie reste aujourd'hui strictement cantonnée aux éléments de ses prises en charge et consiste en la possibilité, pour le masseur-kinésithérapeute, d'apprécier seul le nombre de séances que l'état clinique de son patient impose, ainsi que les actes à exécuter. Cependant, cette liberté est de manière surprenante limitée par une règle conventionnelle. En effet, la Nomenclature générale des actes professionnels précise que dès lors qu'une prescription médicale présente de telles mentions, donc un nombre de séances ou des actes masso-kinésithérapiques à réaliser, celles-ci s'imposent naturellement au professionnel paramédical.

1410- Il peut dès lors être compris que permettre à certains patients de les consulter en accès direct un masseur-kinésithérapeute constitue un événement majeur de nature à bouleverser profondément l'entièreté de l'organisation de la dispensation des soins. Les objectifs de ces expérimentations sont clairement affichés. Elles visent à permettre de réduire le délai de début de prise en charge des patients considérés. Or, pour ce faire, les professionnels délégués doivent être en mesure de prendre les décisions qu'impose l'état de santé de leur patient, ce pourquoi est ici évoqué l'octroi d'une autonomie décisionnelle.

1411- Cette autonomie n'est pas qu'une simple vue de l'esprit. Elle figure explicitement au sein des arrêtés du 6 mars 2020. Ainsi, est-il précisé, au titre des actes dérogatoires institués, « les décisions prises par le délégué, sans participation du délégant ». Des exemples sont mentionnés, sous la forme de questions auxquelles les promoteurs des expérimentations doivent, en tout ou partie, répondre. « Pour un examen clinique, s'agit-il par exemple […] de définir la conduite à tenir en fonction des résultats... ? », « pour une consultation de suivi, s'agit-il, par exemple, d'en décider l'opportunité, […] de décider des orientations du patient, […] de poser l'indication d'un examen à réaliser » ?

[1357] Arrêté du 22 février 2000 modifiant l'arrêté du 6 janvier 1962 fixant 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, *op. cit.*

Manifestement, dans le cadre de ces expérimentations, les masseurs-kinésithérapeutes délégués peuvent prendre, de manière autonome, des décisions qui leur échappaient totalement auparavant. Celles-ci semblent être de deux ordres.

1412- Le premier ordre comprend toutes les décisions nécessaires à l'établissement du diagnostic positif et à l'exclusion des diagnostics différentiels et des signes d'alerte ou de gravité. La première intention impose nécessairement la détermination rapide et efficace d'une conduite à tenir. Elle oblige ainsi le masseur-kinésithérapeute à confirmer ou décliner promptement sa compétence pour prendre en charge le patient et, le cas échéant, à orienter celui-ci vers le professionnel approprié, au regard des signes présentés. En cas de doute, il lui appartient alors de déterminer l'opportunité de procéder à des examens complémentaires. Si la majorité de ces savoirs sont déjà mobilisés au quotidien par les membres du corps professionnel, le degré de maîtrise ici exigé est particulièrement important. En effet, cette autonomie décisionnelle devrait opérer, par elle-même, un accroissement du domaine de la responsabilité de ceux qui en bénéficient. En tant qu'acteur de première intention, les masseurs-kinésithérapeutes pourraient voir leur responsabilité recherchée en cas d'erreur de diagnostic, notamment si celui-ci engendre pour le patient une perte de chance de bénéficier en temps utile d'un traitement adapté. Doit-il dès lors être envisagé d'intégrer, d'une manière ou d'une autre, ces savoirs dans le champ disciplinaire masso-kinésithérapique ? Manifestement, une réponse positive semble s'imposer.

1413- Le second ordre trouve notamment sa source dans la possibilité qui est offerte aux masseurs-kinésithérapeutes, à l'issue de la première consultation réalisée dans le cadre dérogatoire, de décider de prescrire aux patients un bilan et des séances de masso-kinésithérapie. Ce droit, qualifié d'auto-prescription, est limité à un nombre de séances dans le cas du traumatisme en torsion de cheville, soit six à dix, et à un type de patients dans le cas de la douleur lombaire évoluant depuis moins de quatre semaines, c'est-à-dire ceux identifiés comme présentant un risque de chronicisation. Il n'en demeure pas moins que cette autonomie décisionnelle, dans le cas où elle serait consacrée, constitue une importante dérogation aux actuelles règles d'organisation de la dispensation des soins en santé et incite à s'interroger sur la possibilité, pour les masseurs-kinésithérapeutes, d'accéder à un statut de professionnel intermédiaire de santé, tel qu'il est ressorti de l'étude du rapport rédigé par la mission présidée par Laurent HÉNART. En tout état de cause, l'auto-prescription ne nécessite pas plus de savoirs que ceux que le corps professionnel maîtrise déjà, car ceux-ci sont indéniablement les plus aptes à déterminer l'opportunité et la pertinence de leur intervention auprès du patient.

1414- Ces expérimentations semblent ainsi annoncer l'évolution du masseur-kinésithérapeute vers une véritable autonomie décisionnelle. Il ne saurait pour autant précipitamment être conclu que les

savoirs que le corps professionnel doit acquérir et maîtriser, en d'autres termes ceux qui doivent figurer dans la définition de son champ disciplinaire, sont exacerbés. En effet, à bien des égards, cette autonomie décisionnelle, encore au stade expérimental, mérite d'être relativisée.

b) Une autonomie décisionnelle à relativiser

1415- S'il est attendu des masseurs-kinésithérapeutes délégués qu'ils mettent en œuvre de véritables compétences médicales, leurs actions restent circonscrites dans un cadre protocolaire strict. En outre, ceux-ci se doivent de respecter un tableau précis détaillant les critères d'inclusion, les critères d'exclusion et la démarche thérapeutique à suivre pour ces patients venus les consulter directement. L'affirmation d'une autonomie décisionnelle doit ainsi être relativisée.

1416- Par ailleurs, les termes des arrêtés du 6 mars 2020 laissent entendre que le professionnel délégué exclut seul et en totale autonomie les diagnostics différentiels et les signes d'alerte et de gravité relatifs aux traumatismes en torsion de cheville et aux lombalgies évoluant depuis moins de quatre semaines. Or, dans les deux cas, une liste des critères dont le masseur-kinésithérapeute doit vérifier assidûment l'absence est précisée. Le délégué ne peut dès lors faire autrement que suivre le déroulé de cette liste, inscrite dans la « fiche synthétique de saisi et de prescription ». De manière évidente, ce professionnel paramédical se retrouve de nouveau à réaliser un bilan, soit à dresser l'inventaire des éléments de la situation du patient[1358]. Dans ces conditions, il semble difficile de prétendre que le masseur-kinésithérapeute consulté en accès direct réalise une synthèse des signes présentés par son patient, encore moins qu'il élabore un diagnostic kinésithérapique. La recherche des signes d'alerte ou de gravité ne semble pas ici véritablement viser l'exclusion des diagnostics différentiels. Si exclusion il y a, c'est celle de la compétence du professionnel délégué. D'ailleurs, la présence d'un seul des signes de la liste oblige le masseur-kinésithérapeute à orienter le patient vers le médecin généraliste.

1417- Concernant la prescription d'antalgiques, de bilan et de séances de masso-kinésithérapie et d'arrêt maladie, supposée également autonome, elle reste de toute évidence strictement encadrée et limitée. Les contre-indications à l'administration d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont précisées. À cet égard, dans la fiche synthétique, un code couleur permet aisément de distinguer les contre-indications absolues, inscrites en rouge, des contre-indications relatives, mentionnées en jaune. En présence de ces dernières, le masseur-kinésithérapeute doit prescrire au patient, en sus du traitement anti-inflammatoire, un médicament propre à assurer la protection de sa muqueuse gastro-

[1358] Centre national de ressources textuelles et lexicales, *Bilan*, *op. cit.*

duodénale. Concernant la prescription d'un bilan et de soins masso-kinésithérapiques, celle-ci doit être réalisée conformément aux référentiels de l'Assurance maladie, ce qui est également le cas pour les arrêts maladie. Si la durée de ces derniers peut être de cinq jours maximum pour une lombalgie commune, elle peut aller jusqu'à vingt-et-un jours pour une entorse de cheville. Dans ce dernier cas, un tableau explique la durée à prescrire en fonction de la gravité de l'entorse, le type d'emploi professionnel occupé par le patient et les contraintes que celui-ci est susceptible de faire subir à sa cheville. Toutefois, un semblant d'autonomie est reconnu au professionnel délégué, puisque l'Assurance maladie prend le soin de confirmer que les durées mentionnées dans ce tableau ne le sont qu'à titre indicatif et doivent être adaptées « en fonction de la situation de chaque patient ».

1418- Dans ces conditions, peut-il être considéré que ces expérimentations visent clairement à doter les masseurs-kinésithérapeutes, à court terme, d'une autonomie décisionnelle ? La réponse mérite grandement d'être réservée. Si les modalités d'exercice de la première intention susceptibles d'être mises en œuvre de manière effective restent totalement incertaines, aucun élément ne va dans le sens d'un exercice autonome par les masseurs-kinésithérapeutes de compétences autrefois entre les mains des membres du corps médical. Pour autant, apparaît-il pertinent de ne pas faire figurer les savoirs qui se rapportent à ces dernières au sein du champ disciplinaire correspondant ? Une réponse négative s'impose ici en toute certitude. En effet, il a été à de maintes reprises affirmé que le champ disciplinaire devait servir les desseins des champs professionnels. Or, de tels savoirs pourraient initier, fonder et soutenir *in fine* l'instauration par les pouvoirs publics d'une véritable autonomie décisionnelle pour les masseurs-kinésithérapeutes.

1419- Toutefois, ces éléments ne peuvent être considérés comme susceptibles de figurer au premier plan des savoirs du champ disciplinaire. En effet, en l'état, il ne peut être question que de prémices d'autonomisation. Il convient de ne pas céder à l'écueil d'une appréhension trop abstraite du champ disciplinaire appelé à être déterminé, et de rester concentré sur la réalité de l'exercice quotidien du corps des masseurs-kinésithérapeutes, mais tout en prenant en considération les évolutions dont devrait très certainement bénéficier dans les prochaines années la masso-kinésithérapie.

1420- L'application de la procédure de détermination du champ disciplinaire précédemment établie, à l'aune des expérimentations instituées par les arrêtés du 6 mars 2020, doit permettre d'élaborer une proposition pertinente du champ disciplinaire masso-kinésithérapique. C'est ce qui est proposé de réaliser dans le paragraphe suivant.

Paragraphe 2 : Une proposition de définition du champ disciplinaire masso-kinésithérapique

1421- Ce dernier paragraphe ambitionne d'établir une proposition de champ disciplinaire masso-kinésithérapique, qui corresponde à la nouvelle définition du domaine de compétences du corps professionnel, formulée à l'article L. 4321-1 du Code de la santé publique. Cette proposition ne peut manifestement pas procéder de la mise en œuvre stricte de la procédure décrite dans ce chapitre, dans la mesure où cette dernière devrait posséder une forme générale et fédérer la participation active de l'ensemble des parties prenantes, propres à permettre des consensus autour des questions des contenus et des limites de chacun des champs disciplinaires. Nonobstant ce point capital, il apparaît possible de mettre en œuvre le processus précédemment décrit.

1422- Il est ainsi proposé de dégager, dans un premier temps, les éléments constitutifs du domaine de compétences du masseur-kinésithérapeute susceptibles de faire l'objet d'une transposition dans la dimension disciplinaire ou d'influer sur le processus de transposition (A), avant de procéder, dans un second temps, à la formulation d'une définition du champ disciplinaire masso-kinésithérapique, que l'on espère pertinente (B).

A. Une définition fondée sur la transposition des éléments prévalents du domaine de compétences du masseur-kinésithérapeute

1423- Le premier temps de la procédure de détermination du champ disciplinaire considérée réside dans le choix des éléments devant faire l'objet d'une transposition dans la dimension disciplinaire. Il importe ainsi de distinguer les éléments prévalents du domaine de compétences du masseur-kinésithérapeute, de la transposition desquels seront érigés les éléments les plus essentiels du champ disciplinaire masso-kinésithérapique, auxquels correspondent les savoirs caractéristiques de l'activité de santé masso-kinésithérapique (a), puis de dégager les éléments secondaires qui ne peuvent être éludés, notamment parce qu'ils semblent devoir influencer substantiellement la définition qu'il est proposé d'élaborer (b).

a) Des éléments prévalents à transposer

1424- La distinction des éléments prévalents du domaine de compétences masso-kinésithérapique ne pose *a priori* aucune difficulté majeure, car une première appréhension de cette étape essentielle du processus a déjà été précédemment réalisée[1359].

1425- Pour rappel, la définition du domaine de compétences masso-kinésithérapique est formulée au premier alinéa de l'article L. 4321-1 du Code de la santé publique. Ce domaine est composé des éléments que sont « la prévention, la promotion de la santé, le diagnostic kinésithérapique et le traitement : 1° Des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne ; 2° Des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles ». Or, puisque la prévention et la promotion de la santé ne peuvent utilement caractériser les interventions du masseur-kinésithérapeute, dans la mesure où ces missions sont confiées également à d'autres professionnels de santé, celles-ci doivent être écartées.

1426- Reste ainsi ce qui a été dénommé les « missions thérapeutiques ». Or, les vocables employés pour les définir renvoient à des situations cliniques nombreuses et variées, au point que ces missions apparaissent excessivement étendues. Toutefois, il n'est aucunement possible de les exclure, sinon quel élément transposé dans la dimension disciplinaire ? En conséquence, elles doivent être appréhendées au travers du prisme des relations que sont appelés à entretenir le champ disciplinaire masso-kinésithérapique et les champs circonvoisins, lesquels devraient être déterminés de manière concomitante. En effet, si les vocables « mouvement », « motricité » et « capacités fonctionnelles » étaient utilisés tels quels dans la définition du champ masso-kinésithérapique, celui-ci engloberait forcément tout ou partie de tous les champs disciplinaires en lien avec la rééducation ou la réadaptation. Le rapport de force entre les corps en question se trouverait totalement déséquilibré, en l'espèce en faveur du corps des masseurs-kinésithérapeutes, ce qu'une analyse partisane pourrait fort bien accepter, mais la compréhension des enjeux d'une détermination harmonieuse et apaisée des différents champs disciplinaires oblige à exclure. Pour cette raison, ces éléments ne peuvent être repris tels quels et doivent être transposés.

1427- Vraisemblablement, cette transposition a pour objet de dégager ce qui est le plus spécifique à la pratique masso-kinésithérapique en ce qui concerne le diagnostic et le traitement relatifs au mouvement, à la motricité et aux capacités fonctionnelles. Or, cette étape ne peut qu'avoir pour effet, à terme, la réduction de l'étendue des champs professionnels exercés effectivement par le masseur-kinésithérapeute. En effet, la transposition vise à circonscrire les savoirs en lien avec la

[1359] Pour une appréhension sommaire des éléments prévalents du domaine de compétences du masseur-kinésithérapeute, c*f.* développement n° 1338, p. 457.

masso-kinésithérapie, de la mobilisation desquels les enseignants-chercheurs issus du corps des masseurs-kinésithérapeutes pourraient étudier les pratiques existantes, déterminer lesquels s'avèrent les plus efficaces et éventuellement en découvrir de nouvelles. Or, ces savoirs devraient apparaître comme restreints par rapport à l'étendue des missions thérapeutiques professionnelles originelles. Il peut dès lors être pensé qu'à terme la pratique de la masso-kinésithérapie, sous l'effet des résultats des recherches, ne corresponde plus au traitement de l'intégralité des mouvements et de la motricité de la personne, ou encore des déficiences ou altérations des capacités fonctionnelles. En ce sens, d'aucuns soulèveront, dans le cas du non-emploi *in extenso* des vocables étudiés dans la définition du champ disciplinaire masso-kinésithérapique, l'inévitable restriction des champs professionnels.

1428- Cependant, cette contraction, bien relative, ne doit aucunement être redoutée. La contraction ne conduit pas inéluctablement à l'appauvrissement des pratiques. Bien au contraire, l'ont peut penser qu'en dégageant, en temps utile, l'essence de la masso-kinésithérapie, celle-ci soit protégée des affres d'une dynamique absolutiste de décloisonnement, de sa dilution et de sa confusion avec les activités circonvoisines. Par ailleurs, il est fort probable qu'avec le temps cette contraction s'accompagne de l'amélioration des pratiques d'ores et déjà existantes et du développement de nouvelles pratiques, plus efficaces ou adaptées à des situations cliniques précises, autrement dit à des indications thérapeutiques pertinentes. Loin d'appauvrir la pratique de la masso-kinésithérapie, le processus fournit en lui-même la promesse d'une amélioration de l'efficacité professionnelle.

1429- Doit dès lors être réalisée la transposition des notions de « mouvement », « motricité » et « capacités fonctionnelles » dans une dimension disciplinaire. Toutefois, en parallèle à cela, la détermination des éléments secondaires susceptibles d'influencer de manière substantielle la transposition en question doit être opérée.

b) Des éléments secondaires à prendre en considération

1430- Les éléments secondaires qui semblent devoir figurer, de manière plus ou moins explicite, au sein de la définition du champ disciplinaire masso-kinésithérapique sont bien plus difficiles à déterminer. Si le texte duquel les extraire ne fait aucun doute, puisque seul l'article L. 4321-1 du Code de la santé publique définit à ce jour ce que recouvre véritablement la pratique de la masso-kinésithérapie, les articles correspondants de la partie réglementaire du code précité ayant été au début de l'année 2016 frappés d'obsolescence, le choix de ces éléments procède de la pertinence du résultat escompté de la transposition. En ce sens, il est attendu des éléments secondaires qu'ils aident à circonscrire le contenu du champ disciplinaire et en éclairent la consistance, de manière à

ce que le résultat du processus de transposition réalisé puisse remplir efficacement les rôles qui lui sont assignés, à savoir fonder des recherches spécifiques en masso-kinésithérapie et servir les desseins des champs professionnels masso-kinésithérapiques.

1431- Les éléments secondaires doivent ainsi fortement impacter le résultat de la transposition, qui ne peut pas revêtir un caractère trop concret, sans pour autant prendre le risque d'être regardé comme un objet trop abstrait. Le choix des notions utilisées est en ce sens déterminant. Par ailleurs, ces éléments doivent permettre de préciser certains aspects particuliers du champ disciplinaire et restreindre son étendue, ou bien élargir l'appréhension qui devra en être réalisée. Dans ce cas, il est surtout question de limiter, tant que possible, les chevauchements prévisibles entre les champs circonvoisins, mais également assurer la pleine répartition des savoirs en lien avec les Sciences de la rééducation et de la réadaptation.

1432- Parmi ceux-ci, il ne fait aucun doute que certains peuvent être regardés comme communs aux différents champs disciplinaires constitutifs des Sciences consacrées à la 91e section CNU. Il en va ainsi, par exemple, des savoirs requis pour certaines modalités d'exercice professionnel, telles que la première intention. Or, puisqu'il peut être vraisemblablement pensé que cette dernière vienne à être, à brève échéance, consacrée pour le corps des masseurs-kinésithérapeutes, puis étendue à d'autres corps paramédicaux prenant part aux activités rééducatives et réadaptatives, les savoirs qui en permettent l'exercice plein et entier ne semblent pas pouvoir être attribués de manière exclusive à un des champs disciplinaires considérés. Ceci est notamment le cas des savoirs mobilisés aux fins d'établir un diagnostic d'exclusion. Toutefois, dans la mesure où il ne peut pour autant ne pas en être fait mention, il semble possible qu'un texte renvoyant à ces savoirs soit systématiquement intégré dans chacun des champs disciplinaires essentiels des Sciences de la rééducation et de la réadaptation.

1433- L'étude de la lettre de l'article L. 4321-1 du Code de la santé publique doit donc révéler les éléments propres à éclairer de manière utile le résultat de la transposition. Alors que le premier élément réside dans les notions de « prévention » et « promotion de la santé », qui confèrent à la masso-kinésithérapie une dimension préventive qui ne saurait ne pas être mentionnée dans les buts poursuivis par la masso-kinésithérapie, le deuxième élément consiste dans les moyens mis en œuvre par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre des traitements relatifs aux pathologies rencontrées. Ces moyens, d'après la lettre de l'article étudié, sont « manuels, instrumentaux et éducatifs ». Il s'agit manifestement d'éléments secondaires devant nécessairement influencer la détermination du champ disciplinaire masso-kinésithérapique. En effet, ceux-ci peuvent permettre de distinguer le champ masso-kinésithérapique des champs disciplinaire de l'ergothérapeute et du psychomotricien,

définis respectivement par transposition de leurs champs professionnels, lesquels restent à l'heure actuelle centrés autour des « actes professionnels d'ergothérapie »[1360] et les « actes professionnels de rééducation psychomotrice »[1361].

1434- Le troisième élément révèle n'est pas spécifique à la masso-kinésithérapie, mais semble devoir malgré tout intégrer la définition du champ disciplinaire masso-kinésithérapique. Il s'agit du caractère « adapté[...] à la situation et à la personne » des savoirs mobilisés par le masseur-kinésithérapeute pour l'appréhension de l'état de santé du patient. La capacité d'adaptation fait partie intégrante de toute intervention en santé. Il n'en demeure pas moins que l'intégration de cette mention empêcherait que le champ disciplinaire ne soit regardé que comme la simple accumulation d'arbres décisionnels plus ou moins élaborés, dans lesquels à chaque situation clinique précise ne correspondrait qu'une seule et même réponse. La mobilisation du champ disciplinaire apparaît au contraire bien plus subtile. En effet, la pratique de cette activité appelle à la réalisation d'arbitrages pondérés entre différents facteurs susceptibles de déterminer les décisions à prendre. Par ailleurs, cet élément renvoie de manière plus ou moins explicite au paradigme bio-psycho-social, lequel est au cœur des réflexions conduisant aux prises en charge en santé.

1435- Le quatrième élément qui peut être extrait du corps de l'article L. 4321-1 du Code de la santé publique est constitué par les « premiers actes de soins nécessaires en masso-kinésithérapie » à réaliser « en cas d'urgence et en l'absence d'un médecin ». Cet élément revêt un réel intérêt professionnel qui reste toutefois très relatif d'un point de vue disciplinaire. En effet, si le masseur-kinésithérapeute se doit de développer les moyens lui permettant de reconnaître les situations d'urgence et y apporter les réponses les plus efficaces ou sécuritaires, la masso-kinésithérapie ne semble pas pour autant vouée à évoluer vers une pratique de l'urgence. En tout état de cause, les « premiers actes de soins nécessaires en masso-kinésithérapie » ne constituent pas des réponses adaptées aux situations cliniques susceptibles d'être qualifiées d'urgentes. Les indications et objets de ces soins masso-kinésithérapiques semblent plutôt devoir être appréhendés à l'aune du domaine de compétences du corps professionnel, qui reste centré sur le « mouvement », la « motricité » et les « capacités fonctionnelles ». L'urgence apparaît comme une notion très relative. Elle nécessite l'intervention adaptée d'un professionnel compétent. Or, dans la grande majorité des cas, celui-ci ne saurait être le masseur-kinésithérapeute. Afin d'éclairer ce point de vue, peut-être faut-il rappeler qu'encore actuellement, le médecin qui appose la mention « urgent » sur une ordonnance de masso-kinésithérapie dispense son patient et le masseur-kinésithérapeute consulté d'attendre dix jours

[1360] Article L. 4331-1 du Code de la santé publique.

[1361] Article L. 4332-1 du Code de la santé publique.

avant de débuter les soins ?

1436- Les éléments prévalents et secondaires du domaine de compétences masso-kinésithérapique ont été dégagés. Il convient maintenant d'amorcer la procédure de transposition dont est attendue la détermination du champ disciplinaire masso-kinésithérapique.

B. Une transposition conduisant à la formalisation de la définition du champ disciplinaire masso-kinésithérapique

1437- Dans la première partie du présent paragraphe, il a été dégagé les éléments prévalents et secondaires des champs professionnels du masseur-kinésithérapeute, propres à servir de base à la détermination du champ disciplinaire masso-kinésithérapique. Il est nécessaire que la transposition de ceux-ci dans une dimension disciplinaire réponde aux exigences de la procédure, qui résident notamment dans la pertinence du résultat de la transposition et le respect des champs disciplinaires circonvoisins. Or, ces champs ne sont pas appréhendés dans le présent développement, notamment parce qu'ils devraient être déterminés dans le même temps que le champ masso-kinésithérapique, au travers d'une procédure souhaitée consensuelle et participative[1362]. En conséquence, l'analyse prospective des chevauchements prévisibles sera conduite *in abstracto* et abordera surtout les champs des activités dont il ne peut être douté qu'elles prennent part aux Sciences de la rééducation et de la réadaptation.

1438- Dans la perspective de finaliser la procédure de transposition engagée, il est proposé, dans un premier temps, de transposer les éléments prévalents dégagés dans la dimension disciplinaire (a), puis de mettre en forme, dans un second temps, une définition qui puisse correspondre au champ disciplinaire masso-kinésithérapique (b).

a) La transposition des éléments dégagés et l'intégration des éléments secondaires

1439- Il ne fait aucun doute qu'un des moments cardinaux du processus de détermination du champ disciplinaire réside dans la transposition des éléments prévalents des champs professionnels dans une dimension disciplinaire. En effet, cette étape de transposition revêt une importance capitale, puisque c'est son résultat qui détermine la consistance et l'étendue du champ disciplinaire. Or, dans la mesure où c'est à l'aune de celles-ci que les nouvelles compétences devraient être étudiées,

[1362] Pour l'étude de ces deux caractères de la procédure de détermination du champ disciplinaire masso-kinésithérapique par transposition, *cf.* 2. L'élaboration d'une procédure générale applicable aux différents champs professionnels, p. 463.

développées et *in fine* intégrées dans les champs exercés par le corps professionnel correspondant, ce résultat ne peut que déterminer l'évolution que connaîtra l'activité de santé considérée.

1440- Dans ces conditions, le résultat de la transposition ici présentée ne pourra que faire l'objet de controverses. Chacun trouvera certainement à redire sur l'analyse ou les choix opérés, n'hésitant pas à faire valoir, à titre d'erreur, des cas particuliers qui n'entrent pas, en tout ou partie, dans le cadre du champ disciplinaire ainsi défini. En filigrane, ces détracteurs s'opposeront surtout au caractère restreint du champ disciplinaire, notamment dans sa mise en perspective avec les champs professionnels correspondants, lesquels, il faut le rappeler, sont définis à l'aide de notions bien trop larges pour être précises[1363]. La transposition des notions de « mouvement », « motricité » et « capacités fonctionnelles » dans la dimension universitaire est ainsi appelée à faire émerger des notions relativement plus restreintes, mais d'autant plus précises, et par conséquent utiles pour définir un champ disciplinaire qui se veut pertinent.

1441- Le vocable « mouvement » pose problème, parce qu'il renvoie à tous les mouvements du corps humain, sans aucune distinction, que ces mouvements soient volontaires ou involontaires, segmentaires ou globaux, internes ou externes. À ce titre, il semble beaucoup plus qualifier les Sciences de la rééducation et de la réadaptation. D'ailleurs, pareille remarque peut être réalisée pour la formule « capacités fonctionnelles », qui ne saurait également être employée *in extenso* au sein de la définition d'un champ disciplinaire spécifique. Le vocable « motricité », quant à lui, ne devrait pas subir le même sort. Il caractérise la fonction en vertu de laquelle une partie du corps peut se mouvoir par rapport à une autre[1364] et convient parfaitement pour caractériser les capacités du corps humain à se mouvoir.

1442- Concernant les « capacités fonctionnelles », elles semblent recouvrir toutes les fonctions qui permettent d'accomplir une tâche assignée, autrement dit l'ensemble des systèmes du corps humain qui participe à la genèse ou la réalisation du mouvement du corps humain, tels que le système cardiaque, respiratoire, digestif, etc. Manifestement, cette formule apparaît bien impropre à définir efficacement le champ disciplinaire masso-kinésithérapique. En effet, une appréhension très élargie de la notion conduit inévitablement à la conception d'un champ disciplinaire trop abstrait. À titre d'exemple, il paraît peu imaginable que les masseurs-kinésithérapeutes universitaires mettent en œuvre des recherches aux fins de créer des traitements pour chacune des déficiences ou altérations des capacités digestives, pulmonaires ou cardiaques. En effet, dans de nombreux cas, la masso-kinésithérapie ne saurait être indiquée. Dans d'autres cas, au contraire, la compétence du masseur-

[1363] Pour l'étude des missions thérapeutiques du masseur-kinésithérapeute, *cf.* 2. Des missions thérapeutiques, p. 353.
[1364] D'après le sens qui en est donné par le Dictionnaire de l'Académie nationale de médecine, *op. cit.*

kinésithérapeute est avérée, mais uniquement sur les répercussions globales de ces atteintes sur les capacités correspondantes. La pratique de la masso-kinésithérapie possède manifestement une visée bien plus symptomatique qu'étiologique. Et c'est déjà fort bien de pouvoir soigner les répercussions des troubles dont peut faire l'objet du corps humain.

1443- Eu égard de ce qui vient d'être affirmé, il peut être proposé la formule « répercussions algiques, somatiques et fonctionnelles des troubles du corps humain » comme axe central de la définition du champ disciplinaire masso-kinésithérapique. Le vocable « répercussion » a pour mérite d'évoquer utilement le caractère polymorphe des manifestations cliniques propres à donner lieu à des prises en charge en masso-kinésithérapie, contrairement au vocable « conséquence » qui aurait eu tendance à limiter les manifestations cliniques considérées aux seules manifestations cliniques ayant un lien de causalité direct et évident avec le trouble présenté. Les qualités ici mentionnées ne semblent omettre aucun aspect de l'activité masso-kinésithérapique, dont l'efficacité n'a plus à être démontrée en ce qui concerne les prises en charge de la douleur, du corps humain en lui-même et de ses possibilités fonctionnelles. Ces qualités devraient toutefois être limitées par l'érection d'exclusions, qui auront notamment pour finalité de circonscrire le champ disciplinaire masso-kinésithérapique par rapport aux autres champs paramédicaux, à savoir ceux de l'ergothérapie, de la psychomotricité, de l'orthophonie et de l'orthoptie.

1444- La définition du champ disciplinaire masso-kinésithérapique doit nécessairement contenir, au-delà du produit de la transposition des éléments prévalents du domaine de compétences du masseur-kinésithérapeute, de multiples références à des éléments secondaires de celui-ci, tels que le « diagnostic », le « traitement », la « prévention » et la « promotion de la santé ». Les recherches entreprises dans ce champ disciplinaire ne sauraient se concentrer sur les seuls savoirs à visée thérapeutique et ne pas aborder les champs relatifs aux savoirs en santé publique. En outre, il doit être fait mention des moyens mis en œuvre par le corps professionnel, lesquels sont « manuels, instrumentaux et éducatifs ». En effet, ceux-ci permettraient de distinguer les savoirs des masseurs-kinésithérapeutes donnant lieu à une application concrète et à des gestes pratiques de ceux des autres corps paramédicaux intervenant dans le domaine de la rééducation et de la réadaptation. La nécessité d'une référence au caractère « adapté[...] à la situation et à la personne » des savoirs utilisés dans le cadre de la prise masso-kinésithérapique est évidente. Elle ne saurait être débattue.

1445- Manifestement, d'autres éléments doivent également apparaître dans la définition du champ disciplinaire masso-kinésithérapique. C'est notamment le cas des « Sciences de la rééducation et de la réadaptation », ou encore des notions de « science » et d'« étude ». Leur présence est surtout commandée par la finalité poursuivie, qui est la formalisation d'un champ disciplinaire voué à faire

l'objet de recherches. Il en est de même du « paradigme bio-psycho-social ». En outre, au sein de la définition envisagée doit être implicitement évoqué l'ensemble des savoirs dont la mobilisation permet d'élaborer des diagnostics d'exclusion, notamment au regard de la première intention, ainsi que l'« autonomie » décisionnelle. D'ailleurs, ces références devraient figurer dans la définition de tous les champs disciplinaires prenant part à la constitution des Sciences de la rééducation et de la réadaptation.

1446- Les éléments prévalents du domaine de compétences du masseur-kinésithérapeute ont été transposés et les éléments secondaires précisés. Il doit être maintenant entrepris la formalisation de la définition du champ disciplinaire masso-kinésithérapique.

b) La définition formalisée du champ disciplinaire masso-kinésithérapique

1447- C'est ainsi qu'il peut être proposé un article du Code de la santé publique, intégré au sein de la partie réglementaire relative à la profession de masseur-kinésithérapeute, en vertu duquel serait définie la masso-kinésithérapie, dans son appréhension disciplinaire. Il pourrait ainsi être formulé :

1448- « La masso-kinésithérapie est une science qui étudie, dans le cadre des Sciences de la rééducation et de la réadaptation, les moyens propres à prévenir, diagnostiquer et traiter les répercussions algiques, somatiques et fonctionnelles des troubles du corps humain, notamment ceux ayant une incidence sur la mobilité et la motricité de la personne. En sont entièrement et totalement exclus les troubles psychomoteurs, émotionnels, relationnels, langagiers et oculomoteurs, ainsi que les moyens tirés exclusivement de la réalisation de gestes fonctionnels finalisés.

La recherche dans cette discipline en santé vise essentiellement à faire émerger, développer ou conforter les savoirs fondés sur le paradigme bio-psycho-social relatifs à la mise en œuvre adaptée des moyens manuels, instrumentaux et éducatifs propres à : 1° promouvoir les comportements favorables à la préservation ou à l'amélioration de l'état de santé ; 2° élaborer les diagnostics positifs, d'exclusion et étiologiques pertinents en matière de répercussions algiques, somatiques et fonctionnelles des troubles du corps humain ; 3° entreprendre de manière autonome le traitement de ces répercussions, de la manière la plus efficace possible, notamment au regard de la personne prise en charge et de sa situation clinique. »

Conclusion générale

1449- L'étude du cadre juridique de la profession de masseur-kinésithérapeute a permis de porter un regard critique sur la manière dont les pouvoirs publics appréhendent et définissent les exercices des corps professionnels intervenant dans le système de santé, ainsi que de réfléchir aux évolutions que ceux-ci devraient être appelés à connaître.

1450- Des développements de cette thèse peuvent être dégagées trois considérations principales. La première a pour objet la dynamique de décloisonnement prônée par la doctrine et engagée avec soin par les pouvoirs publics. Il est admis de manière consensuelle et dogmatique que le caractère rigide et cloisonné de notre système de santé grève celui-ci d'un manque pernicieux d'adaptabilité et en altère fortement l'efficacité. Ainsi, nombreux sont ceux qui pensent que les difficultés systémiques actuelles et les défis qui ne manqueront pas de se révéler commandent son décloisonnement. Or, une conception absolutiste de celui-ci conduirait immanquablement, à terme, certains doctrinaires à préconiser la suppression de la quasi-totalité des cloisons établies dans notre système de santé, desquelles résultent des entités *a priori* sectorisées, et ainsi le partage, au gré des besoins en santé constatés, de compétences entre des professionnels de santé[1365].

1451- Les difficultés récurrentes de notre système de santé invitent ainsi à questionner l'efficacité des professions de santé. Cependant, est-il raisonnable d'envisager aujourd'hui un bouleversement en profondeur d'une organisation qui fonctionne de la sorte depuis plus de soixante-dix ans ? En ce sens, les circonstances actuelles, justifient-elles vraiment de remettre en question la catégorisation originelle des professions exercées dans le système de santé, qui a été établie dans le but de définir pour chacune d'entre elles des champs professionnels, leur en réserver l'exercice et protéger ceux-ci de tout empiètement éventuel ? En effet, les catégories professionnelles n'ont jamais limité en elles-mêmes les possibilités offertes aux corps d'évoluer. Par ailleurs, il n'est pas certain qu'un processus de décloisonnement, quel qu'en soit la forme ou l'objet, octroie en lui-même aux corps concernés l'efficacité et l'adaptabilité suffisantes pour leur permettre d'évoluer et de répondre aux nouveaux besoins en santé. Enfin, la suppression des cloisons entre les corps considérés occasionne plutôt une

[1365] Tel qu'il est fait actuellement. Pour plus de précisions, *cf.* 2. L'exacerbation possible des chevauchements des champs professionnels, p. 414.

confusion et une concurrence entre eux. La dynamique de décloisonnement des professions de santé n'est donc pas sans poser problème et son bien-fondé peut être interrogé. À l'égard de celles-ci, elle ne semble devoir être réalisée que de manière contenue et limitée.

1452- La deuxième considération intéresse la pertinence de la proposition de création de métiers en santé de niveau intermédiaire et la temporalité de sa mise en œuvre. En effet, il ne fait plus aucun doute que tôt ou tard sera instituée dans notre système de santé une catégorie intermédiaire de professionnels de santé. Une première tentative a déjà été réalisée au sein d'une proposition de loi enregistrée à la présidence de l'Assemblée nationale le 22 octobre 2020, mais l'article en question, qui a rencontré la forte opposition du corps médical, a été jugé prématuré et retiré. Il n'en demeure pas moins que la création d'une nouvelle catégorie professionnelle apparaît aujourd'hui grandement pertinente, bien qu'elle entre en contradiction avec l'idée d'un « décloisonnement des professions de santé ». Une des principales difficultés réside dans le fait que les pouvoirs publics ne se sont pas montrés très éloquents sur les qualités dont pourrait être pourvue cette catégorie professionnelle ni sur les prérogatives et les compétences spécifiques qui pourraient être confiées aux membres des métiers intermédiaires. En tout état de cause, l'institution d'une catégorie intermédiaire, en elle-même et pour elle-même, n'a pas de sens.

1453- Cette difficulté résulte notamment de la manière dont ont été jusqu'alors appréhendés les professionnels de santé. Ceux-ci restent aujourd'hui caractérisés par les deux éléments essentiels que sont leur statut et leurs champs professionnels. Or, le statut de professionnel intermédiaire ne peut constituer, de toute évidence, en lui-même une réponse adaptée aux difficultés rencontrées par le système de santé. Tout d'abord, il ne saurait être pensé que ce statut apporte en lui-même pleine satisfaction aux corps paramédicaux appelés à intégrer la nouvelle catégorie professionnelle. C'est fort peu connaître ces professionnels, mais également porter sur eux une appréciation peu flatteuse, que penser que prime pour eux le statut professionnel et que la perspective d'un statut « supérieur » les inciterait à s'investir davantage dans leur pratique quotidienne ou l'évolution du corps auquel ils appartiennent. Par ailleurs, la réflexion menant à la création d'un nouveau statut professionnel sans qu'aient été au préalable établies les compétences caractéristiques des corps correspondants apparaît inaboutie. En effet, dans la mesure où la question des compétences exercées reste ici centrale, toute appréhension des professions de santé exclusive de celle-ci ne peut fonder qu'une réflexion erronée.

1454- La troisième considération invite donc à recentrer le débat sur ce qui est au fondement même

de l'organisation des professions de santé, à savoir les compétences professionnelles. Celles-ci constituent un objet de préoccupation majeure pour les pouvoirs publics, chargés de dégager les compétences que les circonstances sanitaires imposent de réglementer, en fournir une définition précise et les attribuer de manière pertinente. Ces compétences sont également essentielles pour les professionnels de santé, puisqu'elles déterminent les actions que ceux-ci sont habilités à mettre en œuvre, les rôles qu'ils sont amenés à jouer dans le système de santé et l'évolution qu'ils pourraient être appelés à connaître. C'est à elles que tout un chacun pense lorsqu'est débattue la question du décloisonnement du système de santé ou celle de la création de métiers intermédiaires en santé. L'exposé systématique, aux côtés des buts poursuivis, des compétences professionnelles vouées à être mobilisées permettrait d'éclairer les dynamiques réformatrices engagées, au point de faire apparaître celles-ci pertinentes et propres à améliorer l'efficacité de notre système de santé et à en garantir la pérennité. Il faut ainsi déplorer que la question des compétences soit la plupart du temps passée sous silence.

1455- L'erreur des réflexions fondées sur le paradigme professionnel, qui a constitué le terreau de la confusion et de la concurrence des corps professionnels aujourd'hui constatée, doit être dénoncée. Il importe d'exhorter les pouvoirs publics à abandonner la manière désuète dont ils appréhendent les compétences en santé, c'est-à-dire exclusivement en tant qu'attributs des professionnels de santé, et les inciter à entreprendre une analyse renouvelée du système de santé en considération des activités qui y sont ou doivent être effectivement exercées et auxquels les compétences considérées seraient immanquablement rattachées. L'appréhension duale des activités de santé, c'est-à-dire tant dans leur dimension professionnelle que disciplinaire, constitue la pierre angulaire de l'examen à réaliser et la consécration de champs disciplinaires propres à chacun une condition de la pertinence et de l'efficacité de la nouvelle organisation à élaborer. Assurément, cette organisation des activités de santé doit être marquée par l'érection, en face des champs professionnels, de champs disciplinaires concordants.

1456- L'adoption d'une telle démarche présenterait de nombreux avantages. D'emblée, le système de santé gagnerait grandement en cohérence et en lisibilité. La question essentielle ne serait plus celle des compétences réservées aux différents corps professionnels, mais celle des buts poursuivis par chacune des activités de santé et les prérogatives et compétences nécessaires pour parvenir au résultat escompté. Cette appréciation téléologique conduirait éventuellement à une répartition moins

contestable des compétences professionnelles mises en œuvre dans le système de santé. Lors de l'émergence de nouveaux besoins en santé, les compétences appelées à y répondre émergeraient logiquement d'un des cadres disciplinaires préexistants. Si de tels cadres pouvaient être critiqués pour leur rigidité apparente, les corps paramédicaux seraient totalement libres à l'intérieur de ceux-ci de développer les bases scientifiques de nouvelles actions en santé publique ou d'approches thérapeutiques. Dans ces conditions, le système de santé serait pourvu d'une grande adaptabilité. Toutefois, contrairement à la situation actuelle, cette adaptabilité serait entre les mains des corps considérés.

1457- Ce changement de paradigme ne devrait pas manquer de soulever des difficultés importantes, tenant à la détermination des champs disciplinaires. Logiquement, la remise à plat des compétences exercées devrait concentrer toutes les attentions des parties concernées, soucieuses de défendre et préserver au mieux les compétences qu'elles estiment être les leurs et devoir leur être réservées. En la matière, les pouvoirs publics se trouveront contraints de procéder avec pédagogie et d'obtenir la participation active de tous, dans la perspective de décisions qui puissent être consensuelles.

1458- Il faut dès lors attendre des représentants de la masso-kinésithérapie qu'ils s'investissent de manière pleine et entière dans la détermination du champ masso-kinésithérapique et de ceux des activités circonvoisines. La confusion de tous les savoirs relatifs à la rééducation et à la réadaptation au sein d'une seule et même section du Conseil national des universités ne saurait être considérée aujourd'hui comme satisfaisante. Gageons que les pouvoirs publics prennent rapidement conscience des effets pernicieux de l'enchevêtrement des savoirs paramédicaux et consacrent promptement des limites nettes et tangibles entre les différents champs disciplinaires, aujourd'hui tant essentiels à la restauration, pour chacun, d'une identité singulière.

Bibliographie

Ouvrages

AISSOU Mourad, DANOS Jean-Pierre et JOLIVET Alexia, Structurer les parcours de soins et de la santé : Politiques, méthodes et outils pour la mise en œuvre de la loi Santé, Bordeaux, LEH Éditions, 2020, 325 p.

ATTALI Michaël et SAINT-MARTIN Jean, *L'éducation physique de 1945 à nos jours, Les étapes d'une démocratisation*, 3e éd., Paris, Armand Colin, 2015, 272 p.

BECQUART Florence, *L'égal accès aux soins : mythe ou réalité ?*, Bordeaux, LEH Édition, 2011, 108 p.

BENSAMOUN Alexandra et LOISEAU Grégoire, *Droit de l'intelligence artificielle*, 1re éd., Paris, LGDJ, 2019, p. 444 p.

BIOY Xavier, LAUDE Anne et TABUTEAU Didier, *Droit de la santé*, 4e éd., Paris, PUF, 2020, 724 p.

CLIAS Peter Heinrich, BAILLOT Denis et BALLY Victor-François, *Gymnastique élémentaire, ou Cours analytique et gradué d'exercices propres à développer et à fortifier l'organisation humaine*, Paris, L. Colas, 1819, 302 p.

COUTY Édouard, KOUCHNER Camille, LAUDE Anne et TABUTEAU Didier, *La loi HPST, Regards sur la réforme du système de santé*, Paris, Presses de l'EHESP, 2009, 400 p.

CORNU Gérard, *Vocabulaire juridique*, 11e éd., Paris, PUF, janvier 2016, 1101 p.

DELAFONTAINE Arnaud, *Réussir la démarche de recherche universitaire en kinésithérapie et thérapie manuelle, Méthodologie. Lecture critique d'articles. Mémoire de fin d'études*, Paris, Elsevier Masson, 2019, 312 p.

DUBAR Claude, *La socialisation, Construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Armand Colin, 1991, 256 p.

DUJARDIN-BEAUMETZ Georges, *L'hygiène thérapeutique, gymnastique, massage, hydrothérapie, aérothérapie*, Paris, Doin, 1888, 200 p.

DUVAL-ARNOULD Domitille, *Droit de la santé 2019-2020, Prise en charge des patients et réparation des dommages liés aux soins*, Paris, Dalloz, 2019, 1362 p.

ESTRADÈRE Joachim, *Du massage, son historique, ses manipulations, ses effets physiologiques et thérapeutiques*, Paris, Adrien Delahayes, 1884, 243 p.

FREIDSON Eliot, *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984, 369 p., traduction française de *Profession of Medicine: A study of the sociology of applied knowledge,* New-York, Dodd, Mead & Co, 1973, 369 p.

GAMBETTA Léon, *Discours de Gambetta prononcé à Bordeaux le 26 juin 1871*, Paris, E. Lachaud, 1871, 22 p.

GAYON Jean (dir.), *L'identité, Dictionnaire encyclopédique*, Paris, Gallimard, 2020, 848 p.

GROSDHOMME LULIN Élisabeth, *Gouverner à l'ère du Big data, Promesses et périls de l'action publique algorithmique,* Paris, Institut de l'Entreprise, 2015, 86 p.

LAVEZZARI Robert, *L'Ostéopathie, une nouvelle méthode clinique et thérapeutique*, Paris, Doin, 1949, 172 p.

MAIGNE Robert, *Les manipulations vertébrales,* Paris, Expansion scientifique française, 1961, 252 p.

MÉMETEAU Gérard, *Cours de droit médical*, 5e éd., Paris, LEH Édition, 2016, 854 p.

MOUTIN Lucien et MANN George-Arthur, *Manuel d'ostéopathie pratique — Théorie et procédés*, Paris, Librairie internationale de la nouvelle pensée – G.-A. Mann, 1913, 369 p.

PAOLETTI Serge, *Les fascias, Rôle des tissus dans la mécanique humaine,* 3e éd., Paris, Sully, 2011, 317 p.

REY-DEBOVE Josette et REY Alain, *Le Petit Robert*, Paris, Dictionnaires Le Robert, 2002, 2984 p.

ROUY Benoît, *La chiropractique : Histoire d'un combat*, Paris, Multifidus, 2004, 144 p.

SAMBUCY André (de), *Défendez vos vertèbres contre le rhumatisme, les métiers debout, les chocs, la décalcification et les traitements brutaux*, Paris, Dangles, 1967, 221 p.

SAMBUCY André (de), *Nouvelle médecine vertébrale de toutes les maladies chroniques*, Paris, Dangles, 1958, 367 p.

TRAVAILLOT Yves, *Histoire de l'Éducation physique, Genèse d'une discipline scolaire*, Paris, Yves Travaillot, septembre 2002, 362 p.

TROWBRIDGE Carol, *Naissance de l'ostéopathie, Vie et œuvre de Andrew Taylor Still,* Paris, Sully, 1999, 292 p.

Thèses et mémoires

COUSIN Clément, *Vers une redéfinition de l'acte médical*, FEUILLET-LIGER Brigitte (dir.), thèse de doctorat, droit, université de Rennes-1, 2016, 417 p.

LEFEVBRE Blandine, *La construction d'un nouveau territoire professionnel en activité physique dans les réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité en pédiatrie (reppop)*, PERRIN Claire (dir.), thèse de doctorat, STAPS, université de Lyon-1, 2010, 355 p.

LEVET-LABRY Éric, *Les Ecoles Normales Supérieures d'Education physique et Sportive et l'Institut National des Sports : étude comparée des établissements, du régime de Vichy à la création de l'I.N.S.E.P. (1977)*, BOCK Fabienne (dir.), thèse de doctorat, histoire, université de Marne-la-Vallée, 2007, 470 p.

L'HERMITE Pierre-Luc, *Recherches juridiques sur la médicalité de l'ostéopathie en droit français*, CROUZATIER-DURAND Florence (dir.), thèse de doctorat, droit public, université de Toulouse 1 Capitole, 2018, 659 p.

MACRON Alain, *La profession de masseur-kinésithérapeute instituée par la loi n° 48-857 du 30 avril 1946 : Genèse et évolutions d'une profession de santé réglementée*, VIALLA François (dir.), thèse de doctorat, droit, université de Montpellier, 2015, 722 p.

MARCHAND-ANTONIN Benoît. *Le numerus clausus, Ses effets secondaires, sa place dans la globalisation de la médecine*, GUILLET Jean-Louis (dir.), thèse d'exercice, médecine, université Paris Diderot (VII), 2009, 392 p.

MERABET Samir, Vers un droit de l'intelligence artificielle, BARBIER Hugo (dir.), thèse de doctorat, droit, Université d'Aix-Marseille, 2018, 558 p.

MONET Jacques, *Émergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIX^e^ et au début du XX^e^ siècle : une spécialité médicale impossible, Genèse, acteurs et intérêts de 1880 à 1914,* OFFERLÉ Michel (dir.), thèse de doctorat, sociologie, université de Paris-1, 2003, 707 p.

NY AVANA Lova, *État des lieux de la pratique de l'activité physique adaptée à travers le regard du Masseur-kinésithérapeute Diplômé d'État et de l'Enseignant en Activité Physique Adaptée : questionnaire pour analyse*, TANGUY Kevin (dir.), mémoire de fin d'études, masso-kinésithérapie, Centre Européen d'Enseignement en Rééducation et Réadaptation, 2021.

OULD-KACI Karim, *Les professionnels de santé du secteur ambulatoire : éléments pour une prospective*, SALOMEZ Jean-Louis (dir.), thèse d'exercice, médecine, université de Lille-2, 2011, 159 p.

REMONDIÈRE Rémi, *Le geste et la plume : histoire d'une professionnalisation en devenir : les masseurs- kinésithérapeutes dans la France d'hier et d'aujourd'hui (1790-1990)*, GOUBERT Jean-Pierre (dir.), thèse de doctorat, sociologie, EHESS, 1996, 388 p.

TAJRI Yacine, *L'éducation physique des élèves déficients durant le second vingtième siècle (de l'après-guerre à la fin des années 1990)*, FROISSART Tony et SAINT-MARTIN Jean (dir.), thèse de doctorat, Sciences et techniques des Activités physiques et sportives, université de Strasbourg, 2020.

Articles

ALFANDARI Élie, « Association d'ostéopathes non-médecins, Incitation à l'exercice illégal de la médecine, Nullité », *RDSS*, 1997, p. 608.

APOLLIS Benoît, « L'accès aux soins et la loi du 26 janvier 2016 », *RDSS*, 2016, p. 673-683.

APOLLIS Benoît, « Le vieillissement, un enjeu de santé publique : à quand une réelle convergence des droits sanitaire et médico-social ? », *RDSS*, 2018, p. 538-551.

APOLLIS Benoît, « Parcours de soins et traitement du cancer », *RDSS*, 2014, p. 51-67.

APOLLIS Benoît, « Territorialisation des politiques de santé et structurations des parcours de soins », *RDSS,* 2016, hors-série Loi de modernisation de notre système de santé, p. 65-72.

ARNAUD Pierre, « L'éducation physique en France. Proposition d'analyse et d'interprétation de son histoire contemporaine », *Bull. de la Société Alfred Binet et Théodore Simon*, 1986, t. 608, p. 32-53.

BORGETTO Michel, « Le parcours du patient », *RDSS*, 2021, p. 393.

BOUQUET Brigitte et DUBÉCHOT Patrick, « Parcours, bifurcations, ruptures, éléments de compréhension de la mobilisation actuelle de ces concepts », *Vie sociale*, 2017, n° 18, p. 13-23.

BRISSY Stéphane, « Chapitre 2 : Les professionnels de santé », *in* : LAUDE Anne et TABUTEAU Didier (dir.), *Le droit de la santé d'une décennie à l'autre (2006-2016)*, Paris, Institut Droit et Santé, janvier 2017, n° 15, p.15-18.

BRISSY Stéphane, « L'autorégulation des professions », *Droit social*, 2016, n° 2, p. 137-142.

BRISSY Stéphane, « Les évolutions dans l'exercice groupé des professions de santé », *RDSS*, 2013, p. 583-591.

BRISSY Stéphane, « Professions de santé », *in* : LAUDE Anne et TABUTEAU Didier (dir.), *La loi Santé, Regards sur la modernisation de notre système de santé*, Paris, Presses de l'EHESP, 2016, p. 311-352.

COUTY Édouard et DUPONT Marc, « La révolution silencieuse des professions de santé : démographie, compétences, responsabilités » , *Revue française d'administration publique*, 2005, n° 113, p. 97-112.

CRISTOL Danièle, « Prévention et santé publique dans la loi HPST », *RDSS*, 2009, p. 832-845.

DAMON Julien, « Révolution numérique : sécurité sociale 2.0 et médecine "5P" » , *RDSS*, 2017, p. 925-932.

DÉPLAUDE Marc-Olivier, « Instituer la "sélection" dans les facultés de médecine, Genèse et mise en œuvre du numerus clausus de médecine dans les années 68 » , *Revue d'histoire de la protection sociale*, 2009, n° 2, p. 79-100.

DORVILLÉ Christian et FLEURIEL Sébastien, « Les étudiants de STAPS, étudiants à part entière ou étudiants entièrement à part ? Questions de pédagogie dans l'enseignement supérieur. Nouveaux contextes, nouvelles compétences », *Actes du 3e colloque de l'École centrale de Lille*, juin 2005, p. 334-337.

DUBOUIS Louis, « Kinésithérapeute. Absence d'exercice illégal de l'ostéopathie », *RDSS*, 1993, p. 45-47.

DUBOUIS Louis, « Ostéopathie ou chiropraxie : création d'un diplôme donnant accès à la profession », *RDSS*, 2002, p. 259.

DUPONT Marc, « L'ambulatoire : éléments d'une définition », *RDSS*, 2016, p. 7-21.

EL BOUJJOUFI Taïeb et DEFRANCE Jacques, « De l'éducation physique à l'université. Accumulation scientifique et mobilisation politique dans la formation d'instituts régionaux d'éducation physique (1923-1927) », *Movement & Sport Sciences*, 2005, nº 54, p. 91-113.

ENGEL Georges Libman, « The clinical application of the biopsychosocial model », *Journal of Psychiatry*, 1980, nº 137, p. 535-544.

FOUQUET Gérard et PETER Jean-Michel, « Création de l'ENEP à Paris en 1933 et formation des enseignants d'éducation physique sous la IIIe République », *Staps*, 2012, nº 95, p. 75-90.

FRAYSSE Bernard, « La saisie des représentations pour comprendre la construction des identités », *Revue des sciences de l'éducation*, 2000, vol. 16, p. 651-676.

GHOSSOUB Patrick, DUFOUR Xavier, BARETTE Gilles *et al.*, « Mobilisations spécifiques », *Encyclopédie Médico-chirurgicale, Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation*, 2009, fasc. 26-071-A-10.

GUIRAUD Thibaut, DAROLLES Yann, SANGUIGNOL Frédéric *et al.*, « Quid des enseignants en activité physique adaptée dans les établissements de soins de suite et de réadaptation en 2013 ? », *Sciences & Sport*, 2013, p. 211-219.

HÉBERT Georges, « Médecins, Halte-là », *L'Éducation physique*, 1927, nº 2, p. 84-87.

HOERNI Bernard, « La loi du 30 novembre 1892 », *Histoire des Sciences médicales*, 1998, t. XXXII, nº 1, p. 63-67.

HUMBLOT David et BRIN Éric, « Le dispositif français d'activité physique adaptée – applicabilité par le masseur-kinésithérapeute », *Kinésithérapie, la Revue*, 2021, nº 234, p. 38-43.

JARNET Loïc, « Pour une épistémologie aposterioriste des STAPS », *Staps*, 2004, nº 65, p. 27-41.

LECA Antoine (dir.), « Le monopole médical en question, France, États-Unis, Canada, Japon, Brésil, Vietnam », *Les cahiers de droit de la santé*, juin 2019, nº 28, 172 p.

LELIÈVRE Nathalie, « Statut des ostéopathes », *Douleurs : Évaluation – Diagnostic – Traitement*, septembre 2009, vol. 10, p. 202-205.

LEVET-LABRY Éric, « École nationale d'éducation physique et sportive et Collège national de moniteurs et d'athlètes de 1941 à 1942 : complémentarités et concurrences », *Staps*, 2007, nº 1, p. 101-114.

MACRON Alain, « Prescription des activités physiques adaptées : le Conseil d'État privilégie la primauté d'un encadrement médical sur l'intérêt économique », *Revue Droit & Santé*, 2017, n° 79, p. 713-716.

MARIÉ Romain, « À la recherche d'une plus grande transversalité des formations et des métiers de la santé », *RDSS*, 2019, p. 74-85.

MESNARD René, « La cinésithérapie comme préface à l'éducation physique des retardés », *in : Congrès international de l'éducation physique, Paris 17–20 mars 1913, Tome II : Résumés et rapports*, Paris, J.-B. Baillière et fils, 1913, p. 19-23.

MONET Jacques, « La kinésithérapie, une spécialité impossible ? Le métier de kinésithérapeute : une approche socio-historique », *Le livre vers… de la masso-kinésithérapie*, Paris, Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, 2011, p. 7-37.

MONTCLER Marie-Christine (de), « Système de santé : le gouvernement veut décloisonner », *AJDA*, 2018, p. 1748.

MOQUET-ANGER Marie-Laure, « La continuité et l'accès aux services de santé » , *RDSS*, 2013, p. 21-31.

MOQUET-ANGER Marie-Laure, « Parcours et droits du patient », *RDSS*, 2021, p. 435.

MOREL-FATIO Alfred, « Don Francisco Amorós, marquis de Sotelo, fondateur de la gymnastique en France », *Bull. hispanique*, 1925, n° 1, p. 36-78.

MORET-BAILLY Joël, « Les modes de définition des professions de santé : présent et avenir », *RDSS*, 2008, p. 508-518.

MORET-BAILLY Joël, « L'ostéopathie, profession de santé ou activité de soins ? » , *RDSS*, 2009, p. 290-« àà ;

MORLET-HAÏDARA Lydia, « Le nouveau cadre légal de l'équipe de soins et du partage des données du patient », *RDSS*, 2016, p. 1103-1116.

MORNAT Jacques, « Ostéopathes et ostéopathies. Ambiguïtés juridiques et scientifiques ; difficultés organisationnelles », *Médecine & Droit*, 2008, p. 184-188.

PAILLER Guillaume, « Projet de loi Santé 2019 : un décloisonnement en marche ? », *AJ Collectivités Territoriales*, 2019, p. 118.

PASTOR Jean-Marc, « Une nouvelle vision territoriale de la santé », *AJDA*, 2008, p. 1985.

PENNEAU Jean, « Médecine – Auxiliaires médicaux », *Jurisclasseur Lois pénales spéciales*, fasc. 80

PERRIN Claire, « Construction du territoire professionnel de l'Enseignant en activité physique adaptée dans le monde médical », *Santé publique*, 2016, HS n° 1, p. 141-151.

PONSEILLE Anne, « N'est pas masseur-kinésithérapeute qui veut ! » , *Droit & Santé*, 2015, n° 67, p. 699-701.

POYER Alex, « 1854 : aux origines de l'institutionnalisation de la gymnastique scolaire. Contexte et portée de l'arrêté Fortoul », *Staps*, 2006, n° 71, p. 53-69.

QUIN Grégory, « A Professor of Gymnastics in Hospital. Napoléon Laisné (1810-1896) introduce Gymnastics at the "Hôpital des Enfants malades" », *Staps*, 2009, nº 86, p. 79-91.

REMONDIÈRE Rémi, « L'institution de la kinésithérapie en France (1840-1946) » , *Les Cahiers du Centre de Recherches Historiques*, 1994, nº 12, p. 174-185.

REMONDIÈRE Rémi, « Physiothérapie ou kinésithérapie, une archéologie de l'appellation », *Kinésithérapie, la Revue*, mars 2017, nº 183, p. 44-48.

ROQUET Pascal, GATTO Franck, VINCENT Sophie, *Rapport de recherche : L'identification et la reconnaissance des rôles et des identités des masseurs-kinésithérapeutes*, Conservatoire national des arts et métiers, décembre 2015, 88 p.

ROUSSET Guillaume, « Ambulatoire et soins de ville : comment favoriser la déambulation croisée du patient et du professionnel de santé libéral », *RDSS*, 2016, p. 111-125.

SAINT-MARTIN Jean, « La création des Instituts régionaux d'éducation physique et le modèle du médecin gymnaste en France à la fin des années 1920 », *Staps*, 2006, nº 71, p. 7-22.

SIKSOU Maryse, « Georges Libman Engel (1913-1999), Le modèle biopsychosocial et la critique du réductionnisme biomédical », *Le Journal des psychologues*, 2008, nº 260, p. 52-55.

SIMON Jules, « 27 décembre 1871 : Discours de Jules Simon, ministre de l'Instruction publique et des Cultes, à la rentrée de l'École normale supérieure (extraits) »*, in : L'histoire et la géographie dans l'enseignement secondaire. Textes officiels. Tome 1 : 1795-1914,* Paris, Institut national de recherche pédagogique, 2000, p. 377-378.

TABUTEAU Didier, « Les nouvelles ambitions de la politique de prévention » , *Droit social*, 2001, p. 1085-1090.

TERRET Thierry, « L'identité de l'éducation physique à l'école primaire (1880-1998), Une histoire de l'éducation physique – 1880-2000, Enseignements primaire et secondaire » , *Spirales*, 1998, nº 13-14, p. 337-363.

TOURMEN Claire, « Activité, tâche, poste, métier, profession : quelques pistes de clarification et de réflexion », *Santé publique*, 2007, vol. 19, p. 15-20.

TURBIL Pascal, « 3 questions à Pascale Mathieu, Présidente du Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes (CNOMK) », *FMT Mag*, décembre 2017, vol. 125, p. 14.

TRUCHET Didier, « Télémédecine et déontologie », *RDSS*, janvier-février 2020, p. 44-50.

VIGNÉ Céline, « ARS et virage ambulatoire », *RDSS*, 2016, p. 125-134.

VILLARET Sylvain et DELAPLACE Jean-Michel, « La Méthode Naturelle de Georges Hébert ou "l'école naturiste" en éducation physique (1900-1939) » , *Staps*, 2004, nº 63, p. 29-44.

VIBAREL-REBOT Nancy et EBERHARD Yves, « De la constitution d'un corps de connaissances en activité physique adaptée aux métiers en activité Physique adaptée » , *Science & Sports*, 2011, vol. 26, p. 181-182.

WEISS Georges, « La situation de l'Éducation physique dans les établissements d'enseignement secondaire en France », *in : Congrès international de l'éducation physique, Paris 17–20 mars 1913, Tome II : Résumés et rapports*, Paris, J.-B. Baillière et fils, 1913, p. 39-47.

WIROTIUS Jean-Michel, « Histoire de la rééducation » , *Encyclopédie médico-chirurgicale, Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation*, 1999, fasc. 26-005-A-10.

YELNIK Alain, « Les textes réglementant l'activité en soins de suite et de réadaptation du décret du 9 mars 1956 aux décrets du 17 avril 2008. Place de la médecine physique et de réadaptation », *Annales de réadaptation et de médecine physique*, juin 2008, n° 5, p. 415-421.

Rapports et publications institutionnelles

ALBOUY Valérie, BRETIN Emmanuel, CARNOT Nicolas et DEPREZ Muriel, « Les dépenses de santé en France : déterminants et impact du vieillissement à l'horizon 2050 », *Les cahiers de la DGTPE*, juillet 2019, n° 11, 33 p.

ANGUIS Marie, BERGEAT Maxime, PISARIK Jacques, VERGIER Noémie, CHAPUT Hélène, *Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ?, Constat et projections démographiques*, Les dossiers de la DREES, mars 2021, n° 76, 74 p.

ATTAL-TOUBERT Katty et VANDERSCHELDEN Mélanie, « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales » , *Études et résultats, DREES*, février 2009, n° 679, 8 p.

BARRY Carole et FALISSARD Bruno, « Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'Ostéopathie », *Rapport de l'INSERM*, 30 avril 2012, 194 p.

BERLAND Yvon, *Coopération des Professions de santé : le transfert de tâches et de compétences*, Paris, La Documentation française, octobre 2003, 58 p.

BERLAND Yvon, GAUSSERON Thierry *et al., Rapport de la mission Démographie des Professions de santé, Tome I*, Paris, La Documentation française, novembre 2002, 114 p.

BERLAND Yvon et BOURGUEIL Yann, *Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé*, Paris, La Documentation française, juin 2006, 135 p.

BERTSCH Jean, *Réorganisation de l'offre publique de formation dans le secteur de l'activité physique, du sport et de l'animation*, Paris, La Documentation française, juin 2008, 107 p.

BIGARD Xavier, *Activité physique et prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques : quelles compétences pour quels patients ? Quelles formations ?*, Paris, Direction générale de la Santé, 4 novembre 2015, 34 p.

BLANPAIN Nathalie et BUISSON Guillemette, « Projections de population 2013-2070 pour la France : méthode et principaux résultats » , *Documents de travail de l'INSEE*, novembre 2016, n° 1606, 110 p.

BLANPAIN Nathalie et BUISSON Guillemette, « Projections de la population à l'horizon 2070, Deux fois plus de personnes de 75 ans ou plus qu'en 2013 », *INSEE Première*, novembre 2016, n° 1619, 4 p.

BLANPAIN Nathalie et BUISSON Guillemette, « 21 000 centenaires en 2016 en France, 270 000 en 2070 ? », *INSEE Première*, novembre 2016, n° 1620, 4 p.

BLISKO Serge, *Rapport de la Miviludes au Premier ministre 2015*, Paris, La Documentation française, septembre 2016, 96 p.

CASES Chantal et BAUDEAU Dominique, « Peut-on quantifier les besoins de santé ? » , *Dossiers Solidarité et Santé, DREES*, 2004, n° 1, p. 17-22.

CASTAIGNE Sylvie et LASNIER Yann, « Les déserts médicaux » , *Les avis du CESE*, 14 décembre 2017, nº 27, 66 p.

Centre d'Analyse des Formations des Emplois des Métiers de l'Animation et du Sport, « La filière STAPS en 2012 », *Les dossiers du CAFEMAS*, décembre 2012, nº 1, 12 p.

Commission européenne, *Système européen de transfert et d'accumulation de crédits (ECTS)* [en ligne], [consulté le 6 septembre 2019], https://ec.europa.eu/education/resources/european-credit-transfer-accumulation-system_fr/

COQUILLION Michel, *L'impact de l'allongement de la durée de vie sur les systèmes d'aides et de soins*, Paris, La Documentation française, 26 septembre 2007, 86 p.

DEBEAUPUIS Jean, ESSID Axel, ALLAL Patrick *et al.*, *Pour une meilleure intégration des formations paramédicales à l'université : mise en œuvre des mesures 5, 6 et 13 de la Grande conférence de santé*, Paris, La Documentation française, juin 2017, nº 2016-123R, 219 p.

DELAMAIRE Marie-Laure et LAFORTUNE Gaétan, « Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés » , *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, 31 août 2010, nº 54, 118 p.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, « Les régions françaises 2015 », *Panorama statistique, DREES*, 7 juin 2016, 35 p.

Direction Générale de la Santé, « Les actions programmées au niveau national (plans stratégiques, plans et programmes) : principes et présentation générale », *Santé Publique*, 2004, nº 4, p. 661-672.

DOMERGUE Jacques, *Rapport d'information présenté par la Commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission d'information sur la formation des auxiliaires médicaux*, Paris, La Documentation française, 28 juillet 2010, nº 2712, 91 p.

DUBERNARD Jean-Michel, *Rapport fait au nom de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi (nº 887) relatif à la politique de santé publique (nº 1092), 1ère partie*, Assemblée nationale, 25 septembre 2002, 74 p.

DUPAYS Stéphanie, BOURDAIS Fabienne, KIOUR Abdelkrim et DE VINCENZI Jean-Pierre, *Évaluation des actions menées en matière d'activité physique et sportive à des fins de santé*, Paris, La Documentation française, mars 2018, nº 2017-126R, 121 p.

DURAND Nicolas et EMMANUELLI Julien, *Les réseaux de soins*, Paris, La Documentation française, juin 2017, nº 2017-107R, 161 p.

DURRAFOURG Michel et VERNEREY Michel, *Le dispositif de formation à l'Ostéopathie*, Paris, La Documentation française, avril 2010, RM2010-030P, 95 p.

FENINA Annie, LE GARREC Marie-Anne et KOUBI Malik, « Les comptes nationaux de la santé en 2010 », *Études & résultats, DREES*, septembre 2011, nº 773, 8 p.

FLAJOLET André, *Rapport de la mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire*, Paris, La Documentation française, avril 2008, 91 p.

MARC Céline, HÉAM Jean-Cyprien, MIKOU Myriam et PORTELA Mickaël, « Les dépenses de santé en 2019, Résultats des comptes de la santé, Édition 2019 », *Panorama de la DREES*, 2020., 117 p.

GUEGUEN Juliette, VAN BUI Thuy, GOUAUX Léa *et al.*, « Évaluation de la kinésiologie appliquée et des kinésiologies énergétiques : fiabilité et validité du test musculaire manuel, efficacité et sécurité des pratiques », *Rapport de l'INSERM*, mai 2017, 147 p.

Haut Conseil de la santé publique, « Activités physiques ou sportives et santé », *Actualité et dossier en santé publique*, juin 2009, nº 67.

Haut Conseil de la santé publique, *Évaluation du Plan national Bien vieillir 2007-2009*, Paris, La Documentation française, 2011, 90 p.

Haute Autorité de Santé, *Délégation, transfert, nouveaux métiers… Conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé, Rapport d'étape* [en ligne], publié en janvier 2007, [consulté le 25 septembre 2018], https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/rapport_etape_cooperation.pdf/, 27 p.

Haute Autorité de Santé, *Délégation, transfert, nouveaux métiers… Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ?* [en ligne], publié le 16 avril 2008, [consulté le 28 septembre 2018], https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/reco_cooperation_vvd_16_avril_2008_04_16_12_23_31_188.pdf/, 61 p.

Haute Autorité de Santé, *Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées* [en ligne], publié en avril 2011, [consulté le 29 septembre 2018], https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_rapport.pdf/, 91 p.

Haute Autorité de Santé, *Patient et professionnels de santé : décider ensemble, Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée »* [en ligne], publié en octobre 2013, [consulté le 2 octobre 2018], https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-10/12iex04_decision_medicale_part agee_mel_vd.pdf/, 76 p.

Haute Autorité de Santé, *Rapport d'étude, Évaluation des compétences des professionnels de santé et certification des établissements de santé* [en ligne], publié en novembre 2015, [consulté le 1er juillet 2021], https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/rapport_l_evaluation_des_competences_des_professionnels.pdf/, 45 p.

HÉNART Laurent, BERLAND Yvon, CADET Danielle *et al., Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire, Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avance*r, Paris, La Documentation française, février 2011, 57 p.

IBORRA Monique et FIAT Caroline, *Rapport d'information présenté en conclusion des travaux de la mission sur les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD)*, Paris, La Documentation française, 22 mars 2018, nº 769, 105 p.

Institut national de la santé et de la recherche médicale, *Activité physique : contextes et effets sur la santé*, Paris, Les éditions INSERM, août 2008, 811 p.

Institut national de la santé et de la recherche médicale, *Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées*, Paris, La Documentation française, novembre 2014, 520 p.

Institut national de la statistique et des études économiques, *Composantes de la croissance démographique – France* [en ligne], [consulté le 26 février 2020], https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381468/

Institut national de la statistique et des études économiques, *Estimation de la population au 1er janvier 2019, Séries par région, département, sexe et âge de 1975 à 2019* [en ligne], [consulté le 23 mai 2018], https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198/

Institut national de la statistique et des études économiques, *Estimations de population – Part des 60 ans ou plus – France* [en ligne], publié le 27 avril 2011, [consulté le 26 février 2020], https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/001740941/

Institut national de la statistique et des études économiques, *Soins ambulatoires* [en ligne], [consulté le 21 mars 2019], https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1401/

ISAAC-SIBILLE Cyrille, *Rapport d'information (...) sur l'organisation des professions de santé : quelle vision dans dix ans et comment y parvenir ?*, Paris, La Documentation française, 7 juillet 2021, 98 p.

JULIACHS Sylvain et BOUVET Sandra, « Démographie, Baisse et vieillissement de la population », *INSEE Dossier Auvergne-Rhône-Alpes*, décembre 2018, nº 5, p. 9-11.

LANNOYE Paul, *Rapport sur le statut des médecines non conventionnelles*, 16 mai 1997, Parlement européen, A4-0075/97, 23 p.

LARCHER Gérard, *Les missions de l'hôpital*, Paris, La Documentation française, avril 2008, 169 p.

LE BOULER Stéphane, *Mission universitarisation de formations paramédicales et de maïeutique, Bilan intermédiaire de la concertation et propositions d'orientation*, [en ligne], publié en février 2018, [consulté le 10 août 2021], https://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/Enseignement_superieur/96/4/MissionUniversitarisationRapportintermediairefevrier2018_912964.pdf/, 68 p.

LE GARREC Marie-Anne, KOUBI Malik et FENINA Annie, « 60 années de dépenses de santé, Une rétropolation des Comptes nationaux de la santé de 1950 à 2010 », *Études & résultats, DREES*, février 2013, nº 831, 8 p.

LIBAULT Dominique, *Concertation Grand âge et autonomie*, Paris, La Documentation française, mars 2019, 228 p.

LUDES Bernard, *Rapport de la mission Ostéopathie – Chiropraxie*, Paris, La Documentation française, 25 janvier 2007, 35 p.

Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires, *Guide Santé et dérives sectaires*, Paris, La Documentation française, avril 2012, 201 p.

MORELLE Aquilino, VEYRET Jacques, LESAGE Gérard *et al.*, *Évaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales*, Paris, La Documentation française, octobre 2008, nº RM2008-081P, 146 p.

Observatoire national de la démographie des professions de santé, *Tome 2 : Analyse des professions : Insuffisance rénale chronique, masseur-kinésithérapeute*, Paris, La Documentation française, 2009, 116 p.

Observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière, *Étude prospective des métiers sensibles de la fonction public, Monographie du masseur kinésithérapeute* [en ligne], publié en octobre 2008, [consulté le 15 juin 2020], https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/monographie_mk-2.pdf/

Organisation mondiale de la Santé, *Charte d'Ottawa, Promotion de la santé*, 21 novembre 1986 [en ligne], [consulté le 6 avril 2020], http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf?ua=1& ua=1/

Organisation mondiale de la Santé, *Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé* [en ligne], 22 juillet 1946, https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf/

Organisation mondiale de la Santé, *Glossaire de la promotion de la santé* [en ligne], 1999, [consulté le 6 avril 2020], https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf/

Organisation mondiale de la santé, *Glossaire de la série « Santé pour tous »*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1984.

Organisation mondiale de la Santé, *Principes directeurs pour la formation en médecine traditionnelle, complémentaire et alternative, Principes pour l'ostéopathie* [en ligne], 2010, https://www.who.int/medicines/areas/traditional/BenchmarksforTraininginOsteopathy.pdf/

Organisation mondiale de la Santé, « Résolution WHA57.17. Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé », *in* : Organisation mondiale de la Santé, *Résultats de la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 22 mai 2004*,* 3 p.

RICHARD Jacky et CYTERMANN Laurent, *Étude annuelle 2013 : le droit souple*, Paris, La Documentation française, 2 octobre 2013, 297 p.

RIVIÈRE Daniel, *Dispositif d'activités physiques et sportives en direction des âgés*, Paris, La Documentation française, janvier 2014, 39 p.

ROBERT-BOBÉE Isabelle, « Projections de la population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050, La population continue de croître et le vieillissement se poursuit » , *INSEE Première*, juillet 2006, n° 1089, 4 p.

ROCHUT Julie, « Métiers de la rééducation : des professionnels toujours plus nombreux », *Études & résultats, DREES*, octobre 2014, n° 895, 6 p.

TESNIÈRE Antoine, RIST Stéphanie et RIOM Isabelle, *Stratégie de transformation du système de santé, Rapport final, Adapter les formations aux enjeux du système de santé*, Paris, La Documentation française, septembre 2018, 53 p.

TOUSSAINT Jean-François, *Stratégies nouvelles de prévention de la Commission d'orientation de prévention : rapport*, Paris, La Documentation française, décembre 2006, 219 p.

TOUSSAINT Jean-François, *Retrouver sa liberté de mouvement – PNAPS : plan national de prévention par l'activité physique ou sportive*, Paris, La Documentation française, décembre 2008, 295 p.

Union européenne, *Le cadre européen des certifications pour l'éducation et la formation tout au long de la vie* [en ligne], publié en février 2008, [consulté le 4 septembre 2019], https://ec.europa.eu/ploteus/sites/eac-eqf/files/leaflet_fr.pdf/

VERGIER Noémie, CHAPUT Hélène et LEFEBVRE-HOANG Ingrid, « Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? », *Les dossiers de la DREES*, mai 2017, n° 17, 63 p.

Travaux parlementaires

1. Assemblée nationale (classement par ordre chronologique)

Chambre des députés, *1re séance du jeudi 5 décembre 1929*, JORF des débats parlementaires du 6 décembre 1929.

Chambre des députés, *Débats parlementaires, Compte rendu in extenso des séances du Sénat et de la Chambre des députés, Session ordinaire, 2e séance du mardi 28 janvier 1937*, JO Chambre des députés nº 8 [2] du 29 février 1937.

Assemblée nationale, *Débats parlementaires, Compte rendu intégral des séances, Session ordinaire, 2e séance du lundi 27 juillet 1959,* JO A.N. nº 52 [2] du 28 juillet 1959.

GUIGOU Élisabeth, *Projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé*, Assemblée nationale, 5 septembre 2001, nº 3258.

ÉVIN Claude, CHARLES Bernard et DENIS Jean-Jacques, *Rapport fait au nom de la Commission des Affaires sociales sur le projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé (nº 3258)*, Assemblée nationale, 20 mars 2015, 521 p.

ÉVIN Claude, CHARLES Bernard et DENIS Jean-Jacques, *Commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, Examen, en première lecture, du projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé - Titre Ier - nº 3258*, Assemblée nationale, 18 septembre 2001, nº 52.

ÉVIN Claude, *Commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, Suite de l'examen, en première lecture, du projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé - Titres III et IV - nº 3258*, Assemblée nationale, 18 septembre 2001, nº 53.

CHARLES Bernard, *Commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, Examen, en première lecture, du projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé - Titre II - nº 3258*, Assemblée nationale, 25 septembre 2001, nº 55.

Assemblée nationale, *Débats parlementaires, Compte rendu analytique des séances, Session ordinaire, 3e séance du mardi 2 octobre 2001,* JO A.N. nº 53 [3] du 3 octobre 2001.

Assemblée nationale, *Débats parlementaires, Compte rendu intégral des séances, Session ordinaire, 2e séance du mardi 4 octobre 2001*, JO A.N. nº 64 [2] du 5 octobre 2001.

GUIGOU Élisabeth, *Projet de loi modifié par le sénat après déclaration d'urgence relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé,* Assemblée nationale, 7 février 2002, nº 3258.

Assemblée nationale, *Débats parlementaires, Compte rendu analytique des séances, Session ordinaire, 2e séance du mardi 12 février 2002*, JO A.N. nº 14 [2] du 13 février 2002.

TOURAINE Marisol, *Projet de loi relatif à la santé*, Assemblée nationale, 15 octobre 2014, nº 2302.

VÉRAN Olivier, LACLAIS Bernadette, TOURAINE Jean-Louis, GEOFFROY Hélène et FERRAND Richard, *Rapport fait au nom de la Commission des Affaires sociales sur le projet de loi relatif à la santé (nº 2673)*, Assemblée nationale, 20 mars 2015, 905 p.

FOURNEYRON Valérie, BOURGUIGON Brigitte, DEGUILHEM Pascal et JUANICO Régis, *Amendement nº 917 à la loi relatif à la santé*, Assemblée nationale, 27 mars 2015.

TOURAINE Marisol, *Amendement nº 1983 rectifié à la loi relatif à la santé*, Assemblée nationale, 27 mars 2015.

Assemblée nationale, *Débats parlementaires, Compte rendu intégral des séances, Session ordinaire, 2e séance du mardi 31 mars 2015*, JO A.N. nº 42 [2] du 1er avril 2015.

Assemblée nationale, *Débats parlementaires, Compte rendu intégral des séances, Session ordinaire, 3e séance du jeudi 9 avril 2015*, JO A.N. nº 48 [3] du 10 avril 2015.

Assemblée nationale, *Débats parlementaires, Compte rendu intégral des séances, Session ordinaire, 1re séance du vendredi 10 avril 2015*, JO A.N. nº 49 [1] du 11 avril 2015.

Assemblée nationale, *Projet de loi de modernisation de notre système de santé adopté par l'Assemblée nationale en première lecture (Procédure accélérée)*, 15 avril 2015, nº 505.

FOURNEYRON Valérie, BOURGUIGON Brigitte, DEGUILHEM Pascal et JUANICO Régis, *Amendement nº AS40 à la loi relatif à la santé*, Assemblée nationale, 4 novembre 2015.

SEBAOUN Gérard, LACLAIS Bernadette, TOURAINE Jean-Louis, GEOFFROY Hélène et FERRAND Richard, *Rapport fait au nom de la Commission des Affaires sociales, en nouvelle lecture, sur le projet de loi, modifié par le Sénat, après engagement de la procédure accélérée, relatif à la santé (nº 3215)*, Assemblée nationale, 10 novembre 2015, 412 p.

LURTON Gilles, POLETTI Bérengère, MOREL-A-L'HUISSIER Pierre, MATHIS Jean-Claude, VITEL Philippe et PERRUT Bernard, *Amendement nº 495 à la loi relatif à la santé*, Assemblée nationale, 13 novembre 2015.

Assemblée nationale, *Débats parlementaires, Compte rendu intégral des séances, Session ordinaire, 2e séance du vendredi 27 novembre 2015*, JO A.N. nº 135 [2] du 28 novembre 2015.

RIST Stéphanie, *Proposition de loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification*, Assemblée nationale, 22 octobre 2020, nº 3470.

RIST Stéphanie, *Rapport fait au nom de la Commission des Affaires sociales sur la proposition de loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification (nº 3598)*, Assemblée nationale, 25 novembre 2020, 197 p.

2. Sénat (classement par ordre chronologique)

Sénat, *Débats parlementaires, Compte rendu in extenso des séances du Sénat et de la Chambre des députés, Session ordinaire, 2e séance du mardi 2 février 1937*, JO Sénat nº 10 [2] du 3 février 1937.

GIRAUD Francis, DÉRIOT Gérard et LORRAIN Jean-Louis, *Rapport fait au nom de la Commission des Affaires sociales sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé (nº 3258)*, Sénat, 16 janvier 2002, nº 174.

FAUCONNIER Alain, *Question écrite au gouvernement,* nº 19795, JO Sénat du 11 août 2011, p. 2086.

COURTEAU Roland, *Question écrite au gouvernement*, nº 20152, JO Sénat du 29 septembre 2011, p. 2487.

Sénat, *Débats parlementaires, Compte rendu intégral des séances, Session ordinaire, Séance du jeudi 13 février 2014*, JO Sénat nº 21 du 14 février 2014.

MILON Alain, DEROCHE Catherine et DOINEAU Élisabeth, *Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales (1) sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, de modernisation de notre système de santé (nº 3215)*, Sénat, 22 juillet 2015, nº 3653, 1027 p.

Sénat, *Débats parlementaires, Compte rendu intégral des séances, Session extraordinaire, Séance du lundi 14 septembre 2015,* JO Sénat nº 95 du 15 septembre 2015.

Sénat, *Débats parlementaires, Compte rendu intégral des séances, Session extraordinaire, Séance du mardi 29 septembre 2015*, JO Sénat nº 101 du 30 septembre 2015.

Sénat, *Débats parlementaires, Compte rendu intégral des séances, Session extraordinaire, Séance du lundi 28 septembre 2015*, JO Sénat nº 100 du 29 septembre 2015.

MILON Alain, DEROCHE Catherine et DOINEAU Élisabeth, *Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales (1) sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, de modernisation de notre système de santé (nº 3215)*, Sénat, 9 décembre 2015, nº 233, 531 p.

Normes juridiques

1. Directives de l'Union européenne

Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, JOUE L088 du 4 avril 2011, p. 45.

2. Lois (classement par ordre chronologique)

Loi du 19 ventôse an XI, Gazette nationale ou Le Moniteur universel n° 170 du 21 ventôse an XI, p. 704.

Loi n° 2029 du 15 mars 1850 sur l'Enseignement, dite loi FALLOUX, Bull. des lois, X^e^ série, t. 5, n° 246, p. 285.

Loi n° 8916 du 27 janvier 1880 qui rend l'Enseignement de la Gymnastique obligatoire dans tous les établissements d'instruction publique de garçons dépendant de l'État, des Départements et des Communes, Bull. des lois, XII^e^ série, t. XX, n° 499, p. 25.

Loi n° 11696 du 28 mars 1882, Bull. des lois, XII^e^ série, t. XXIV, n° 690, p. 381.

Loi du 30 octobre 1886 sur l'organisation de l'enseignement primaire, JORF n° 296 du 31 octobre 1886, p. 4997.

Loi du 30 novembre 1892, dite CHEVANDIER, JORF n° 326 du 1^er^ décembre 1892, p. 5749.

Loi du 20 juillet 1928 portant ouverture, sur l'exercice 1928, de crédits concernant les services de l'instruction publique en vue de l'organisation de l'éducation physique, JORF n° 172 du 22 juillet 1928, p. 8182.

Loi du 21 avril 1933 relative à l'exercice de la médecine, JORF n° 230 du 1^er^ octobre 1933, p. 350.

Loi du 26 juillet 1935 relative à l'exercice de la médecine et de l'art dentaire, JORF n° 175 du 27 juillet 1935, p. 8146.

Loi n° 1251 du 21 mars 1941 portant création de centres de formation des cadres du secrétariat d'État à l'éducation nationale et à la jeunesse (commissariat général à l'éducation générale et aux sports), JORF n° 85 du 26 mars 1941, p. 1307.

Loi n° 2 du 15 janvier 1943 relative à l'exercice de la profession de masseur médical, JOEF n° 36 du 11 février 1943, p. 394.

Loi du 15 juillet 1943 relative à la formation des infirmières ou infirmiers hospitaliers, à l'organisation et à l'exercice de leur profession, JOEF n° 206 du 28 août 1943, p. 2261.

Loi nº 279 du 5 juin 1944 tendant à réglementer la profession d'opticien lunetier détaillant, JORF nº 159 du 3 et 4 juillet 1944, p. 1686.

Loi nº 46.857 du 30 avril 1946 ation de l'exercice des professions de masseur gymnaste médical, de masseur-kinésithérapeute et de pédicure, JORF nº 102 du 1er mai 1946, p. 3653.

Loi nº 64-699 du 10 juillet 1964 relative aux professions d'orthophoniste et d'aide-orthoptiste, JORF nº 161 du 11 juillet 1964, p. 6174.

Loi nº 67-4 du 3 janvier 1967 tendant à la réglementation de la profession d'audio-prothésiste, JORF nº 3 du 4 janvier 1967, p. 105.

Loi nº 68-978 du 12 novembre 1968 d'orientation de l'enseignement supérieur, JORF nº 266 du 13 novembre 1968, p. 10579.

Loi nº 75-988 du 29 octobre 1975 relative au développement de l'éducation physique et du sport, JORF nº 253 du 30 octobre 1975, p. 11180.

Loi nº 78-615 du 31 mai 1978 modifiant les articles L. 473, L. 475 et L. 476 du code de la santé publique relatifs à la profession d'infirmier ou d'infirmière et l'article L 372 de ce code, relatif à l'exercice illégal de la médecine, JORF nº 127 du 1er juin 1978, p. 2235.

Loi nº 80-527 du 12 juillet 1980 modifiant certaines dispositions du Code de la santé publique relatives à l'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière et de certaines autres professions d'auxiliaires médicaux, JORF nº 163 du 13 juillet 1980, p. 1758.

Loi nº 84-52 du 26 janvier 1984 sur l'enseignement supérieur, JORF nº 23 du 27 janvier 1984, p. 431.

Loi nº 84-610 du 16 juillet 1984 relative à l'organisation et à la promotion des activités physiques et sportives, JORF nº 165 du 17 juillet 1984, p. 2288.

Loi nº 86-76 du 17 janvier 1986 portant diverses dispositions d'ordre social, JORF nº 15 du 18 janvier 1986, p. 888.

Loi nº 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, JORF nº 179 du 2 août 1991, p. 10255.

Loi nº 95-116 du 4 février 1995 portant diverses dispositions d'ordre social, JORF nº 31 du 5 février 1995, p. 1992.

Loi nº 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, JORF nº 175 du 31 juillet 1998, p. 11679.

Loi nº 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs, JORF nº 132 du 10 juin 1999, p. 8487.

Loi nº 2000-627 du 6 juillet 2000 modifiant la loi nº 84-610 du 16 juillet 1984 relative à l'organisation et à la promotion des activités physiques et sportives, JORF nº 157 du 8 juillet 2000, texte nº 1.

Loi nº 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, JORF nº 15 du 18 janvier 2002, texte nº 1.

Loi nº 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF nº 54 du 5 mars 2002, texte nº 1.

Loi nº 2002-1578 du 30 décembre 2002 modifiant l'article 43 de la loi nº 84-610 du 16 juillet 1984 relative à l'organisation et à la promotion des activités physiques et sportives, JORF nº 304 du 31 décembre 2002, texte nº 4.

Loi nº 2003-339 du 14 avril 2003 portant ratification de l'ordonnance nº 2000-549 du 15 juin 2000 relative à la partie législative du code de l'éducation, JORF nº 89 du 15 avril 2003, texte nº 1.

Loi nº 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, JORF nº 185 du 11 août 2004, texte nº 4.

Loi nº 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, JORF nº 190 du 17 août 2004, texte nº 2.

Loi nº 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, JORF nº 36 du 12 février 2005, texte nº 1.

Loi nº 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises, JORF nº 179 du 3 août 2005, texte nº 2.

Loi nº 2006-1668 du 21 décembre 2006 portant création d'un ordre national des infirmiers, JORF nº 299 du 27 décembre 2006, texte nº 3.

Loi nº 2007-127 du 30 janvier 2007 ratifiant l'ordonnance nº 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions et modifiant le code de la santé publique, JORF nº 27 du 1er février 2007, texte nº 1.

Loi nº 2007-1199 du 10 août 2007 relative aux libertés et responsabilités des universités, JORF nº 185 du 11 août 2007, texte nº 2.

Loi nº 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, JORF nº 296 du 21 décembre 2007, texte nº 1.

Loi nº 2009-833 du 7 juillet 2009 portant création d'une première année commune aux études de santé et facilitant la réorientation des étudiants, JORF nº 156 du 8 juillet 2009, texte nº 2.

Loi nº 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF nº 167 du 22 juillet 2009, texte nº 1.

Loi nº 2010-853 du 23 juillet 2010 relative aux réseaux consulaires, au commerce, à l'artisanat et aux services, JORF nº 169 du 24 juillet 2010, texte nº 17.

Loi nº 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi nº 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF nº 185 du 11 août 2011, texte nº 2.

Loi nº 2014-201 du 24 février 2014 portant diverses dispositions d'adaptation au droit de l'Union européenne dans le domaine de la santé, JORF nº 47 du 25 février 2014, texte nº 4.

Loi nº 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel, JORF nº 205 du 6 septembre 2018, texte nº 1.

Loi nº 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, JORF nº 172 du 26 juillet 2019, texte nº 3.

Loi nº 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, JORF nº 99 du 27 avril 2021, texte nº 1.

3. Ordonnances (classement par ordre chronologique)

Ordonnance du 9 août 1944 relative au rétablissement de la légalité républicaine sur le territoire continental, JORF nº 65 du 10 août 1944, p. 688.

Ordonnance nº 45-2184 du 24 septembre 1945 relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme, JORF nº 228 du 28 septembre 1945, p. 6083.

Ordonnance nº 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, JORF nº 98 du 25 avril 1996, p. 6311.

Ordonnance nº 2000-548 du 15 juin 2000 relative à la partie législative du Code de la santé publique, JORF nº 143 du 22 juin 2000, p. 9349.

Ordonnance nº 2000-549 du 15 juin 2000 relative à la partie législative du code de l'éducation, JORF nº 143 du 22 juin 2000, p. 9346.

Ordonnance nº 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions, JORF nº 199 du 27 août 2005, texte nº 46.

Ordonnance nº 2006-596 du 23 mai 2006 relative à la partie législative du code du sport, JORF nº 121 du 25 mai 2006, texte nº 40.

4. Décrets (classement par ordre chronologique)

Décret du 3 février 1869 portant organisation de la gymnastique scolaire, BAMIP, t. 11, nº 201, p. 248.

Décret du 6 juillet 1882 relatif à l'instruction militaire et à la création de bataillons scolaires dans les établissements d'instruction primaire ou secondaire, BAMIP, t. XXVII, nº 500, p. 15.

Décret du 18 janvier 1887 relatif à l'exécution de la loi du 30 octobre 1886 sur l'enseignement primaire, JORF nº 19 du 20 janvier 1987, p. 337.

Décret du 31 juillet 1920 relatif à la constitution des universités, JORF nº 213 du 6 août 1920, p. 11292.

Décret du 22 juillet 1921 chargeant un membre de la Chambre des députés de mission temporaire non rétribuée, concernant l'éducation physique et la préparation militaire, JORF n° 202 du 29 juillet 1921, p. 8918.

Décret du 27 juin 1922 instituant des brevets de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'infirmière diplômée de l'État français, JORF n° 176 du 1er juillet 1922, p. 6880.

Décret du 10 décembre 1927 portant création de l'Institut d'éducation physique de l'université de Bordeaux, JORF n° 294 du 19 et 20 décembre 1927, p. 12765.

Décret du 5 août 1929 fixant les attributions du sous-secrétaire d'État de l'éducation physique, JORF n° 186 du 9 août 1929, p. 9225.

Décret du 12 août 1931 modifiant les conditions de l'examen d'aptitude à l'enseignement de la gymnastique (degré élémentaire), JORF n° 193 du 20 août 1931, p. 9161.

Décret du 23 juin 1933 transformant le cours de perfectionnement annexé à l'institut d'éducation physique de l'université de Paris en école normale d'éducation physique (enseignement technique), JORF n° 148 du 25 juin 1933, p. 6576.

Décret du 31 juillet 1933 relatif au certificat d'aptitude au professorat d'éducation physique, JORF n° 88 du 12 août 1933, p. 8743.

Décret du 5 octobre 1933 portant transformation du cours de perfectionnement en école normale de l'éducation physique, JORF n° 237 du 9 et 10 octobre 1922, p. 10441.

Décret n° 2483 du 13 août 1942 instituant un diplôme d'État de moniteur de gymnastique médicale, JORF n° 200 du 21 août 1942, p. 2872.

Décret n° 47-1279 du 7 juillet 1947 relatif à la réglementation de la profession de masseur gymnaste médical, JORF n° 161 du 9 juillet 1947, p. 6455.

Décret n° 53-1001 du 5 octobre 1953 portant codification des textes législatifs concernant la santé publique, JORF n° 237 du 7 octobre 1953, p. 8833.

Décret n° 58-1303 du 23 décembre 1958 modifiant diverses dispositions d'ordre pénal en vue d'instituer une cinquième classe de contraventions de police, JORF n° 300 du 24 décembre 1958, p. 11772.

Décret n° 60-665 du 4 juillet 1960 relatif aux titres de masseur-kinésithérapeute, JORF n° 159 du 9 juillet 1960, p. 6325.

Décret du 29 mars 1963 relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, JORF n° 80 du 3 avril 1963, p. 3182.

Décret n° 66-782 du 14 octobre 1966 relatif aux instituts régionaux d'éducation physique et sportive, JORF n° 245 du 21 octobre 1966, p. 9302.

Décret n° 68-401 du 30 avril 1968 relatif au contrôle médical du régime général de la Sécurité sociale organisé et contrôlé par la Caisse Nationale de Sécurité sociale de l'Assurance maladie, JORF n° 105 du 5 mai 1968, p. 4560.

Décret nº 69-282 du 28 mars 1969 relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, JORF nº 76 du 30 mars 1969, p. 3175.

Décret nº 69-325 du 10 avril 1969 relatif aux instituts régionaux d'éducation physique et sportive, JORF nº 86 du 12 avril 1969, p. 3594.

Décret nº 79-1020 du 27 novembre 1979 relatif aux études préparatoires et épreuves du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, JORF nº 279 du 1er décembre 1979, p. 2991.

Décret nº 81-634 du 28 mai 1981 relatif aux attributions du ministre de l'Éducation nationale (M. Alain SAVARY), JORF nº 126 du 29 mai 1981, p. 1659.

Décret nº 85-631 du 19 juin 1985 relatif aux actes professionnels accomplis directement par les pédicures-podologues, JORF nº 144 du 23 juin 1985, p. 6970.

Décret nº 85-918 du 26 août 1985 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, JORF nº 201 du 30 août 1985, p. 10032.

Décret nº 85-1353 du 17 décembre 1985 relatif au Code de la sécurité sociale (Partie législative et partie décrets en Conseil d'État), JORF nº 296 du 21 décembre 1985, p. 14961.

Décret nº 86-1195 du 21 novembre 1986 fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie, JORF nº 272 du 23 novembre 1986, p. 14133.

Décret nº 88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice, JORF nº 108 du 8 mai 1988, p. 6716.

Décret nº 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, JORF nº 63 du 15 mars 1993, p. 4087.

Décret nº 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, JORF nº 236 du 9 octobre 1996, p. 14802.

Décret nº 2000-577 du 27 juin 2000 modifiant le décret nº 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, JORF nº 149 du 29 juin 2000, texte nº 11.

Décret nº 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code, JORF nº 183 du 8 août 2004, texte nº 37086.

Décret nº 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie, JORF nº 73 du 27 mars 2007, texte nº 20.

Décret nº 2007-437 du 25 mars 2007 relatif à la formation des ostéopathes, JORF nº 73 du 27 mars 2007, texte nº 22.

Décret nº 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation, JORF nº 94 du 20 avril 2008, texte nº 9.

Décret nº 2008-1135 du 3 novembre 2008 portant code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes, JORF nº 258 du 5 novembre 2008, texte nº 34.

Décret nº 2009-955 du 29 juillet 2009 relatif au bilan kinésithérapique, JORF nº 177 du 2 août 2009, texte nº 13.

Décret nº 2010-1123 du 23 septembre 2010 relatif à la délivrance du grade de licence aux titulaires de certains titres ou diplômes relevant du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique, JORF nº 224 du 26 septembre 2010, texte nº 10.

Décret nº 2011-32 du 7 janvier 2011 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de la chiropraxie, texte nº 12.

Décret nº 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux, JORF nº 1 du 1er janvier 2012, texte nº 16.

Décret nº 2011-2115 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des chirurgiens-dentistes, JORF nº 1 du 1er janvier 2012, texte nº 17.

Décret nº 2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des médecins, JORF nº 1 du 1er janvier 2012, texte nº 18.

Décret nº 2011-2117 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des sages-femmes, JORF nº 1 du 1er janvier 2012, texte nº 19.

Décret nº 2011-2118 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des pharmaciens, JORF nº 1 du 1er janvier 2012, texte nº 20.

Décret nº 2012-694 du 7 mai 2012 portant modification du code de déontologie médicale, JORF nº 108 du 8 mai 2012, texte nº 97.

Décret nº 2012-881 du 17 juillet 2012 portant modification du code de déontologie des sages-femmes, JORF nº 166 du 19 juillet 2012, texte nº 12.

Décret nº 2013-756 du 19 août 2013 relatif aux dispositions réglementaires des livres VI et VII du code de l'éducation (Décrets en Conseil d'État et décrets), JORF nº 192 du 20 août 2013, texte nº 28.

Décret nº 2013-798 du 30 août 2013 relatif au régime des études en vue du certificat de capacité d'orthophoniste, JORF nº 203 du 1er septembre 2013, p. 14864, texte nº 9.

Décret nº 2014-1043 du 12 septembre 2014 relatif à l'agrément des établissements de formation en ostéopathie, JORF nº 213 du 14 septembre 2014, texte nº 7.

Décret nº 2014-1505 du 12 décembre 2014 relatif à la formation en ostéopathie, JORF nº 289 du 14 décembre 2014, texte nº 25, BO Santé — Protection sociale — Solidarité nº 2015/1 du 15 février 2015, p. 80.

Décret nº 2014-1511 du 15 décembre 2014 relatif aux diplômes de santé conférant le grade master, JORF nº 291 du 17 décembre 2014, texte nº 15.

Décret nº 2015-1110 du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, JORF nº 204 du 4 septembre 2015, texte nº 16.

Décret nº 2016-21 du 14 janvier 2016 attribuant le grade de licence aux titulaires du diplôme de technicien supérieur en imagerie médicale et radiologie thérapeutique et aux titulaires du diplôme d'État de manipulateur d'électroradiologie médicale, JORF nº 13 du 16 janvier 2016, texte nº 18.

Décret nº 2016-942 du 8 juillet 2016 relatif à l'organisation du développement professionnel continu des professionnels de santé, JORF nº 160 du 10 juillet 2016, texte nº 9.

Décret nº 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel, JORF nº 169 du 22 juillet 2016, texte nº 21.

Décret nº 2016-1591 du 24 novembre 2016 portant modification du code de déontologie des pédicures-podologues, JORF nº 275 du 26 novembre 2016, texte nº 32.

Décret nº 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers, JORF nº 276 du 27 novembre 2016, texte nº 44.

Décret nº 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée, JORF nº 164 du 19 juillet 2018, texte nº 18.

Décret nº 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée, JORF nº 164 du 19 juillet 2018, texte nº 42.

Décret nº 2018-1172 du 18 décembre 2018 relatif aux conditions d'enregistrement des certifications professionnelles et des certifications et habilitations dans les répertoires nationaux, JORF nº 29 du 20 décembre 2018, texte nº 46.

Décret nº 2019-14 du 8 janvier 2019 relatif au cadre national des certifications professionnelles, JORF nº 7 du 9 janvier 2019, texte nº 11.

Décret nº 2019-1107 du 30 octobre 2019 modifiant le décret nº 87-31 du 20 janvier 1987 relatif au Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques, JORF nº 254 du 31 octobre 2019, texte nº 76.

5. Arrêtés (classement par ordre chronologique)

Arrêté du 13 mars 1854 instituant un règlement pour l'enseignement de la gymnastique, BAMIP, t. 5, nº 51, p. 69.

Arrêté du 8 août 1890 relatif aux programmes de l'enseignement de la gymnastique dans les établissements de l'enseignement primaire, JORF nº 218 du 18 août 1890, p. 41174.

Arrêté du 28 février 1924 portant reconnaissance administrative d'écoles d'infirmières, JORF nº 59 du 29 février 1924, p. 2093.

Arrêté du 28 février 1924 délivrant le brevet de capacité à des infirmières hospitalières, JORF nº 59 du 29 février 1924, p. 2093.

Arrêté du 1er août 1933 relatif au certificat d'aptitude au professorat d'éducation physique, JORF nº 88 du 12 août 1933, p. 8743.

Arrêté du 10 juillet 1947 fixant les conditions de l'examen d'entrée aux écoles préparant au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, JORF n° 180 du 18 juillet 1947, p. 6893.

Arrêté du 21 décembre 1960 fixant liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués par des médecins ou pouvant être également pratiqués par des auxiliaires médicaux, JORF n° 301 du 28 décembre 1960, p. 11954.

Arrêté du 31 juillet 1961 portant modification de la liste des actes qui ne peuvent être accomplis que par des auxiliaires médicaux qualifiés, JORF n° 187 du 10 août 1961, p. 7526.

Arrêté du 6 janvier 1962 fixant 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 laboratoires d'analyses médicales non-médecins, JORF n° 26 du 1er février 1962, p. 1111.

Arrêté du 21 octobre 1971 fixant pour l'année universitaire 1974-1975 le nombre des étudiants susceptibles d'être accueillis pour leur formation clinique et pratique dans les services hospitaliers relevant tant des centres hospitaliers et universitaires et des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaire que des établissements avec lesquels lesdits centres ont passé convention, JORF n° 248 du 23 octobre 1971, p. 10449.

Arrêté du 11 avril 1975 portant création du diplôme d'études universitaires générales mention Sciences et techniques des activités physiques et sportives, JORF n° 94 du 22 avril 1975, p. 4200.

Arrêté du 27 novembre 1979 relatif aux études préparatoires au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute et à l'admission dans les écoles de masso-kinésithérapie, JORF n° 279 du 1er décembre 1979, p. 2992.

Arrêté du 13 juin 1980 modifiant l'arrêté du 11 avril 1975 portant création du diplôme d'études universitaires générales (mention Sciences et techniques des activités physiques et sportives), JORF n° 148 du 26 juin 1980, p. 5509.

Arrêté du 10 mars 1982 relatif au diplôme d'études universitaires générales (mention Sciences et techniques des activités physiques et sportives, JORF n° 105 du 6 mai 1982, p. 4325.

Arrêté du 24 septembre 1982 instituant une agrégation en Éducation physique et sportive, JORF n° 228 du 30 septembre 1982, p. 8849.

Arrêté du 6 février 1984 portant création d'un groupe XIV au sein du Conseil supérieur des universités, JORF n° 29 du 14 février 1984, p. 2564.

Arrêté du 23 décembre 1987 relatif à l'admission dans les écoles préparant aux diplômes d'État d'ergothérapeute, de laborantin d'analyses médicales, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue et de psychomotricien, JORF n° 300 du 27 décembre 1987, p. 15260.

Arrêté du 5 septembre 1989 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, JORF n° 209 du 8 septembre 1989, p. 11397.

Arrêté du 18 mars 1992 relatif à l'organisation du premier cycle et de la première année du deuxième cycle des études médicales, JORF n° 74 du 27 mars 1992, p. 4231.

Arrêté du 20 janvier 1993 relatif au diplôme d'études universitaires générales, à la licence et à la maîtrise de sciences et techniques des activités physiques et sportives, JORF n° 40 du 17 février 1993, p. 2570.

Arrêté du 25 mars 1993 relatif au nombre d'étudiants admis à la fin de la première année du premier cycle à poursuivre des études médicales, JORF n° 74 du 28 mars 1993, p. 5168.

Arrêté du 4 mai 1995 fixant la liste des diplômes ouvrant droit à l'enseignement, l'encadrement et l'animation des activités physiques et sportives conformément à l'article 43 de la loi n° 84-610 du 16 juillet 1984 modifiée relative à l'organisation et à la promotion de ces activités, JORF n° 110 du 11 mai 1995, p. 7932.

Arrêté du 23 mai 1997 relatif au diplôme d'études universitaires générales, à la licence et à la maîtrise de sciences et techniques des activités physiques et sportives, JORF n° 122 du 28 mai 1997, p. 8085.

Arrêté du 26 mai 1997 modifiant l'arrêté du 4 mai 1995 fixant la liste des diplômes ouvrant droit à l'enseignement, l'encadrement et l'animation des activités physiques et sportives, JORF n° 127 du 3 juin 1997, p. 8866.

Arrêté du 12 décembre 1997 modifiant l'arrêté du 4 mai 1995 fixant la liste des diplômes ouvrant droit à l'enseignement, l'encadrement et l'animation des activités physiques et sportives, JORF n° 13 du 16 janvier 1998, p. 676.

Arrêté du 9 décembre 1998 modifiant l'arrêté du 4 mai 1995 fixant la liste des diplômes ouvrant droit à l'enseignement, l'encadrement et l'animation des activités physiques et sportives, JORF n° 303 du 31 décembre 1998, p. 20329.

Arrêté du 23 avril 1999 modifiant l'arrêté du 23 mai 1997 relatif au diplôme d'études universitaires générales, à la licence et à la maîtrise de sciences et techniques des activités physiques et sportives, JORF n° 116 du 21 mai 1999, p. 7523.

Arrêté du 3 août 1999 modifiant l'arrêté du 4 mai 1995 fixant la liste des diplômes ouvrant droit à l'enseignement, l'encadrement et l'animation des activités physiques et sportives, JORF n° 197 du 26 août 1999, p. 12734.

Arrêté du 22 février 2000 modifiant l'arrêté du 6 janvier 1962 fixant 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, JORF n° 53 du 3 mars 2000, texte n° 11.

Arrêté du 30 mars 2000 modifiant l'arrêté du 4 mai 1995 fixant la liste des diplômes ouvrant droit à l'enseignement, l'encadrement et l'animation des activités physiques et sportives, JORF n° 89 du 14 avril 2000, texte n° 30.

Arrêté du 13 décembre 2004 relatif à la coopération entre professionnels de santé, JORF n° 10 du 13 janvier 2005, texte n° 20.

Arrêté du 16 décembre 2004 portant sur la liste des diplômes, titres à finalité professionnelle et certificats de qualification ouvrant droit à l'enseignement, l'animation ou l'encadrement des activités physiques et sportives ou à l'entraînement de ses pratiquants, conformément à l'article L. 363-1 du code de l'éducation, JORF n° 300 du 26 décembre 2004, texte n° 57.

Arrêté du 9 janvier 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire, JORF n° 11 du 13 janvier 2006, texte n° 33.

Arrêté du 23 mai 2006 modifiant l'arrêté du 16 décembre 2004, JORF n° 151 du 1er juillet 2006, texte n° 39.

Arrêté du 12 octobre 2006 modifiant l'arrêté du 16 décembre 2004 portant sur la liste des diplômes, titres à finalité professionnelle et certificats de qualification ouvrant droit à l'enseignement, l'animation ou l'encadrement des activités physiques et sportives ou à l'entraînement de ses pratiquants, conformément à l'article L. 363-1 du code de l'éducation, JORF n° 259 du 8 novembre 2006, texte n° 21.

Arrêté du 25 mars 2007 relatif à la formation en ostéopathie, à la commission d'agrément des établissements de formation et aux mesures dérogatoires, JORF n° 73 du 27 mars 2007, texte n° 43.

Arrêté du 26 mars 2007 fixant le nombre d'étudiants de première année du premier cycle des études médicales autorisés à poursuivre leurs études en médecine à la suite des épreuves terminales de l'année universitaire 2006-2007, JORF n° 107 du 8 mai 2007, texte n° 55.

Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, JORF n° 108 du 10 mai 2007, texte n° 91.

Arrêté du 29 juin 2007 modifiant l'arrêté du 16 décembre 2004 portant sur la liste des diplômes, titres à finalité professionnelle et certificats de qualification ouvrant droit à l'enseignement, l'animation ou l'encadrement des activités physiques et sportives ou à l'entraînement de ses pratiquants, conformément à l'article L. 363-1 du code de l'éducation, JORF n° 163 du 17 juillet 2007, texte n° 32.

Arrêté du 2 octobre 2007 modifiant l'arrêté du 16 décembre 2004 modifié portant sur la liste des diplômes, titres à finalité professionnelle et certificats de qualification ouvrant droit à l'enseignement, l'animation ou l'encadrement d'une activité physique ou sportive ou à l'entraînement de ses pratiquants, conformément à l'article L. 212-1 du code du sport, JORF n° 252 du 30 octobre 2007, texte n° 24.

Arrêté du 28 février 2008 relatif aux dispositions réglementaires du code du sport, JORF n° 101 du 29 avril 2008, texte n° 18.

Arrêté du 24 juillet 2008 portant création de la commission prévention, sport et santé, JORF n° 222 du 23 septembre 2008, texte n° 19.

Arrêté du 8 août 2008 relatif à l'admission dans les écoles préparant aux diplômes d'ergothérapeute, de laborantin d'analyses médicales, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue et de psychomotricien, JORF n° 199 du 27 août 2008, texte n° 26.

Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier, JORF n° 181 du 7 août 2009, texte n° 18, BO n° 7 du 15 août 2009, texte n° 246.

Arrêté du 5 mai 2010 relatif à l'admission dans les écoles préparant aux diplômes d'ergothérapeute, de technicien de laboratoire médical, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue et de psychomotricien, JORF n° 116 du 21 mai 2010, texte n° 23.

Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute, JORF nº 156 du 8 juillet 2010, texte nº 30, BO Santé – Protection sociale – Solidarité nº 7 du 15 août 2010, p. 163.

Arrêté du 26 juillet 2010 relatif aux modalités d'admission en deuxième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme, JORF nº 202 du 1er septembre 2010, texte nº 36.

Arrêté du 20 mars 2012 fixant la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire, JORF nº 77 du 30 mars 2012, texte nº 34.

Arrêté du 14 juin 2012 relatif au diplôme d'État de manipulateur d'électroradiologie médicale, JORF nº 159 du 10 juillet 2012, p. 11246, BO nº 6 du 15 juillet 2012,texte nº 11.

Arrêté du 5 juillet 2012 relatif au diplôme d'État de pédicure-podologue, JORF nº 161 du 12 juillet 2012, texte nº 3, BO Santé – Protection sociale – Solidarité nº 6 du 15 juillet 2012, p. 219.

Arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier anesthésiste, JORF nº 175 du 29 juillet 2012, texte nº 6, BO Santé – Protection sociale – Solidarité nº 6 du 15 juillet 2012, p. 219, ultérieurement modifié par l'arrêté du 19 mai 2016, JORF nº 119 du 24 mai 2016, texte nº 33.

Arrêté du 23 septembre 2014 modifiant l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute, JORF nº 225 du 28 septembre 2014, texte nº 13.

Arrêté du 15 octobre 2014 fixant au titre de l'année 2015 le nombre de postes offerts au concours réservé de recrutement de professeurs d'éducation physique et sportive, JORF nº 242 du 18 octobre 2014, texte nº 14.

Arrêté du 20 octobre 2014 relatif aux études en vue du certificat de capacité d'orthoptiste, JORF nº 291 du 17 décembre 2014, texte nº 16.

Arrêté du 12 décembre 2014 relatif à la formation en ostéopathie, JORF nº 289 du 14 décembre 2014, texte nº 29, BO Santé — Protection sociale — Solidarité nº 2015/1 du 15 février 2015, p. 80.

Arrêté du 13 mars 2015 portant nomination des membres de la Commission consultative nationale d'agrément des établissements de formation en ostéopathie, JORF nº 65 du 18 mars 2015, texte nº 55.

Arrêté du 16 juin 2015 relatif à l'admission dans les instituts préparant au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, JORF nº 140 du 19 juin 2015, texte nº 25.

Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, JORF nº 204 du 4 septembre 2015, texte nº 17, BO Santé — Protection sociale — Solidarité nº 8 du 15 septembre 2015, p. 39.

Arrêté du 31 décembre 2015 modifiant l'arrêté du 16 juin 2015 relatif à l'admission dans les instituts préparant au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, JORF nº 7 du 9 janvier 2016, texte nº 6.

Arrêté du 25 mai 2016 fixant le cadre national de la formation et les modalités conduisant à la délivrance du diplôme national de doctorat, JORF nº 122 du 27 mai 2016, texte nº 10.

Arrêté du 24 mars 2017 relatif aux modalités d'admission directe en deuxième ou troisième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme, JORF n° 94 du 21 avril 2017, texte n° 8.

Arrêté du 31 mars 2017 fixant la liste des dispositifs médicaux que les orthoptistes sont autorisés à prescrire, JORF n° 80 du 4 avril 2017, texte n° 15.

Arrêté du 17 avril 2018 modifiant l'arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, JORF n° 92 du 20 avril 2018, texte n° 20.

Arrêté du 8 novembre 2018 relatif à la liste des certifications fédérales autorisant la dispensation d'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée, JORF n° 276 du 29 novembre 2018, texte n° 43.

Arrêté du 13 décembre 2018 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier, JORF n° 290 du 15 décembre 2018, texte n° 15.

Arrêté du 8 janvier 2019 fixant les critères associés aux niveaux de qualification du cadre national des certifications professionnelles, JORF n° 7 du 9 janvier 2019, texte n° 13.

Arrêté du 16 avril 2019 fixant le nombre d'étudiants autorisés, selon les différentes modalités d'admission, à poursuivre en deuxième ou troisième année leurs études en médecine, odontologie, pharmacie et maïeutique à la rentrée universitaire 2019-2020, JORF n° 95 du 21 avril 2019, texte n° 12.

Arrêté du 16 juillet 2019 portant création de l'école universitaire de kinésithérapie en région Centre-Val de Loire (EUK-CVL) de l'université d'Orléans, JORF n° 218 du 19 septembre 2019, texte n° 19.

Arrêté du 6 décembre 2019 portant nomination au Conseil national des universités pour les disciplines de santé, JORF n° 299 du 26 décembre 2019, texte n° 143.

Arrêté du 17 janvier 2020 relatif à l'admission dans les instituts préparant au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, JORF n° 17 du 21 janvier 2020, texte n° 11.

Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle », JORF n° 58 du 8 mars 2020, texte n° 13.

Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle », JORF n° 58 du 8 mars 2020, texte n° 17.

Arrêté du 15 septembre 2020 modifiant l'arrêté du 10 juillet 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans les territoires sortis de l'état d'urgence sanitaire et dans ceux où il a été prorogé, JORF n° 226 du 16 septembre 2020, texte n° 24.

Arrêté du 27 mai 2021 modifiant l'arrêté du 6 mai 2021 fixant le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires aux diplômes d'État de masseur-kinésithérapeute et de psychomotricien au titre de l'année universitaire 2021-2022, JORF n° 123 du 29 mai 2021, texte n° 26.

6. Circulaires, décisions et autres (classement par ordre chronologique)

Circulaire du 17 août 1851 instituant un règlement modèle pour les écoles publiques, *in : L'enseignement du Français à l'école primaire – Textes officiels, Tome 1*, Paris, Institut national de recherche pédagogique, 1992, p. 176-178.

Circulaire aux recteurs sur l'enseignement de la gymnastique dans les établissements publics d'instruction, Bull. administratif du ministère de l'Instruction publique n° 201 du 9 mars 1869, t. XI, p. 267.

Ministère de la Guerre, *Règlement général d'Éducation physique, Méthode française,* Paris, Imprimerie nationale, 1928.

Instructions ministérielles du 1er octobre 1945 à l'usage des Professeurs et des Maîtres d'Éducation physique et Sportive [en ligne], [consulté le 28 avril 2018], http://projet-demeny.univ-fcomte.fr/pdf/1945-10-01.pdf/

Instructions ministérielles relatives à l'Éducation physique et sportives, BO du ministère de l'Éducation nationale n° 44 du 12 décembre 1985, supplément, p. 315.

Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, *Lettre de mission*, 20 mars 2003, *in :* BERLAND Yvon, *Coopération des Professions de santé : le transfert de tâches et de compétences*, Paris, La Documentation française, octobre 2003, 58 p.

Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, *Ostéopathie — Chiropractique, Compte rendu des réunions, Sous la présidence des Professeurs Guy Nicolas et Bertrand Ludes, 9 septembre 2003 – 13 février 2004* [en ligne], publié en octobre 2014, [consulté le 20 septembre 2018], http://www.afosteo.org/wp-content/uploads/2014/10/minutes-des-reunions-au-ministere-de-la-sante.pdf/

Décision du 11 mars 2005 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie, JORF n° 74 du 30 mars 2005, p. 5309.

Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, *États Généraux de l'Organisation de la Santé, Synthèse des travaux des 2 journées nationales (8 février et 9 avril 2008),* avril 2008, 23 p.

Circulaire DHOS/01 n° 2008-305 du 3 octobre 2008 relative aux décrets n° 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation, BO Santé – Protection sociale – Solidarités n° 10 du 15 novembre 2008, p. 221.

Ministère de la Santé et des Sports, Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, *Lettre de mission du 18 mai 2010* [en ligne], [consulté le 29 août 2018], http://www.smarnu.org/images/para/missionsurlesnouveauxmetiersensante.pdf/

Gouvernement de la République française, *Conseil des ministres du 10 octobre 2012* [en ligne], [consulté le 30 mai 2018], http://archives.gouvernement.fr/ayrault/gouvernement/la-pratique-des-activites-physiques-et-sportives-facteur-de-sante-publique.html/

TOURAINE Marisol, FOURNEYRON Valérie, *Communication en Conseil des ministres* [en ligne], 10 octobre 2012, [consulté le 6 juin 2018], http://sports.gouv.fr/IMG/pdf/1-texte_communication_en_conseil_des_ ministres.pdf/

Instruction nº DS/DSB2/SG/DGS/DS/DGCS/2012/434 du 24 décembre 2012 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures visant à promouvoir et développer la pratique des activités physiques et sportives comme facteur de santé publique, annoncées en conseil des ministres le 10 octobre 2012 [en ligne], [consulté le 10 juin 2018], http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/01/cir_36363.pdf/

Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, *Intégration au processus L.M.D. de la formation des masseurs-kinésithérapeutes* [en ligne], publié le 25 février 2013, [consulté le 2 septembre 2019], http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid68981/integration-au-processus-l.m.d.-de-la-formation-des-masseurs-kinesitherapeutes.html/

Décision nº 2013-94-001 du 6 mai 2013 portant agrément de l'Institut franco-européen de chiropraxie pour dispenser une formation en chiropraxie, BO Santé — Protection sociale — Solidarité nº 5 du 15 juin 2013, p. 101.

Ministère des Sports, *Plan national sport santé bien-être* [en ligne], publié en janvier 2014, [consulté le 7 juin 2018], http://sports.gouv.fr/pratiques-sportives/sante-bien-etre/Plan-national-sport-sante-et-bien-etre/article/Plan-national-sport-sante-et-bien-etre/

Gouvernement de la République française, *Compte rendu du Conseil des ministres du 15 octobre 2014* [en ligne], [consulté le 10 juillet 2018], https://www.gouvernement.fr/conseil-des-ministres/2014-10-15/sante/

Décisions portant agrément des écoles d'ostéopathie, JORF nº 157 du 9 juillet 2015.

Décisions portant agrément des écoles d'ostéopathie, JORF nº 59 du 10 mars 2016.

Instruction interministérielle nº DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L.1172-1 et D. 1172-1 à D. 1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée [en ligne], [consulté le 12 mars 2018], http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/04/cir_42071.pdf/

Ministère des Sports, *Activité physique et sportive, santé et qualité des finances publiques, Note d'analyse nº 11* [en ligne], 31 janvier 2018, [consulté le 12 mars 2018], http://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/sporteco_sportsantefinancespubliques2018.pdf/

Ministère de la Solidarité et de la Santé, Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, *L'universitarisation des formations en santé, Dossier de presse* [en ligne], 14 mars 2018, [consulté le 3 septembre 2019], https://cache.media.enseignemensup-recherche.gouv.fr/file/Actus/55/8/DP_L_UNIVERSITARISATION_DES_FORMATIONS_EN_SANTE_912558.pdf/

Ministère des Solidarités et de la Santé, *Ma santé 2022, Un engagement collectif, Dossier de presse* [en ligne], 18 septembre 2018, [consulté le 19 mai 2019], https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf/

Gouvernement de la République française, *Présentation du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé en conseil des ministres* [en ligne], 13 février 2019, [consulté le 3 mars 2020], https://www.gouvernement.fr/conseil-des-ministres/2019-02-13/organisation-et-transformation-du-systeme-de-sante/

Caisse primaire de l'Assurance maladie, *Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation*, BO Santé – Protection sociale – Solidarités nº 3 bis du 15 avril 2019.

Ministère des Solidarités et de la Santé, *Pacte de refondation des urgences* [en ligne], 9 septembre 2019, [consulté le 6 mars 2020], https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/_urgences_dp_septembre_2019.pdf/, 20 p.

Ministère des Sports, Ministère des Solidarités et de la Santé, *Les Maisons Sport-Santé, Dossier de presse* [en ligne], janvier 2020 [consulté le 10 août 2021], https://www.irbms.com/wp-content/uploads/2020/01/maisons-sport-sante-dossier-de-presse-2020.pdf/

Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, *Qualification de droit commun, Liste des qualifiés 2020 aux fonctions de professeur des universités* [en ligne], publié le 25 septembre 2020, [consulté le 22 octobre 2020], https://www.galaxie.enseignementsup-recherche.gouv.fr/ensup/qualification/Resultats_2020/qualifiesPR2020.pdf/

Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, *Qualification de droit commun, Liste des qualifiés 2020 aux fonctions de maître de conférences* [en ligne], publié le 25 septembre 2020, [consulté le 22 octobre 2020], https://www.galaxie.enseignementsup-recherche.gouv.fr/ensup/qualification/Resultats_2020/qualifiesMCF2020.pdf/

Instances professionnelles

1. Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes (classement par ordre chronologique)

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Les masseurs-kinésithérapeutes réfléchissent ensemble sur l'avenir de leur profession* [en ligne], publié le 2 mai 2010, [consulté le 30 octobre 2018], https://www.ordremk.fr/actualites/ordre/les-masseurs-kinesitherapeutes-reflechissent-ensemble-sur-lavenir-de-leur-profession/

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Commission « Ostéopathie », L'ostéopathie et le statut du masseur-kinésithérapeute (MKO)* [en ligne], publié en décembre 2010, https://deuxsevres.ordremk.fr/files/2011/04/Rapport_commission_osteopathie_Statut_masseur-kinesitherapeute_osteopathe.pdf/

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Rapport Hénart : Communiqué du Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes* [en ligne], publié le 15 février 2011, [consulté le 9 février 2019], http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2011/0/Communiqu%C3%A9-CNOMK-Rapport-H%C3%A9nart-15-02-2011.pdf/

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Référentiel du métier et des compétences des masseurs-kinésithérapeutes* [en ligne], publié le 20 avril 2011, https://ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/05/referentiel.pdf/, 32 p.

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Avis n° 2012-03 relatif à la fasciathérapie* [en ligne], publié le 22 juin 2012, https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/05/AVIS-CNO-n2012-03.pdf/

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Avis n° 2012-04 relatif aux diplômes, titres et spécificités* [en ligne], publié le 22 juin 2012, https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/05/AVIS-CNO-n2017-01.pdf/

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Le référentiel du masseur-kinésithérapeute (MK) et du masseur-kinésithérapeute ostéopathe (MKO)* [en ligne], publié le 12 octobre 2012, https://ordremk.fr/wp-content/uploads/2012/12/le-referentiel-2013.pdf/, 220 p.

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Le référentiel de la profession* [en ligne], publié en décembre 2012, http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2012/12/Le-r%C3%A9f%C3% A9rentiel.pdf/, 220 p.

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Communiqué du Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes* [en ligne], publié le 28 janvier 2013, [consulté le 2 septembre 2018], http://vendee.ordremk.fr/files/2013/01/CNOMK-Communiqu%C3%A9-arbitrage-ministeriel-%C3%A9tudes-de-MK-28-01-2013.pdf/

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Masseurs-kinésithérapeutes et intervenants en activité physique adaptée. Quelles compétences respectives ? Quels domaines d'activité ?* [en ligne], publié le 30 janvier 2013, [consulté le 2 juin 2018], http://www.cdomk59.fr/wp-content/uploads/2014/10/OMKcommuniqu%C3%A9-APA-30-01-2013.pdf/

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Avis nº 2013-02 relatif à la microkinésithérapie*, [en ligne], publié en 21 mars 2013, https://ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/05/AVIS-CNO-n2013-02.pdf/

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Avis nº 2013-03 relatif à la kinésiologie* [en ligne], publié le 20 juin 2013, https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/05/AVIS-CNO-n2013-03.pdf/

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Arbitrage ministériel sur la réingénierie de la formation des MK*, Bull. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, 2e trimestre 2013, nº 23, p. 19.

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Avis nº 2014-03 relatif à la biokinergie* [en ligne], publié le 25 juin 2014, https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/05/AVIS-CNO-n2014-03.pdf/

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Avis nº 2014-05 relatif aux fondements scientifiques* [en ligne], publié le 11 septembre 2014, https://ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/05/AVIS-CNO-n2014-05.pdf/

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Le Conseil d'État reconnaît l'interdiction faite aux masseurs-kinésithérapeutes de se prévaloir de la qualification en fasciathérapie* [en ligne], publié le 9 décembre 2014, [consulté le 20 novembre 2018], https://ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/10/cnomk-cp-fasciatherapie-09-12-2014.pdf/

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Avis nº 2014-06 relatif aux manipulations articulaires* [en ligne], publié le 18 décembre 2014, https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/05/AVIS-CNO-n2014-06.pdf/

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Avis nº 2015-02 relatif aux diplômes, titres et spécificités* [en ligne], publié le 25 juin 2015, https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/05/AVIS-CNO-n2017-01.pdf/

GUILLAUD Albin, DARBOIS Nelly, PINSAULT Nicolas et MONVOISIN Richard, *L'ostéopathie viscérale, Rapport Cortecs commandé par le Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes* [en ligne], publié en décembre 2016, https://ordremk.fr/wp-content/uploads/2018/03/osteopathie-viscerale-rapport-cortecs-2016.pdf/

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Rapport : Démographie des kinésithérapeutes, Une expansion incapable de répondre à la pénurie hospitalière et à la disparité ville/campagne* [en ligne], publié en septembre 2017, http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/09/rapport_demographie_2017.pdf/

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Les avis du Conseil national*, Bull. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, 3e trimestre 2015, nº 28.

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Sport sur ordonnance : Non à une kinésithérapie à deux vitesses !* [en ligne], publié le 26 novembre 2015, [consulté le 2 juillet 2018], https://www.ordremk.fr/actualites/kines/sport-sur-ordonnance/

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Avis nº 2016-01 relatif à l'ostéopathie crânienne* [en ligne], publié le 24 mars 2016, https://ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/05/AVIS-CNO-n2016-01.pdf/

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Avis nº 2016-02 relatifs aux dérives thérapeutiques* [en ligne], publié le 24 mars 2016, https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/05/AVIS-CNO-n2016-02.pdf/

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Guide d'information et de prévention contre les dérives thérapeutiques* [en ligne], publié le 14 septembre 2016, https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2016/09/GUIDE-derives-therapeutiques.pdf/, 17 p.

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Pour le Gouvernement, les professeurs de sport ne peuvent en aucun cas remplacer des masseurs-kinésithérapeutes* [en ligne], publié le 11 octobre 2016, [consulté le 21 février 2018], http://www.ordremk.fr/actualites/kines/pour-le-gouvernement-les-professeurs-de-sport-ne-peuvent-en-aucun-cas-remplacer-des-masseurs-kinesitherapeutes/

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Prescription d'activités physiques adaptées aux patients en ALD, L'Ordre salue un décret d'application qui garantit la sécurité des patients* [en ligne], publié le 20 décembre 2016, [consulté le 22 novembre 2019], https://www.ordremk.fr/actualites/ordre/prescription-dactivites-physiques-adaptees-a-des-patients-en-ald/

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Modèle de contrat de travail d'un intervenant en activité physique adaptée* [en ligne], publié le 16 janvier 2017, [consulté le 9 août 2018], http://www.contrats.ordremk.fr/2017/12/modele-de-contrat-de-travail-dun-intervenant-en-activite-physique-adaptee-cdi-a-temps-complet/

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Nos propositions pour la présidentielle* [en ligne], publié le 2 février 2017, [consulté le 30 octobre 2018], https://ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/04/brochure_presidentielle_interactif.pdf/

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Patient en ALD : APA et bilan kiné dans le parcours de soin* [en ligne], publié le 1er mars 2017, [consulté le 23 février 2018], http://www.ordremk.fr/actualites/ kines/patient-en-ald-apa-et-bilan-kine-dans-le-parcours-de-soin/

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Avis nº 2017-01 du 22 mars 2017 modifiant l'avis du 25 juin 2015 qui a modifié l'avis du 22 juin 2012 et relatif aux diplômes, titres et spécificités* [en ligne], publié le 22 mars 2017, https://ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/05/AVIS-CNO-n2017-01.pdf/

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Liste des Instituts de formation en masso-kinésithérapie* [en ligne], publié en avril 2017, [consulté le 1er mars 2019], http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/04/liste-des-instituts-de-formation-en-masso-kinesitherapie.pdf/

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Accès direct en kinésithérapie : le cas de l'urgence* [en ligne], publié le 2 mai 2017, [consulté le 30 octobre 2018], https://www.ordremk.fr/actualites/ordre/acces-direct-en-kinesitherapie-le-cas-de-lurgence/

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Publication au BO du ministère de la Santé de l'obtention du niveau 1 français, niveau 7 européen, du diplôme de masseur-kinésithérapeute* [en ligne], publié le 18 mai 2017, [consulté le 6 septembre 2019], https://www.ordremk.fr/actualites/etudiants/publication-au-bulletin-officiel-du-ministere-de-la-sante-de-lobtention-du-niveau-1-francais-niveau-7-europeen-du-diplome-de-masseur-kinesitherapeute/

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Pour une kinésithérapie qui répond aux besoins de la population, Les propositions de l'Ordre* [en ligne], publié en juin 2017, [consulté le 30 ctobre 2018], https://ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/10/brochure-presidentielle.pdf/

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Avis n° 2017-02 du 14 juin 2017 relatif à la pratique par un kinésithérapeute de la « puncture kinésithérapique par aiguille sèche »* [en ligne], publié le 14 juin 2017, https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/05/avis-cno-n2017-02-_-cno-14-et-15-juin-2017-relatif-a-la-pratique-de-la-ponction-seche.pdf/

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Notice de mise en œuvre de l'Activité Physique Adaptée par les masseurs-kinésithérapeutes* [en ligne], publié le 4 octobre 2017, http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/10/plaquette-apa-kine.pdf/

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Téléchargez les affiches de la campagne de l'Ordre "Mon kiné, partenaire santé de ma performance et de ma pratique sportive !"* [en ligne], publié le 6 octobre 2017, [consulté le 23 février 2018], http://www.ordremk.fr/actualites/kines/telechargez-les-affiches-de-la-campagne-de-lordre-monkine-partenaire-sante-de-ma-performance-et-de-ma-pratique-sportive/

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Obtenez votre carte professionnelle d'éducateur sportif* [en ligne], publié le 17 octobre 2017, [consulté le 21 février 2018], http://www.ordremk.fr/actualites/kines/obtenez-votre-carte-professionnelle-deducateur-sportif/

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Accès partiel à la profession de masseur-kinésithérapeute* [en ligne], publié le 7 novembre 2017, [consulté le 10 juillet 2019], http://www.ordremk.fr/actualites/ordre/acces-partiel-a-la-profession-de-masseur-kinesitherapeute/

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Lombalgie : #bienbougeravecmonkine* [en ligne], publié le 8 février 2018, [consulté le 23 février 2018], http://www.ordremk.fr/actualites/kines/lombalgie-bienbougeravecmon kine/

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Les kinésithérapeutes : acteurs clés du système de santé d'aujourd'hui et de demain !* [en ligne], publié en mars 2019, [consulté le 9 septembre 2019], http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2019/03/omk_synthese-1.pdf/

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Rapport annuel d'activité 2017* [en ligne], publié en août 2018, http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2018/08/rapport-dactivite-2017.pdf/

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Proposition d'arbitrage interministériel sur la réforme de la formation initiale des kinésithérapeutes : des indicateurs positifs, mais encore trop d'incertitudes* [en ligne], publié le 19 novembre 2014, [consulté le 4 septembre 2019], https://www.ordre mk.fr/wp-content/uploads/2017/05/Newsletter-35.pdf/

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, Fédération national des étudiants en masso-kinésithérapie et Syndicat national des instituts de formation en masso-kinésithérapie, *La création d'une section sciences de la rééducation et de la réadaptation au Conseil national des universités, avancée majeure pour la kinésithérapie* [en ligne], publié le 31 octobre 2019, [consulté le 27 mai 2020], http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2019/10/cp-cnu-sciences-reeducation-readaptation-31-10-2019.pdf/

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Rapport annuel d'activité 2018* [en ligne], publié en août 2019, http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2019/08/rapport-annuel-cnomk-2018.pdf/

Observatoire de la démographie du Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Démographie des kinésithérapeute* [en ligne], publié le 23 mars 2021, [consulté le 15 juin 2021], https://www.ordremk.fr/actualites/kines/la-demographie-des-kinesitherapeutes-en-2020/

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Visioconférence : retrouvé le replay* [en ligne], publié le 19 mai 2021, [consulté le 29 juillet 2021], https://www.ordremk.fr/actualites/kines/visioconference-retrouvez-le-replay/

2. Académie nationale de médecine et Conseil national de l'Ordre des médecins (classement par ordre chronologique)

BLACHE Jean Gaston Marie, *Du traitement de la chorée par la gymnastique*, Bull. Académie nationale de médecine, Paris, 1855, t. XIX, p. 598-608.

KIRMISSON Édouard, *La prophylaxie des difformités physiques chez les enfants. L'inspection orthopédique scolaire de la ville de Bordeaux*, Bull. Académie nationale de médecine, Paris, 1912, t. LXVII, p. 368-372.

PIÉDELIÈVRE René, *Modifications à apporter aux arrêtés précisant les actes médicaux pouvant être exécutés par un auxiliaire médical qualifié*, Bull. Académie nationale de médecine, 1960, t. 144, p. 151-154.

PIÉDELIÈVRE René, *Sur les modifications à apporter aux arrêtés précisant les actes médicaux pouvant être exécutés par un auxiliaire médical qualifi*é, Bull. Académie nationale de médecine, 1960, t. 144, p. 439-440.

ARMAND-DELILLE Paul-Félix, *La pénurie d'infirmières soignantes dans les cliniques et la nécessité de créer un corps d'auxiliaires compétentes*, Bull. Académie nationale de médecine, Paris, 1961, t. 145, p. 616-617.

LAROCHE Claude, *Rapport au nom de la Commission XVII (Éthique des professions de santé) sur le projet de décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute*, Bull. Académie nationale de médecine, Paris, 1995, t. 179, p. 721-723.

LAROCHE Claude, *Avis de la Commission XV (Éthique et responsabilités professionnelles) sur le projet de décret n° 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute*, Bull. Académie nationale de médecine, 1996, t. 180, p. 2171-2173.

AUQUIER Louis, *Discussion*, Bull. Académie nationale de médecine, Paris, 2002, t. 187, p. 1512-1513.

Conseil national de l'Ordre des médecins, *À propos des nouveaux décrets réglementant la pratique de l'ostéopathie* [en ligne], publié le 3 avril 2007, [consulté le 20 août 2018], https://www.conseil-national.medecin.fr/article/propos-des-nouveaux-decrets-reglementant-la-pratique-de-l-osteopathie-605/

MENKES Charles-Joël, *L'ostéopathie n'est pas une discipline médicale*, Bull. Académie nationale de médecine, Paris, 2008, t. 192, p. 1675-1676.

LEBRETON-LEROUVILLOIS Gwénaëlle, Conseil national de l'Ordre des médecins, *Atlas de la démographie médicale en France, Situation au 1er janvier 2016* [en ligne], 2016, https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf/

MOURGUES Jean-Marcel, Conseil national de l'Ordre des médecins, *Profils comparés : 2007/2017 – Les territoires au cœur de la réflexion, Situation au 1er janvier 2017* [en ligne], 2017, https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017.pdf/

SIMON François, Conseil national de l'Ordre des médecins, *Maisons de santé interprofessionnelles et déontologie médicale, Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins du 12 décembre 2008* [en ligne], publié en décembre 2018, [consulté le 22 septembre 2018], https://www.conseil-national. medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/nvm4lm/maisons_de_sante_pluri professionnelles2012.pdf/

Conseil national de l'Ordre des médecins, Nouvelle profession médicale intermédiaire [en ligne], publié le 13 novembre 2020, [consulté le 26 juillet 2021], https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiques-presse/nouvelle-profession-medicale-intermediaire/

Jurisprudence

1. Jurisprudence constitutionnelle

Cons. const., 28 juillet 1993, n° 93-3225.

2. Jurisprudence judiciaire (classement par ordre chronologique)

T. corr. Nice, 5 juillet 1983.

CA Aix-en-Provence, 1er juillet 1985.

TGI Versailles, 12 mars 1992, Syndicat national des médecins ostéopathes c/ Syndicat des ostéopathes diplômés d'État en kinésithérapie.

Cass., 1re civ., 29 juin 1994, n° 92-14224, Bull. civ. n° 230, p. 167.

CA Paris, 1re ch., 29 janvier 1997, Syndicat des ostéopathes diplômés d'État en kinésithérapie.

Cass., Ch. mixte, 10 avril 1998, n° 97-13.137, Bull. civ. n° 475, p. 1.

Cass., ch. crim., 2 juin 2015, n° 14-81.419, non publié au bulletin.

TGI Nanterre, 7 décembre 2017, Syndicat national des médecins ostéopathes et Fédération des médecins de France c/ Réseau SantéClair.

Cass., 1re civ., 6 février 2019, n° 17-20.463, publié au bulletin.

3. Jurisprudence administrative (classement par ordre chronologique)

CE, ss-sect. réunies, 28 juillet 2000, n° 204024, Association France Nature Environnement, publié au recueil Lebon.

CE, 1re-6e ss-sect. réunies, 19 mai 2006, n° 280702-287514, SNOF — ROF — AFO — CEESO, mentionné dans les tables du recueil Lebon.

CE, réf., 7 mai 2007, n° 304554-304555, inédit au recueil Lebon.

CE, réf., 7 mai 2007, n° 304556-304557, inédit au recueil Lebon.

CE, réf., 9 mai 2007, n° 304558-304559, inédit au recueil Lebon.

CE, réf., 23 mai 2007, n° 305544, inédit au recueil Lebon.

CE, 1re-6e ss-sect. réunies, 23 janvier 2008, n° 304482-304483, inédit au recueil Lebon.

CE, 1re-6e ss-sect. réunies, 23 janvier 2008, no 304478-304479-304481-305545-305969-305980-305981-306004-306005-308110-309649, inédit au recueil Lebon.

CE, réf., 25 mars 2008, no 314318, inédit au recueil Lebon.

CE, réf., 25 mars 2008, no 314375, inédit au recueil Lebon.

CE, 1re-6e ss-sect. réunies, 8 octobre 2008, no 312843, inédit au recueil Lebon.

CE, réf., 19 novembre 2009, no 332772, inédit au recueil Lebon.

CE, 1re-6e ss-sect. réunies, 24 septembre 2010, no 332391, publié au recueil Lebon.

CE, 1re-6e ss-sect. réunies, 17 novembre 2010, no 332771, inédit au recueil Lebon.

CE, 4e-5e ss-sect. réunies, 16 mai 2012, no 345087-345088, inédit au recueil Lebon.

CE, 5e ss-sect., 8 décembre 2014, no 364750, inédit au recueil Lebon.

CE, 4e-5e sect. réunies, 23 mars 2016 no 387595, inédit au recueil Lebon.

CE, 4e ch., 23 décembre 2016, no 387493, inédit au recueil Lebon.

CE, réf., 12 mai 2017, no 409518, inédit au recueil Lebon.

CAA Paris, 8e ch., 7 décembre 2017, no 15PA02819.

CE, 20 juin 2018, no 408350-408553-410994, inédit au recueil Lebon.

Sites internet

Académie nationale de médecine, *Dictionnaire* [en ligne], http://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php/

Assemblée nationale, *Biographie de GastonVidal* [en ligne], [consulté le 18 avril 2018], http://www2.assemblee-nationale.fr/sycomore/fiche/%28num_dept%29/7365/

Assemblée nationale, *Fiche de synthèse n° 51 : Les questions* [en ligne], [consulté le 14 novembre 2019], https://www2.assemblee-nationale.fr/decouvrir-l-assemblee/role-et-pouvoirs-del-assemblee-nationale/les-fonctions-de-l-assemblee-nationale/les-fonctions-de-controle-et-l-information-des-deputes/les-questions/

Association française d'ostéopathie, *Code de déontologie de la profession d'ostéopathe* [en ligne], publié en octobre 2014, [consulté le 10 août 2021], https://www.afosteo.org/wp-content/uploads/2014/10/Code-de-deontologie-des-Osteopathes.pdf/

Association française de chiropraxie, *Annulaire* [en ligne], [consulté le 21 juillet 2018], https://annuaire.chiropraxie.com/

Association française de chiropraxie, *Vos questions sur la chiropraxie* [en ligne], [consulté le 12 juin 2021], https://www.chiropraxie.com/questions-sur-la-chiropraxie/

Association française des ostéopathes, *Liste ADELI des Ostéopathes au 16 mars 2011* [en ligne], publié en mars 2016, [consulté le 4 octobre 2018], http://www.afosteo.org/wp-content/uploads/2014/10/liste-ADELI-mars-2011.pdf/

Association nationale des étudiants en STAPS, *Quelques chiffres* [en ligne], [consulté le 16 juillet 2021], https://anestaps.org/

BARBIN Jean-Marc, CAMY Jean, COMMUNAL David *et al.*, SFP-APA, *Référentiel d'activité et de compétences de l'Enseignant en activité physique adaptée* [en ligne], publié en août 2015, https://www.sfp-apa.fr/assets/fichiers/blog/1146/R%C3%A9f%C3%A9rentiel%20M%C3%A9tier%20Enseignant%20en%20APA.pdf/

BIZARD Frédéric, *Analyse historique et économique de la médecine libérale de la révolution à nos jours* [en ligne], publié le 13 avril 2012, [consulté le 24 mai 2021], https://www.fredericbizard.com/analyse-historique-et-economique-de-la-medecine-liberale-de-la-revolution-a-nos-jours/

BOUTIN Jean-Louis, *L'argument historique des médecins* [en ligne], [consulté le 28 juillet 2018], https://www.osteopathie-france.fr/l-osteopathie/comprendre-losteopathie/osteo-cranien/mise-en-cause/148-argumentmedecin/

BOUTIN Jean-Louis, *Les manipulations vertébrales* [en ligne], [consulté le 20 septembre 2018], https://www. osteopathie-france.fr/essai/articles-sites/761-manipulations-vertebrales/

Caisse primaire de l'Assurance maladie, *Données relatives à l'ensemble des bénéficiaires du dispositif des ALD* [en ligne], [consulté le 11 mars 2018], https://www.ameli.fr/ l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/ prevalence-des-ald-en-2016.php/

CANTELÉ Benjamin, *Code de déontologie pour l'enseignant en Activité Physique Adaptée* [en ligne], [consulté le 6 août 2018], https://www.sfp-apa.fr/actualites/les-articles/code-de-deontologie-pour-l-enseignant-en-activite-physique-adaptee.html/

Centre national de ressources textuelles et lexicales, *Definition* [en ligne], http://www.cnrtl.fr/ definition/

COLLET Lionel, « Table ronde n° 1 – Nouvelles professions de santé et exercices médicaux des professions » , *in* : Conseil d'État, *Les Entretiens de droit social : Les professions de santé de demain* [en ligne], colloque du 7 février 2020, [consulté le 10 août 2021], https://www.conseil-etat.fr/ actualites/colloques-seminaires-et-conferences/a-re-voir-les-entretiens-de-droit-social-les-professio ns-de-sante-demain/

Commission nationale de la certification professionnelle, *Licence Mention Sciences et techniques des activités physiques et sportives parcours type « Activité Physique Adaptée et Santé » (fiche nationale)* [en ligne], [consulté le 13 mai 2018], http://www.rncp.cncp.gouv.fr/grand-public/ visualisationFiche?format=fr&fiche=24540/

Commission nationale de la certification professionnelle, *Master Mention « STAPS : activité physique adaptée et santé »* [en ligne], [consulté le 13 mai 2018], http://www.rncp.cncp.gouv.fr/ grand-public/visualisationFiche?format=fr& fiche=25866/

Commission nationale de la certification professionnelle, *Master STAPS : Activité Physique Adaptée et santé* [en ligne], [consulté le 13 mai 2018], http://www.rncp.cncp.gouv.fr/grand-public/visualisation Fiche?format=fr&fiche=16416/

Commission nationale des certifications professionnelles, *Supplément descriptif du certificat relatif à la profession de masseur-kinésithérapeute* [en ligne], [consulté le 8 mai 2018], http://www.rncp. cncp.gouv.fr/grand-public/visualisationFiche?format=euro&fiche=4859/

Compagnie nationale des experts judiciaires en médecine ostéopathique, *Code de déontologie* [en ligne], publié en février 2015, [consulté le 10 août 2021], http://cnejmo.fr/b/

Conférence des directeurs et doyens de STAPS, *Convention de partenariat entre la Conférence des directeurs et doyens de STAPS (C3D STAPS) et la Conférence des doyens de Pharmacie, "Organiser et promouvoir l'activité physique pour la santé dans le domaine universitaire, du soin et de la recherche"* [en ligne], [consulté le 15 mai 2018], https://c3d94585005.files. wordpress.com/2017/11/convention_de_partenariat_c3d_cdp.pdf/

Conférence des directeurs et doyens de STAPS, *Livre Blanc de Malte, Programme de développement quadriennal 2008-20 1 1* [en ligne], 200 8 , [consulté le 16 mai 2018], http://www.youscribe.com/Book Reader/Index/531649/?documentId=502772/

Conférence des directeurs et doyens STAPS, *STAPS : 3200 places supplémentaires, 90 créations de postes d'enseignants* [en ligne], publié le 22 janvier 2018, [consulté le 7 mai 2018], https://c3d-staps.fr/2018/02/06/staps-3200-places-supplementaires-90-creations-de-postes-denseignants/

Conférence des doyens des Facultés de médecine, *Propositions de la Conférence des Doyens de médecine aux candidats à la Présidence de la République* [en ligne], publié le 20 février 2017, [consulté le 1er mars 2020], https://www.apmnews.com/documents/201702231635220.Propositions_de_la_conference_des_Doyens_de_medecine_aux_candidats_a_la_Presidence_de_la_Republique.docx/

École nationale de kinésithérapie et de rééducation, *Admission* [en ligne], [consulté le 29 août 2019], http://www.hopitaux-saint-maurice.fr/Formation-initiale/2/146/

European Committee for Standardization, *Osteopathic healthcare provision* [en ligne], 8 juillet 2015, [consulté le 5 octobre 2018], EN-16686:2015, https://www.boutique.afnor.org/

Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs, *Pour une réingénierie du diplôme à la hauteur des enjeux : le grade de MASTER* [en ligne], publié le 22 novembre 2013, [consulté le 3 septembre 2019], https://www.ffmkr.org/actualites/nos-actualites/22-nov-2013-pour-une-reingenierie-du-diplome-a-la-hauteur-des-enjeux-le-grade-de-master/

Fédération national des orthophonistes, *Recherche : le conseil d'administration vote pour la création d'une section de CNU « Sciences orthophoniques »* [en ligne], publié le 22 juillet 2019, [consulté le 27 juillet 2020], https://fno.fr/actualites/pratiques-professionnelles/le-conseil-d administration-vote-pour-la-creation-dune-section-de-cn u-sciences-orthophoniques/

FNEO, UNADREO, CFO, CCFUO, *Pour une filière doctorale en orthophonie* [en ligne], publié le 3 mai 2019, [consulté le 12 juin 2020], https://www.capcampus.com/sante-461/pour-une-filiere-doctorale-en-orthophonie-a42221.html/

Haute Autorité de Santé, *Prévention* [en ligne], [consulté le 4 juillet 2018], https://www.has-sante.fr/jcms/c_410178/fr/prevention/

HOARAU Sarah et SOYEZ-LOZAC'H Bréwal, *Sport Santé : Les étudiants prônent la complémentarité* [en ligne], publié le 8 décembre 2015, [consulté le 2 juillet 2018], http://anestaps.org/communique-de-presse-sport-sante/

Institut de formation en masso-kinésithérapie de Marseille, *Organisation (New), Changement de statuts – Mise à jour au 01/09/2018* [en ligne], publié le 1er septembre 2018, [consulté le 7 septembre 2019], https://www.ifmk-marseille.fr/organisation/

Institut franco-européen de chiropraxie, *Rapport annuel d'activité 2019-2020* [en ligne], [consulté le 14 juin 2021], https://www.ifec.net/rapport-annuel-dactivite/, 52 p.

International federation for adapted physical activity, *About IFAPA* [en ligne], [consulté le 13 mai 2018], http://ifapa.net/about-ifapa/

International federation for adapted physical activity, *Définition* [en ligne], [consulté le 15 mai 2018], http://ifapa.net/definition/

International federation for adapted physical activity, *Symposium intenational d'Activité Physique Adaptée (ISAPA), Proposition pour accueillir l'ISAPA, Guidelines* [en ligne], [consulté le 13 mai 2018], http://ifapa.net/wp-content/uploads/2018/01/ISAPA-Proposal-to-Host-Guidelines-Revised-1-23-2018.pdf/

LANCELOT Stéphane, *Accès direct à un kiné en cas d'entorse : des généralistes voient rouge à l'idée du député Mesnier* [en ligne], publié le 29 août 2019, [consulté le 6 mars 2020], https://www.le generaliste.fr/actu-pro/acces-direct-un-kine-en-cas-dentorse-des-generalistes-voient-rouge-lidee-du-depute-mesnier/

Maison de la thérapie manuelle, *Historique* [en ligne], [consulté le 2 août 2018], http://www.mtm-osteopathie.fr/historique/

Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, *Galaxie des personnels du supérieur* [en ligne], [consulté le 16 juin 2020], https://www.galaxie.enseignementsup-recherche.gouv.fr/ensup/Cand_elections_cnu2019.html/

Ministère des Sports, *Historique du/des ministère(s) en charge de la jeunesse et/ou des sports, Liste des ministres* [en ligne], [consulté le 18 avril 2018], http://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/liste_ministres_cs5.pdf/

Mutuelle générale de l'Éducation nationale, *Colloque "Activités physiques et sportives : un enjeu pour la santé", Dossier de presse* [en ligne], publié le 1er avril 2014, [consulté le 8 juin 2018], https://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/mgen_dp.pdf/

NAYRAC Clémence, *La mission sur l'évaluation des professions de santé rendra copie en juillet* [en ligne], publié le 5 mai 2021, [consulté le 11 août 2021], https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20210505-politique-de-sante-la-mission-sur-l-evolution?utm_campaign=EDITION_QUOTIDIENNE&utm_medium=Email&utm_source=ExactTarget

PIA Hémery, *151 nouvelles maisons sport-santé sont labellisée* [en ligne], publié le 22 mars 2021, [consulté le 26 juillet 2021], https://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20210322-qualite-151-nouvelles-maisons-sport-sante-sont-labellisees/

RAMSAY Karen, *LIBÉRAL : La FFPS rassemble les paramédicaux* [en ligne], publié le 29 juin 2017, [consulté le 18 septembre 2018], http://www.espaceinfirmier.fr/actualites/170829-liberal-la-ffps-rassemble-les-paramedicaux.html/

Registre des ostéopathes de France, *Champs d'application de l'ostéopathie* [en ligne], [consulté le 25 août 2018], https://www.osteopathie.org/100-pourquoi-consulter-champs-d-application-de-l-osteopathie.html/

Registre des ostéopathes de France, *Code de déontologie* [en ligne], publié en février 2021, [consulté le 10 août 2021], https://www.osteopathie.org/documents.php?url=annexe1_cdd_3601.pdf/

Registre des Ostéopathes de France, *La démographie des ostéopathes en France* [en ligne], [consulté le 12 juin 2021], https://www.osteopathie.org/demographie.html/

ROBILLARD Jérôme, *La proposition de création d'une profession médicale intermédiaire est abandonnée* [en ligne], publié le 25 novembre 2020, [consulté le 26 juillet 2021], https://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20201125-ressources-humaines-la-proposition-de-creation-d-une/

Société française des professionnels en Activité Physique Adaptée, *Code de déontologie de l'enseignant en Activité Physique Adaptée* [en ligne], publié en septembre 2018, [consulté le 16 juillet 2021], https://www.sfp-apa.fr/assets/fichiers/blog/2819/Code_de_deontologie_Enseignant%20en%20APA_SFP-APA.pdf/

Société française des professionnels en Activité Physique Adaptée, *L'Enseignant en activité physique Adaptée* [en ligne], [consulté le 28 mai 2018], https://www.sfp-apa.fr/activite-physique-adaptee/enseignant-en-activite-physique-adaptee.html/

Société française des professionnels en Activité Physique Adaptée, *Les commissions de spécialistes* [en ligne], [consulté le 28 mai 2018], https://www.sfp-apa.fr/sfp-apa/commissions-de-specialistes.html/

Société française des professionnels en Activité Physique Adaptée, *Statuts* [en ligne], [consulté le 23 mai 2018], https://www.sfp-apa.fr/sfp-apa/statuts.html/

Syndicat français des ostéopathes, *Code de déontologie de l'ostéopathe* [en ligne], publié en novembre 2018, [consulté le 10 août 2021], https://www.osteopathe-syndicat.fr/medias/page/22855-Code-de-deontologie-du-SFDO-novembre-2018.pdf/

Syndicat français des ostéopathes, *Historique du SFDO* [en ligne], [consulté le 2 août 2018], https://www.osteopathe-syndicat.fr/historique-syndicat-osteopathe/

Syndicat français des ostéopathes, *La démographie des ostéopathes en France* [en ligne], [consulté le 4 octobre 2018], https://www.osteopathe-syndicat.fr/osteopathie-france/

Syndicat français des ostéopathes, *Secret professionnel : De la fin de l'insécurité juridique des ostéopathes, ou le fruit d'un long travail pédagogique…* [en ligne], [consulté le 4 octobre 2018], http://www.osteopathe-syndicat.fr/osteopathe-secret-professionnel/

Université de Poitiers, *M2 Ingénierie de la rééducation, du handicap et de la performance motrice* [en ligne], [consulté le 29 août 2019], http://formations.univ-poitiers.fr/fr/index/master-XB/master-XB/master-staps-activite-physique-adaptee-et-sante-JAJF9BB0/parcours-ingenierie-de-la-reeducation-du-handicap-et-de-la-performance-motrice-JAJFB3TU.html/

Université Paris Sud, *Master Sciences de la motricité* [en ligne], [consulté le 29 août 2019], http://www.medecine.u-psud.fr/fr/formations/masters/m2-vieillissement-et-handicap.html/

Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, *M2 handicap neurologique* [en ligne], [consulté le 29 août 2019], https://www.universite-paris-saclay.fr/fr/formation/master/m2-handicap-neurologique-0#lieux-d-enseignement/

Index

Les numéros renvoient aux pages.

A

Activité de santé ….....….5, 6, 12, 13, 43, 45, 63, 65, 100, 105, 112, 116, 131, 144-146, 174-184, 187, 196-198, 201-203, 206, 208-215, 224, 270, 282, 290, 335, 338, 343, 345-347, 349, 357, 358, 362, 371, 374, 379-389, 391-395, 397, 398, 404, 405, 410, 411, 432, 443-448, 450-452, 454, 455, 459-464, 467, 481, 487, 492

Activité physique adaptée.....6, 8, 18, 20, 114-118, 131, 137, 140, 143, 145-147, 149, 150, 153, 155-159, 161-164, 166, 168, 170-172, 174-177, 179, 180, 183, 184, 187, 188, 190-193, 195-202, 205-208, 210, 215, 217-219, 222, 224, 236, 311, 317, 334, 336, 337, 375, 376, 378, 384, 398-400, 402, 408, 412-414, 420, 423, 431, 442

Activité physique et sportive ….....…...115-117, 131, 135-138, 140, 143-150, 155, 157, 165, 167-169, 179, 195, 203, 204, 207, 306, 399, 401, 409, 429, 431

Admission.....15, 304-309, 315-323

C

Champ.....

Champ d'intervention.....12, 13, 49, 50, 52-54, 69, 71, 158-161, 173, 179, 181-183, 207, 234, 285, 316, 317, 352, 353, 445, 450

Champ de pratiques.....9, 12, 13, 22-30, 32-39, 41-44, 47-58, 60-62, 69-71, 76-81, 91-97, 99, 100, 103-107, 109, 110, 112, 113, 117, 181, 206-211, 335, 445

Champ disciplinaire. ….....14, 18, 89, 117, 131, 134-136, 138, 140, 146-150, 179, 224, 315, 319, 332, 338, 339, 346, 364, 366-368, 374, 377-383, 385-389, 395, 396, 400-406, 408-412, 417-427, 429-434, 437, 438, 441-469, 472, 473, 476, 478-489, 492-493

Champ professionnel.....4-6, 8, 10, 11, 13, 14, 17, 20, 41-45, 47-56, 58, 59, 68-71, 74, 82, 83, 93, 98, 114, 115, 117, 118, 144, 146, 150, 153, 155, 157, 158, 184, 187, 195, 196, 207, 212, 233, 235-237, 239, 269, 274, 362, 387, 389, 393, 394, 411-415, 417, 419, 420, 432, 436, 443-453, 455-468, 480, 482-487, 490-492

Chiropraxie.....8-10, 30, 32, 60

Concurrence.....1, 6, 9, 11, 12, 14, 21, 24, 68, 69, 71, 74, 77, 92, 93, 95, 115, 134, 144, 145, 159, 161, 162, 174-179, 181, 183-188, 190-192, 196, 197, 205-207, 211, 214, 215, 218-222, 224, 236, 237, 249, 254, 317, 334, 378, 389, 392, 394, 410-414, 416-419, 421, 425, 430-432, 448, 449, 453, 491, 492

Confusion.....5, 12, 14, 18-23, 34, 41, 45, 48, 49, 51, 58, 59, 68-70, 74, 77, 78, 80, 82-84, 88, 90, 92, 93, 101, 106, 115, 175, 176, 181, 195, 196, 208, 236, 335, 347, 350, 389, 392, 394, 406, 411, 412, 420, 421, 423, 425, 431, 432, 449, 453, 454, 483, 491-493

D

Décloisonnement.....394, 415, 416, 483, 490-492, 499

Diagnostic.....

Diagnostic intermédiaire.....295, 296, 298

Diagnostic kinésithérapique.....75, 291, 292, 348, 349, 351, 360, 361, 365, 366, 369, 370, 373-375, 392, 447, 458, 479, 482

Diagnostic médical.....73, 204, 295-297, 357, 361, 366, 374, 375

Diagnostic professionnel.....376

Domaine de compétences….....12, 13, 21, 49, 50, 69, 71-76, 97, 100, 101, 152, 153, 158, 177, 179, 183, 191, 196, 198, 207, 298, 300-302, 340-343, 347-356, 358-360, 362-364, 369-371, 373, 376, 388, 390-394, 414, 416, 445, 446, 451, 457, 458, 462, 463, 481, 482, 485, 486, 488, 489

E

Éducation physique.....115-117, 119, 121-138, 141, 142, 149, 156, 494, 495

Enseignant en activité physique adaptée..... 6, 8, 18, 20, 114, 115, 117, 118, 131, 137, 140, 150, 153, 155, 156, 158, 159, 174, 175, 187, 196, 224, 236, 311, 317, 334, 336, 337, 376, 378, 400, 408, 412, 413, 420, 423

Exercice en pratique avancée.....239, 242-245, 385, 439, 440

F

Formation..... 9, 23, 25, 26, 28, 32, 34, 35, 37, 39, 41, 42, 44, 47, 51, 52, 55, 61, 66, 67, 70, 73, 79, 82, 83, 87-90, 93, 97, 101-104, 113, 121, 125, 126, 128-132, 134-136, 138, 139, 141, 143, 147, 152, 169, 187-189, 192-195, 204, 213, 220, 232, 233, 237, 239, 240, 243-245, 247, 249, 251-253, 264, 273, 274, 284, 289, 296, 302-304, 307, 309-313, 316-318, 320, 321, 325, 327, 328, 330, 331, 335, 336, 339, 352, 355, 361, 366, 368, 371, 427, 433-437, 440, 473-475

G

Grade.....

Grade de licence.....195, 326, 328-332

Grade de master.....102, 224, 264, 274, 303, 308, 318, 319, 322, 324-332, 334-339, 438

Gymnastique ….....14, 15, 17, 20, 74, 115-121, 123-129, 131, 132, 137, 138, 144, 177, 179-185, 203, 210, 211, 347, 348, 355, 414

I

Intermédiarité.....

Catégorie intermédiaire.....249, 271, 281, 491

Diagnostic intermédiaire.....295-298

Intermédiarité.....264, 266, 271, 273, 281, 290

Métier en santé de niveau intermédiaire ….....225-228, 230-240, 242-244, 247, 248, 250, 252-255, 261-264, 266, 273-277, 279-281, 290, 294-299, 302, 323, 425, 439, 440, 491, 492

M

Manipulation.....….....26-30, 37-39, 49, 55, 57, 58, 69, 71, 72, 77-82, 91, 92, 105-108, 377

Mission.....

Mission en santé publique….....3, 4, 11, 12, 14, 27, 29, 30, 43, 44, 47, 60, 64, 73, 75, 76, 80, 83, 84, 86, 87, 91, 92, 107, 108, 115, 140, 159, 160, 163-169, 177, 180, 181, 184, 187, 193-195, 198, 199, 201-204, 207-211, 214, 215, 217, 218, 220, 221, 225, 239-241, 244, 251, 254, 267, 269-271, 273, 278, 279, 282-286, 292, 293, 295, 300, 302, 312, 326, 335, 337, 341-347, 349-354, 356, 357, 359-364, 366-373, 375, 376, 382-387, 392, 393, 397, 403, 416, 427-429, 435, 447, 451, 455, 457-459, 481-485, 488, 489, 493

Mission thérapeutique.....351-353, 357, 359-361, 369, 372, 373, 375, 458, 482, 483

Mobilisation ….....30, 37, 49, 69, 77, 79-82, 91, 106, 107, 149, 165, 361, 366, 367, 374, 377, 459, 475, 483, 485, 489

O

Ordre.....

Ordre des masseurs-kinésithérapeutes ….....69, 92, 93, 95, 99, 102, 105, 109, 110, 173, 186, 187, 192-194, 202, 219, 235, 327, 328, 331, 334, 362, 363, 413, 435, 436

Ordre des médecins.....28, 35, 64, 83-85, 101, 228, 294

Organisation.....

Organisation de la dispensation des soins en santé….....140, 145, 163, 227, 245, 246, 249, 254, 257, 280-282, 286, 290, 293-296, 298, 394, 476, 478

Organisation des professions de santé….....2, 10, 14, 226, 231-233, 248, 249, 265, 266, 270, 271, 273, 275, 277, 280, 281, 284, 298, 322, 349, 380-382, 388, 492

Organisation du système de santé….....224, 264, 267, 290, 347, 385, 386, 391, 414, 415

Ostéopathie.....

Ostéopathe.....6, 8, 9, 18, 20-24, 27, 29, 31, 33-35, 37-64, 66-77, 80-90, 92, 93, 95-108, 110, 112-114, 208, 222, 224, 236, 311, 327, 334-336, 375, 376, 378, 412, 413, 420-422, 437

Ostéopathie..... 4, 9, 23-45, 47-67, 70, 72-74, 77-83, 87-93, 95-110, 112, 113, 327, 328, 334-336, 374-376, 420-422

P

Parcours.....

Parcours de santé.....264, 283, 289, 298

Parcours de soins.....173, 184, 195, 202, 204, 217, 234, 244, 283, 298

Prescription.....53, 57-59, 63, 64, 70, 101, 115, 140, 163, 168, 170-173, 175-177, 183, 184, 186, 189, 192, 197, 199, 200, 202-204, 212-214, 217, 221, 244, 245, 269, 270, 272, 281, 291-293, 295-297, 337, 344, 357, 364, 365, 367, 375, 383, 384, 388, 390, 392, 414, 440, 471, 474, 477-480

Protocole de coopération.....242, 243, 248, 250, 251, 387, 430, 469, 470

R

Réforme.....18, 74, 88, 93, 104, 121, 126, 138, 146, 224-226, 228, 230, 232, 233, 238, 239, 264-266, 271, 273, 275, 280-282, 286, 298-300, 302-304, 308-312, 314, 315, 321-324, 326-328, 335, 336, 341, 342, 346, 351, 354, 358, 359, 369, 371, 377, 378, 380, 381, 388-395, 405, 411, 414, 415, 423, 427, 435, 438, 450, 463, 476, 492

S

Sciences de la rééducation et de la réadaptation.….....140, 224, 339, 378, 380, 386, 395-410, 412, 413, 417-419, 421, 423-425, 430-433, 438, 442, 447, 448, 452-454, 460-466, 484, 486-489

U

Université.....

Conseil national des universités..... 135, 378, 396-403, 405, 408, 413, 417, 423, 430, 432, 453, 454, 465, 484

Diplôme.....312, 316

Discipline.....116, 131, 136, 137, 407, 408, 421

Enseignants-chercheurs.....133, 149, 240, 303, 310-312, 315, 318-320, 323, 339, 399, 407-409, 421, 423, 425, 430-432, 448, 451-454, 464, 466, 483

Études.....5, 138, 141, 241, 303, 315-320, 327, 438

Filière.....149, 189, 212, 232, 234, 239

Grade.....102, 137, 139, 140, 195, 224, 264, 303, 309, 324-330, 335-337

Intégration.....137, 300, 303, 310, 313, 433, 434

Recherche ….....6, 25, 132, 135, 140, 149, 195, 319, 407-409, 418, 419, 421, 423-432, 451, 453, 460, 461, 465, 483, 484, 487-489

Statut.....131, 137, 148, 274, 304, 313, 487

Système..... 89, 102, 117, 131, 132, 136, 137, 146-148, 239, 300, 302-304, 306, 310, 314, 316, 324, 325, 336, 419, 425, 433, 434, 437, 438, 455, 464

Université….....65, 66, 132, 135, 137, 139, 141, 143, 147, 152, 156, 218, 224, 303-306, 309, 310, 312-319, 324, 339, 374, 378, 396, 397, 399-402, 404, 405, 408, 410, 413, 417-419, 428-430, 438, 448, 474, 493

Table des matières

Introduction....1

Première partie : De la confusion du masseur-kinésithérapeute....19

Titre 1 : De la confusion du masseur-kinésithérapeute et de l'ostéopathe....21

Chapitre 1 : L'histoire d'une confusion....22

Section 1 : L'histoire agitée d'un champ de pratiques....23

Paragraphe 1 : L'interdiction d'exercice arrêtée à l'encontre des masseurs-kinésithérapeutes, véritables auteurs de l'introduction du champ de pratiques ostéopathique dans le paysage de santé français....24

A. L'introduction du champ de pratiques ostéopathique dans le paysage de santé français....24

a) Une vaine tentative d'introduction conduite par des membres du corps médical 25

b) Une diffusion réussie par un masseur-kinésithérapeute....26

B. Une interdiction d'exercice arrêtée à l'encontre des masseurs-kinésithérapeutes. 28

a) Une première interdiction relative au port de titre ou qualificatif....28

b) Une seconde interdiction relative à l'exercice de l'ostéopathie....29

Paragraphe 2 : Le développement du champ de pratiques ostéopathique au sein du corps des masseurs-kinésithérapeutes....32

A. Les modalités de développement du champ de pratiques ostéopathique par les masseurs-kinésithérapeutes....33

a) Le développement subreptice de déclinaisons du champ de pratiques ostéopathique....33

b) Du développement ostensible du champ de pratiques ostéopathique....35

B. Une confrontation au sujet de la pratique du champ ostéopathique....36

a) Un développement inducteur d'une confrontation autour de la licéité de l'objet syndical....37

b) Une confrontation autour de la nécessité d'instituer un cadre légal pour l'ostéopathe....38

Paragraphe 3 : La consécration du champ de pratiques au travers de l'usage du titre d'ostéopathe et l'intensification subséquente des revendications des ostéopathes exclusifs....41

A. Un titre détaché de tout champ professionnel déterminé....42

a) La consécration du titre d'ostéopathe....42

b) L'absence délétère de champs professionnels déterminés....43

B. L'intensification des revendications des ostéopathes exclusifs consécutive à l'édiction des décrets d'application de l'article 75 de la loi du 4 mars 2002.....45
a) De l'attente des décrets d'application de l'article 75 de la loi du 4 mars 2002. 45
b) L'intensification des revendications des ostéopathes exclusifs.....47
Section 2 : Une confusion consécutive à une distinction inaboutie des champs professionnels.....49
Paragraphe 1 : Des champs ostéopathiques difficiles à distinguer.....50
A. La difficile différenciation des champs d'intervention et de pratiques.....50
a) L'enchevêtrement jurisprudentiel des champs de pratiques et d'intervention ostéopathiques.....51
b) Une difficulté inhérente à l'ostéopathie, telle que conceptualisée par les ostéopathes exclusifs.....53
B. La variabilité du champ de pratiques ostéopathique susceptible d'être mis en œuvre.....54
a) La variabilité du champ de pratique ostéopathique, nouvelle source de confrontations entre les corps professionnels.....55
b) Une mise en œuvre intégrale réservée aux membres du corps médical.....57
Paragraphe 2 : Une confusion préservée par le rattachement dénié de l'ostéopathie à l'activité médicale.....59
A. La modification de la doctrine médicale relative au rattachement de l'ostéopathie à l'activité médicale.....60
a) L'échec d'un rattachement juridique.....60
b) Une modification doctrinale consécutive à l'entrée en vigueur de la loi du 4 mars 2002.....62
B. L'abandon total de la doctrine visant le rattachement de l'ostéopathie à l'activité médicale.....63
a) L'abandon total de la doctrine médicale relative au rattachement de l'ostéopathie à l'activité médicale.....64
b) Un abandon précipité au regard de la reconnaissance implicite du particularisme de l'enseignement de l'ostéopathie délivré dans les Facultés de médecine.....65

Chapitre 2 : Une confusion persistante, source d'une concurrence entre les corps professionnels.....69
Section 1 : La confusion actuelle des champs professionnels masso-kinésithérapiques et ostéopathiques.....70
Paragraphe 1 : La difficile distinction des champs professionnels du masseur-kinésithérapeute et de l'ostéopathe.....71
A. Le caractère indistinct des domaines de compétences.....71
a) La consistance incertaine du domaine de compétences de l'ostéopathe.....72

b) La confusion des domaines de compétences masso-kinésithérapique et ostéopathique....74
B. Le caractère indistinct des champs de pratiques....77
a) De la consistance de la manipulation, acte emblématique et supposé distinctif du champ de pratiques ostéopathique....77
b) La mobilisation, acte générique commun participant fortement à la confusion entre les champs de pratiques masso-kinésithérapique et ostéopathique....80
Paragraphe 2 : Une confusion renforcée par le rapprochement des modalités d'exercice et de formation des corps professionnels....83
A. Le rapprochement progressif des modalités d'exercice des corps professionnels. 83
a) Un rapprochement freiné précocement par le Conseil national de l'Ordre des médecins....84
b) Un rapprochement fortement amorcé....86
B. Le rapprochement des modalités de formation des corps professionnels....88
a) Le rapprochement matériel et institutionnel des formations....88
b) Un rapprochement participant nettement à la confusion du masseur-kinésithérapeute et de l'ostéopathe, tel qu'exprimé dans la jurisprudence de la Cour de cassation....90
Section 2 : Une concurrence assumée par les membres du Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes....93
Paragraphe 1 : Une doctrine ordinale visant l'appropriation du champ de pratiques ostéopathique par les masseurs-kinésithérapeutes....95
A. Une appropriation au travers de l'adjonction du titre d'ostéopathe....95
a) Une appropriation légitimée par la nature médicale de l'ostéopathie pratiquée par les masseurs-kinésithérapeutes....96
b) L'adjonction du titre d'ostéopathe sans conséquence sur l'unité du corps professionnel....98
B. Une appropriation par incorporation....99
a) Une incorporation du champ de pratiques ostéopathique à la masso-kinésithérapie justifiée pour le Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes....99
b) Une incorporation de la formation en ostéopathie dans les études préparatoires du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute....102
Paragraphe 2 : Une doctrine ordinale réalisant le démembrement du champ de pratiques ostéopathique....104
A. Des pratiques accréditées....105
a) Le crédit total accordé à la pratique de la manipulation articulaire....105
b) Le crédit nuancé accordé aux actes pratiqués sur les fascias....107
B. Des pratiques discréditées....109
a) La qualification de dérive thérapeutique au service d'un discrédit....110
b) Le discrédit jeté sur les approches les plus spécifiques de l'ostéopathie....112

Titre 2 : De la confusion du masseur-kinésithérapeute et de l'enseignant en Activité Physique Adaptée....115

Chapitre 1 : De l'histoire des Activités Physiques Adaptées....116
Section 1 : Du développement des Activités Physiques et Sportives en marge du système de santé....117
Paragraphe 1 : Du développement originel de la gymnastique scolaire....118
A. Le développement de la gymnastique scolaire sous la tutelle militaire....118
a) Une gymnastique sous tutelle militaire....119
b) L'atténuation de la tutelle militaire sur la gymnastique scolaire....121
B. Un développement ultérieur sous influence médicale....123
a) L'emprise du corps médical sur la gymnastique à visée thérapeutique....123
1. L'introduction de la gymnastique dans le milieu hospitalier....123
2. L'emprise fondatrice du corps médical sur les gymnastes médicaux....125
b) Le contrôle de la gymnastique dispensée dans le milieu scolaire....126
1. Un contrôle au travers de l'inspection orthopédique des enfants scolarisés 126
2. L'échec d'un contrôle absolu sur les enseignants d'Éducation Physique et les savoirs correspondants....128
Paragraphe 2 : Des avantages du développement de l'Éducation Physique en marge du système de santé....131
A. Un développement modelé par le système universitaire....131
a) L'intégration de l'Éducation Physique dans le système universitaire....132
b) L'autonomisation institutionnelle de l'Éducation Physique....133
c) La consécration des Sciences et techniques des Activités Physiques et Sportives 135
B. Une intégration universitaire pourvoyeuse d'attributs avantageux....136
a) Des attributs intrinsèquement liés aux diplômes délivrés....137
1. Des diplômes de qualité universitaire....138
2. Des diplômés en situation avantageuse par rapport aux masseurs-kinésithérapeutes....139
b) Des attributs extrinsèques aux diplômes universitaires....141
1. Un attribut extrinsèque tenant au nombre d'étudiants inscrits dans les filières STAPS....141
2. Un attribut extrinsèque tenant à la diversité des filières correspondantes...142
Section 2 : La mutation des Activités Physiques Adaptées en véritable activité de santé. 145
Paragraphe 1 : Du développement des Activités Physiques Adaptées dans le paysage sociétal français....146
A. Le développement efficace des Activités Physiques Adaptées....146
a) Le développement du champ disciplinaire relatif aux Activités Physiques Adaptées....147

1. Un champ disciplinaire d'envergure internationale.....147
2. Une envergure internationale préservatrice de la cohésion disciplinaire.…149
b) Le développement du corps des enseignants en Activité Physique Adaptée...150
1. Un développement professionnel permis par l'action de la Conférence des directeurs et doyens des Sciences et techniques des Activités Physiques et Sportives.....150
2. Une valorisation professionnelle entreprise par la Société française des professionnels en Activité Physique Adaptée.....153
B. Une histoire marquée par le rattachement précoce des Activités Physiques Adaptées au domaine de la santé.....155
a) Le rattachement des Activités Physiques Adaptées au domaine de la santé....155
1. Un rattachement permis par le renouvellement de la définition des Activités Physiques Adaptées.....156
2. L'appréhension élargie des Activités Physiques Adaptées.....157
b) L'intégration institutionnelle des enseignants en Activité Physique Adaptée.158
1. L'intégration des enseignants en Activité Physique Adaptée dans les structures de soins de suite et de réadaptation.....159
2. Une intégration inductrice d'une concurrence imposée aux masseurs-kinésithérapeutes.....161
Paragraphe 2 : L'intégration des Activités Physiques Adaptées dans le système de santé 163
A. L'appréhension distincte des notions de prévention et d'activité physique.....163
a) L'intégration de la prévention dans le Code de la santé publique.....164
b) L'inscription de l'activité physique dans des plans nationaux spécifiques.…165
B. L'appréhension conjointe des activités physiques et de la prévention.....167
a) La consécration de l'activité physique dans la politique de santé.....168
b) La consécration des Activités Physiques Adaptées dans le système de santé. 170
1. L'introduction âprement discutée des Activités Physiques Adaptées dans le système de santé.....170
2. La place discutée des masseurs-kinésithérapeutes dans le dispositif de prescription médicale d'Activité Physique Adaptée.....172

Chapitre 2 : Le dispositif de prescription médicale d'Activité Physique Adaptée, source de concurrence entre le masseur-kinésithérapeute et l'enseignant en Activité Physique Adaptée 175
Section 1 : Les Activités Physiques Adaptées, une activité de santé concurrente à la masso-kinésithérapie.....177
Paragraphe 1 : Une concurrence consécutive à une substitution de notions.....179
A. L'équivalence des notions à révéler.....179
a) L'équivalence des troubles concernés.....180
b) L'équivalence des champs d'intervention correspondants.....181

B. Une substitution à l'origine d'une concurrence entre les corps professionnels…183
a) Une concurrence entre les masseurs-kinésithérapeutes et les intervenants en Activités Physiques Adaptées.....183
b) Une concurrence à relativiser en raison de la différence de modalités de financement des soins correspondants.....184
Paragraphe 2 : Une concurrence dénoncée par le Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes.....187
A. Une concurrence révélée dans les questions au Gouvernement.....188
a) La notion d'Activité Physique Adaptée dans les questions au Gouvernement188
b) La révélation d'une concurrence imposée aux masseurs-kinésithérapeutes....190
B. Une concurrence à l'origine d'actions ordinales critiquables.....192
a) Des actions visant l'explicitation des compétences des masseurs-kinésithérapeutes en Activités Physiques Adaptées.....193
b) Des actions visant à diffuser l'idée de la nécessaire subordination juridique des autres intervenants en Activités Physiques Adaptées.....195
Section 2 : Les Activités Physiques Adaptées appréhendées comme objet de concurrence 197
Paragraphe 1 : De la consistance confuse des Activités Physiques Adaptées.....198
A. D'une définition juridique spécieuse des Activités Physiques Adaptées.....198
a) Une définition composée de formules futiles.....199
b) Les finalités indifférentes des Activités Physiques Adaptées.....200
B. De la difficulté à caractériser les Activités Physiques Adaptées.....201
a) Une dimension exclusivement préventive contestable.....202
b) Un rattachement à l'activité médicale récusable.....203
Paragraphe 2 : Une concurrence induite par l'exercice partagé d'une activité de santé nouvellement consacrée.....206
A. L'exercice partagé d'une activité de santé nouvellement consacrée.....206
a) L'exercice d'un champ de pratiques spécifique.....207
1. Un champ de pratiques spécifique au contenu imprécis.....207
2. Un champ de pratiques distinct des champs paramédicaux circonvoisins. .208
b) Un partage entre plusieurs corps professionnels.....210
1. Une habilitation plurielle délétère pour les relations professionnelles.....210
2. Un partage dilutif néfaste à la clarté du dispositif.....213
B. Une concurrence exacerbée par un partage inégalitaire.....214
a) Un partage réalisé en considération de la sévérité des limitations fonctionnelles 215
1. La difficile appréhension de la notion de sévérité.....215
2. Le partage inégalitaire de l'exercice des Activités Physiques Adaptées.....217
b) Une concurrence exacerbée entre les corps professionnels.....218
1. Une concurrence explicitée.....219
2. Une concurrence implicite.....220

Seconde partie : De la nécessaire évolution de la masso-kinésithérapie.....223

Titre 1 : Une évolution amorcée par la réforme de la profession de masseur-kinésithérapeute..225

Chapitre 1 : Une évolution déterminée par une proposition doctrinale préconisant la création de métiers en santé de niveau intermédiaire.....226

Section 1 : Une proposition doctrinale fondamentale.....228

Paragraphe 1 : Une proposition fondatrice de l'évolution des professions paramédicales 230

A. Une proposition méthodologique pragmatique.....230

a) Une méthode constituée de neuf propositions et trois étapes.....231

1. Neuf propositions cohérentes.....231

2. Trois étapes successives.....233

b) Une proposition attirant l'attention sur les risques liés à la détermination des champs professionnels.....235

1. Le risque d'une détermination trop élargie des champs professionnels.....235

2. Le risque d'une détermination trop restrictive des champs professionnels.237

B. Une proposition déterminant l'évolution des professions paramédicales.....238

a) Les évolutions récentes des professions paramédicales.....238

1. Les réformes relatives aux professions paramédicales.....239

2. Les évolutions par la valorisation des parcours professionnels.....240

b) Les propositions relatives aux dispositifs propres à déterminer les évolutions futures des professions paramédicales.....242

1. Le dispositif de coopération entre professionnels de santé.....242

2. Le dispositif d'exercice en pratique avancée.....244

Paragraphe 2 : Une proposition hautement pertinente au regard de la pérennité de certaines difficultés rencontrées par notre système de santé.....247

A. Une pertinence détachée de l'exposé précis des besoins en compétences professionnelles.....247

a) L'émergence d'une réflexion sur les besoins en compétences professionnelles 248

1. Une réflexion amorcée en 2002.....248

2. Une réflexion alimentée par le dispositif de coopération entre professionnels de santé.....250

b) Une proposition éludant la question de la détermination des besoins en compétences professionnelles.....252

1. Des besoins en compétences professionnelles justifiant la création de métiers en santé de niveau intermédiaire.....252

2. Des besoins en compétences excessivement difficiles à déterminer.....254

B. Une pertinence remarquable au regard de l'inadaptation pérenne de l'offre en professionnels de santé aux besoins en santé.....255

a) Une demande de soins toujours croissante.....255
1. Une croissance de la demande étayée par une étude démographique.....256
2. Une croissance de la demande étayée par une étude économique.....257
b) Une offre en professionnels de santé toujours insuffisante.....259
1. Une insuffisance étayée par une étude démographique.....259
2. Une insuffisance étayée par une étude géographique.....261
Section 2 : La création effective de métiers en santé de niveau intermédiaire conditionnée par une réforme préalable et substantielle de l'organisation du système de santé.....264
Paragraphe 1 : Une première condition tenant dans une réforme préalable de l'organisation des professions de santé.....266
A. La difficile conception de l'intermédiarité dans une organisation médico-centrée des professions de santé.....266
a) La démonstration d'une organisation médico-centrée des professions de santé 267
1. Une organisation construite autour de la profession de médecin.....267
2. La place secondaire des professions dites d'auxiliaires médicaux.....269
b) Une réflexion sur l'intermédiarité dans l'organisation des professions de santé 271
1. Une intermédiarité en santé envisageable au regard de l'évolution récente du statut d'auxiliaire médical.....271
2. Les difficultés d'une réforme de l'organisation des professions de santé…273
B. L'adaptabilité des professions de santé, objectif capital de la réforme à envisager 275
a) Les enjeux de l'adaptabilité des ressources humaines en santé.....276
1. La notion de « ressources humaines en santé ».....276
2. Les intérêts de l'adaptabilité « des ressources humaines en santé ».....277
b) Une première adaptation à opérer avec l'adoption de la démarche « métiers » 278
Paragraphe 2 : Une seconde condition tenant dans une réforme préalable de l'organisation de la dispensation des soins en santé.....281
A. Un renouvellement pressenti au regard de l'évolution récente des soins en santé 281
a) L'évolution récente de la notion de « soins en santé ».....282
1. L'évolution de la notion de « santé ».....282
2. Une évolution impactant les missions des professionnels paramédicaux…284
b) L'évolution prévisible des modalités de dispensation des soins en santé.....286
1. Une évolution marquée par le développement des soins ambulatoires.....287
2. Une évolution exigée par la médecine dite « 5P ».....288
B. La notion d'intermédiarité au sein d'une organisation médico-centrée de la dispensation des soins en santé.....290

a) Une organisation de la dispensation des soins en santé encore sous contrôle médical.....290
1. L'évolution du contrôle direct sur les soins réalisés par les professionnels paramédicaux.....291
2. L'évolution du contrôle indirect exercé au profit des organismes de Sécurité sociale.....293
b) Une réflexion sur les prérogatives susceptibles d'être confiées aux métiers de niveau intermédiaire dans l'organisation renouvelée de la dispensation des soins en santé.....295
1. L'organisation médico-centrée de la dispensation des soins en santé à l'épreuve de la consécration d'un diagnostic intermédiaire.....295
2. La question de l'attribution de prérogatives spécifiques aux métiers en santé de niveau intermédiaire.....297

Chapitre 2 : Les impacts limités de la réforme de la profession de masseur-kinésithérapeute opérée au cours des années 2015-2016.....300
Section 1 : Les impacts limités de l'intégration des masseurs-kinésithérapeutes dans le système universitaire.....302
Paragraphe 1 : La relative intégration des masseurs-kinésithérapeutes dans le système universitaire.....303
A. La relative intégration universitaire des études préparatoires au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute.....303
a) La pluralité des voies d'admission dans les études en masso-kinésithérapie. .304
1. Une admission post-baccalauréat organisée par l'Université, pourvoyeuse d'une égalité de chance de poursuivre des études en masso-kinésithérapie....305
2. Les admissions dérogatoires dans les études en masso-kinésithérapie sous le contrôle des Instituts de formation.....307
b) Une organisation des études justificative d'une soumission des instituts de formation en masso-kinésithérapie.....310
1. Une réforme des études a priori favorable aux masseurs-kinésithérapeutes 310
2. La soumission organisée des Instituts de formation en masso-kinésithérapie 312
B. Les possibilités limitées de poursuite d'études universitaires offertes aux masseurs-kinésithérapeutes diplômés d'État.....315

a) La délicate poursuite d'études universitaires dans les champs connexes.....315
1. Une délicate admission en master.....316
2. Une improbable admission dans les écoles doctorales.....318
b) La poursuite facilitée d'études à caractère médical.....320
1. Une admission dans les études de médecine auparavant conditionnée à la

validation de la première année des études médicales.....320
2. Une admission actuellement sur entretien.....322
Paragraphe 2 : Les impacts limités de la réforme sur la singularité du masseur-kinésithérapeute.....324
A. Une limite majeure résidant dans le non-octroi durable du grade de master au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute.....324
a) Les circonstances du non-octroi du grade universitaire de master au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute.....325
1. Des grades universitaires consentis à plusieurs autres diplômes d'État paramédicaux.....325
2. Le refus réitéré d'octroi du grade universitaire de master au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute.....327
b) Un non-d'octroi incompréhensible au regard des attributs du nouveau diplôme d'État.....329
1. Un attribut constitué par des crédits européens.....330
2. Un attribut conféré par l'inscription au niveau 7 du RNCP européen.....332
B. Un octroi indispensable à la dynamique de singularisation du corps des masseurs-kinésithérapeutes.....334
a) Une éphémère singularité prévisible vis-à-vis de l'ostéopathe.....334
b) Une relative singularité vis-à-vis de l'enseignant en Activité Physique Adaptée 336
c) Un octroi constitutif d'une étape essentielle de la dynamique de singularisation du corps des masseurs-kinésithérapeutes.....338
Section 2 : Les impacts limités de la définition renouvelée du domaine de compétences du masseur-kinésithérapeute.....341
Paragraphe 1 : Le domaine de compétences renouvelé du masseur-kinésithérapeute. .342
A. Le renouvellement des fondements professionnels masso-kinésithérapiques.....342
a) Le nouveau paradigme de l'exercice professionnel du masseur-kinésithérapeute 343
1. Les conséquences d'un cadre conceptuel basé sur « la profession ».....343
2. Les apports d'un paradigme fondé sur « la pratique de la masso-kinésithérapie ».....345
b) Le nouveau mode de définition du domaine de compétences masso-kinésithérapique.....347
1. Une nouvelle définition du domaine de compétences fondée sur des missions de santé.....347
2. La question des nouveaux rôles confiés au masseur-kinésithérapeute.....349
B. Les caractéristiques du nouveau domaine de compétences du masseur-kinésithérapeute.....350
a) L'étendue des missions confiées au masseur-kinésithérapeute.....351
1. Des missions de santé publique.....351

2. Des missions thérapeutiques.....353
b) Un domaine de compétences cohérent.....354
1. Un domaine de compétences antérieurement incohérent.....355
2. La cohérence acquise du domaine de compétences du masseur-kinésithérapeute.....356
Paragraphe 2 : Un renouvellement du domaine de compétences aux impacts modérés sur la dynamique de singularisation du corps professionnel.....359
A. Une nouvelle identité aux aspects singuliers.....359
a) Des aspects singuliers à défendre.....360
1. Des aspects thérapeutiques singuliers.....360
2. Une défense des spécificités masso-kinésithérapiques garantie.....362
b) L'émancipation au service d'une affirmation identitaire.....364
1. L'émancipation professionnelle supposée permise par un diagnostic propre 364
2. Une émancipation disciplinaire masso-kinésithérapique pressentie.....366
B. Une singularité professionnelle à contester.....369
a) La contestation du caractère singulier des missions de santé publique confiées au masseur-kinésithérapeute.....369
1. L'adjonction logique de missions de santé publique au domaine de compétences du masseur-kinésithérapeute.....370
2. La formulation trop générale des missions de santé publique confiées au masseur-kinésithérapeute.....372
b) La contestation du caractère singulier des missions thérapeutiques confiées au masseur-kinésithérapeute.....373
1. Le défaut de singularité du diagnostic kinésithérapique.....374
2. Le défaut de singularité du traitement masso-kinésithérapique.....376

Titre 2 : Une évolution au travers de la consécration d'un champ disciplinaire spécifique à la masso-kinésithérapie.....378

Chapitre 1 : Une consécration impérative soumise à condition.....379
Section 1 : La consécration du champ disciplinaire masso-kinésithérapique sous condition 380
Paragraphe 1 : Une condition dans l'abandon préalable d'une conception exclusivement professionnelle des activités de santé.....381
A. De l'organisation des activités de santé appréhendées uniquement dans leur dimension professionnelle.....381
a) Des activités de santé appréhendées uniquement au travers des exercices professionnels.....382
1. L'appréhension professionnelle des activités de santé.....382
2. D'une conception disciplinaire des activités de santé.....384

b) Une organisation des activités de santé garantissant la pérennité de la prééminence médicale.....385
1. Une organisation marquée par l'unicité du champ disciplinaire en santé…386
2. Une unicité fondatrice de la prééminence du corps médical.....387
B. Les inconvénients des réformes successives fondées sur le paradigme professionnel.....388
a) Des réformes conjoncturelles sans effet sur l'inertie organisationnelle.....389
b) Des réformes fragmentaires à l'origine de confusions et de situations de concurrence.....392
Paragraphe 2 : Une consécration préconisée en dépit de la création récente des Sciences de la rééducation et de la réadaptation.....396
A. La consistance incertaine des Sciences de la rééducation et de la réadaptation. .396
a) La composition des Sciences de la rééducation et de la réadaptation.....397
1. Les incertitudes relatives à la composition des Sciences de la réadaptation 397
2. Une composition appréciée à l'aune de la qualité des représentants nommés au Conseil national des universités.....399
b) Les différentes conceptions des Sciences de la rééducation et de la réadaptation 401
1. La conception moniste des Sciences de la rééducation et de la réadaptation 401
2. La conception pluraliste des Sciences de la rééducation et de la réadaptation 402
B. Des limites des Sciences de la rééducation et de la réadaptation.....404
a) Les Sciences de la rééducation et de la réadaptation distinctes de supposés champs disciplinaires paramédicaux.....404
1. L'inexistence avérée de champs disciplinaires paramédicaux.....405
2. Une confusion de savoirs paramédicaux au sein des Sciences de la rééducation et de la réadaptation.....406
b) Une limite tenant dans l'effectivité incertaine de la recherche en Sciences de la rééducation et de la réadaptation.....407
1. Les acteurs de la recherche en Sciences de la rééducation et de la réadaptation.....407
2. La délicate détermination des objets de la recherche en Sciences de la rééducation et de la réadaptation.....409
Section 2 : La consécration impérative du champ disciplinaire masso-kinésithérapique. .411
Paragraphe 1 : Une consécration déterminante pour la dynamique de singularisation du corps des masseurs-kinésithérapeutes.....412
A. Le masseur-kinésithérapeute parmi les autres professionnels paramédicaux.....412
a) Des chevauchements des champs professionnels masso-kinésithérapiques….413
1. Les chevauchements actuels des champs professionnels masso-

kinésithérapiques.....413
2. L'exacerbation possible des chevauchements des champs professionnels. 414
b) Une concurrence paramédicale susceptible de se propager au cadre disciplinaire constitué par les Sciences de la rééducation et de la réadaptation.....417
1. Une concurrence implicite entre les corps paramédicaux au sein des Sciences de la rééducation et de la réadaptation.....417
2. Une concurrence annihilée par la consécration de champs disciplinaires spécifiques à chaque corps paramédical.....419
B. Le masseur-kinésithérapeute vis-à-vis des praticiens circonvoisins.....420
a) Le masseur-kinésithérapeute vis-à-vis de l'ostéopathe.....420
1. La consécration d'un champ disciplinaire masso-kinésithérapique propre à singulariser le masseur-kinésithérapeute vis-à-vis de l'ostéopathe.....421
2. Du danger représenté par l'appropriation des savoirs ostéopathiques par les masseurs-kinésithérapeutes.....422
b) Le masseur-kinésithérapeute vis-à-vis de l'enseignant en Activité Physique Adaptée.....423
Paragraphe 2 : Une consécration capitale pour l'évolution de la masso-kinésithérapie425
A. Une consécration primordiale de l'effectivité de la recherche française en masso-kinésithérapie.....425
a) La relative effectivité de la recherche française en masso-kinésithérapie.....426
1. Le principe d'une recherche en masso-kinésithérapie affirmé dans le corpus juridique français.....426
2. Une recherche en masso-kinésithérapie fondamentalement sous dynamique externe.....428
b) Vers une réelle effectivité de la recherche française en masso-kinésithérapie 429
1. La recherche en masso-kinésithérapie compromise dans le cadre des Sciences de la rééducation et de la réadaptation.....430
2. Les apports en matière de recherche d'un cadre spécifique à la masso-kinésithérapie.....431
B. L'évolution de la pratique de la masso-kinésithérapie consécutive à l'institution de plusieurs niveaux de compétences en masso-kinésithérapie.....433
a) La progressive remise en question de l'unicité du niveau de compétences en masso-kinésithérapie.....434
1. L'unicité originelle et actuelle du niveau de compétences en masso-kinésithérapie.....434
2. Les prémices d'une remise en question de l'unicité du niveau de compétences en masso-kinésithérapie.....436
b) Les impacts d'une reconnaissance de différents niveaux de compétences en masso-kinésithérapie.....437
1. Les conséquences de la reconnaissance de la pratique masso-kinésithérapique actuelle au niveau master.....438

2. Le Doctorat en masso-kinésithérapie et l'exercice d'un métier en santé de niveau intermédiaire.....439

Chapitre 2 : De la manière de déterminer le champ disciplinaire masso-kinésithérapique….442

Section 1 : La modalité envisageable pour la détermination du champ disciplinaire masso-kinésithérapique.....443

Paragraphe 1 : De l'indispensable concordance entre le champ disciplinaire masso-kinésithérapique et les champs professionnels mis en œuvre dans le cadre de la profession de masseur-kinésithérapeute.....444

A. La justification d'une indispensable concordance.....444

a) Une concordance commandée par l'antériorité des champs professionnels....445

b) Une concordance logique entre des champs professionnels et disciplinaire voués à être imbriqués.....446

B. Une concordance impliquant la mise à l'écart de la détermination du champ disciplinaire masso-kinésithérapique selon une modalité binaire.....446

a) L'exposé des modalités binaires de détermination du champ disciplinaire masso-kinésithérapique.....447

1. La modalité de détermination du champ disciplinaire par totale conformité aux champs professionnels.....447

2. La modalité de détermination du champ disciplinaire par création ex nihilo 448

b) Les défauts des modalités binaires de détermination du champ disciplinaire masso-kinésithérapique.....449

1. Les défauts d'une détermination du champ disciplinaire masso-kinésithérapique par conformité aux champs professionnels.....449

2. Les défauts inhérents à la détermination du champ disciplinaire masso-kinésithérapique par création ex nihilo.....451

C. Une concordance n'exonérant pas de la nécessité de consacrer le champ disciplinaire masso-kinésithérapique par voie réglementaire.....452

a) De la nécessité d'une consécration du champ disciplinaire masso-kinésithérapique par voie réglementaire.....452

b) Les critiques prévisibles contre le choix d'une consécration juridique.....454

Paragraphe 2 : U n champ disciplinaire déterminé par transposition des éléments constitutifs des champs professionnels.....456

A. Les difficultés matérielles de la transposition des champs professionnels.....456

a) Le difficile choix des éléments à transposer.....456

1. La logique du choix des éléments les plus prévalents.....457

2. Une transposition sous influence d'éléments secondaires.....458

b) Une difficulté dans la pertinence matérielle attendue du résultat de la transposition.....459

B. Les difficultés procédurales de la détermination par transposition.....461
a) Une procédure applicable à des champs professionnels diversifiés.....461
1. La diversité des champs professionnels à transposer.....462
2. L'élaboration d'une procédure générale applicable aux différents champs professionnels.....463
b) Une procédure contre le risque prévisible de confrontation disciplinaire.....464
1. Le risque prévisible de confrontation disciplinaire.....464
2. La préconisation d'une procédure consensuelle et participative.....466
Section 2 : De la proposition de détermination du champ disciplinaire masso-kinésithérapique.....468
Paragraphe 1 : Une proposition en considération de l'évolution prévisible des compétences et savoirs relatifs à la masso-kinésithérapie.....469
A. La délégation expérimentale de compétences médicales au masseur-kinésithérapeute.....469
a) La présentation des expérimentations d'accès direct au masseur-kinésithérapeute.....470
1. Les objectifs poursuivis par les pratiques expérimentales d'accès direct...470
2. Les limites de pratiques manifestement circonscrites.....472
b) La relativité des compétences et savoirs médicaux à acquérir.....473
1. Des compétences et savoirs médicaux à acquérir.....473
2. La relativité des compétences et savoirs cliniques à acquérir.....475
B. Une évolution prévisible vers l'autonomie décisionnelle relative.....476
a) L'affirmation d'une évolution vers l'autonomie décisionnelle.....477
b) Une autonomie décisionnelle à relativiser.....479
Paragraphe 2 : Une proposition de définition du champ disciplinaire masso-kinésithérapique.....481
A. Une définition fondée sur la transposition des éléments prévalents du domaine de compétences du masseur-kinésithérapeute.....481
a) Des éléments prévalents à transposer.....482
b) Des éléments secondaires à prendre en considération.....483
B. Une transposition conduisant à la formalisation de la définition du champ disciplinaire masso-kinésithérapique.....486
a) La transposition des éléments dégagés et l'intégration des éléments secondaires 486
b) La définition formalisée du champ disciplinaire masso-kinésithérapique.....489

Conclusion générale.....490

Bibliographie.....494

Index.....540