



HAL
open science

Réguler la démographie des kinésithérapeutes libéraux : des quotas à l'accessibilité, des instruments qui permettent aux administrations de s'affirmer

Jérémy Rollin

► To cite this version:

Jérémy Rollin. Réguler la démographie des kinésithérapeutes libéraux : des quotas à l'accessibilité, des instruments qui permettent aux administrations de s'affirmer. *Politix*, 2025, 2025/1 (149), pp.163-187. <10.3917/pox.149.0163>. <hal-05267882>

HAL Id: hal-05267882

<https://hal.science/hal-05267882v1>

Submitted on 18 Sep 2025

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

Réguler la démographie des kinésithérapeutes libéraux : des quotas à l'accessibilité, des instruments qui permettent aux administrations de s'affirmer.

Regulation of the physiotherapy workforce in the private sector: from quotas to accessibility, instruments that empower administrations.

Résumé

La régulation démographique des kinésithérapeutes libéraux a connu un changement important en 2017, avec la mise en place de limitations au conventionnement dans les zones considérées comme surdotées. Cette régulation s'appuie sur un instrument, l'Accessibilité Potentielle Localisée, qui propose une analyse de la répartition des praticiens en modélisant leur accessibilité. La question est alors celle du regard que produit l'instrument sur les questions de démographie et du rapport de force qui s'instaure à l'occasion de sa mobilisation. D'un côté la question de l'accessibilité par territoire marque un changement dans la formulation des problèmes démographiques, historiquement liés au nombre total de praticiens. D'autre part, l'instrument utilisé pour évaluer la répartition est réutilisé pour la réguler en servant d'indicateur pour choisir les zones où l'installation doit être limitée. En cadrant tout à la fois la façon de penser la question démographique et la juste densité à accepter sur les territoires, cette instrumentation de l'action publique permet de faire pencher l'équilibre des pouvoirs en faveur des administrations de la santé au détriment des représentants des kinésithérapeutes.

Abstract

The demographic regulation of physiotherapists in the private sector changed significantly in 2017, with the introduction of restrictions on public contracting in areas considered to be over-supplied. This regulation is based on a new instrument, Potential Localised Accessibility, which analyses the distribution of practitioners by modelling their accessibility. This poses the question of how the instrument deals with demographic issues, and the power relationships that arise when it is used. On the one hand, the question of accessibility by territory marks a change in the formulation of demographic problems, historically linked to the overall number of practitioners. On the other hand, the instrument used to evaluate distribution is reused to regulate it by serving as an indicator for choosing areas where the number of physiotherapists should be limited. By framing both the way of thinking about the demographic issue and the right density to accept in a given area, this instrument for public action makes it possible to tilt the balance of power in favour of health administrations to the detriment of representatives of physiotherapists.

Mots clés : instruments ; kinésithérapeutes ; démographie ; pouvoir ; Assurance Maladie

Key words: instruments; physiotherapists; demography; power; Public Health Insurance

Le 6 Novembre 2017 un syndicat de kinésithérapeutes¹ et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) signent un avenant à la convention qui régit la kinésithérapie libérale. Celui-ci, dénommé avenant 5, instaure une régulation à l'installation conventionnée. Le texte prévoit que, dans les territoires « très sous-dotés » où résident les 12,5% de la population les moins bien pourvus en kinésithérapeutes, des aides à l'installation soient mises en place. Mais il prévoit surtout, et c'est la nouveauté étudiée ici, que d'autres territoires, abritant une autre fraction de 12,5% de la population, soient classés en zones « sur-dotées » et qu'un nouveau conventionnement ne puisse se faire que suite au départ d'un praticien (avec quelques dérogations). L'identification des différentes zones se fait grâce à un instrument élaboré par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREEES) du ministère de la Santé, l'APL (Accessibilité Potentielle Localisée), qui met en rapport le nombre de kinésithérapeutes et le nombre d'habitants, avec prise en compte de leur âge et des distances géographiques. Cette cartographie peut être adaptée par les Agences Régionales de Santé (ARS), à condition que les zones déclassées soient remplacées et que la population concernée reste similaire. Les zones concernées peuvent ainsi évoluer mais la logique de limitation de l'installation demeure. La CNAM, de son côté, sort de son rôle historique de solvabilisation des patients pour devenir centrale dans l'organisation de l'offre de soin et participer, par sa limitation, à définir le besoin légitime.

Cette régulation démographique concerne deux terrains peu investigués par les sciences sociales. D'une part, les analyses concernant les kinésithérapeutes sont rares. Jacques Monet² et Christophe Gaubert³ ont montré, il y a une vingtaine d'années, la position dominée de ces paramédicaux par rapport aux médecins, qui leur confient des actes qu'ils ne veulent pas réaliser eux-mêmes, tout en continuant à imposer la norme médicale, notamment au niveau des instituts de formation. Les kinésithérapeutes apparaissent ponctuellement dans des travaux issus de STAPS⁴, notamment à travers la question de la frontière entre sport et santé, ou, plus récemment, dans les travaux de Muriel Darmon, qui les réinscrit dans un espace de la rééducation hiérarchisé⁵. Toutes ces analyses s'intéressent au travail et aux concurrences entre groupes professionnels mais laissent dans l'ombre la question des relations avec les administrations de la santé. D'autre part, les travaux sur la gouvernance des professionnels de santé ont d'abord été conduits à l'hôpital⁶, souvent en lien avec la thématique de

¹ Les différents syndicats représentatifs ne sont pas distingués alors qu'un seul a signé l'avenant 5. Ce choix est fait car les entretiens auprès des autres syndicats ont montré qu'ils partageaient les vues des signataires même s'ils espéraient obtenir des conditions légèrement plus favorables lors des négociations (zones sur-denses moins nombreuses ou contreparties plus importantes, notamment au niveau des compétences reconnues). De plus, cela permet d'améliorer l'anonymisation des enquêtes.

² Monet (J.), *Émergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIXème et au début du XXème siècle*, Thèse de doctorat, Université Paris 1, 2003.

³ Gaubert (C.), *Le Sens des limites*, Thèse de doctorat, EHESS, 2006.

⁴ Perrin (C.), « Construction du territoire professionnel de l'enseignant en Activité Physique Adaptée dans le monde médical », *Santé Publique*, S1HS, 2016 ; Brier (P.), Defrance (J.), « La production de gymnastiques médicales pour les enfants malades hospitalisés au XIX siècle : spécialisation médicale et différenciation des gymnastiques », *Sciences sociales et sport*, 5 (1), 2012.

⁵ Darmon (M.), *Réparer les cerveaux. Sociologie des pertes et des récupérations post-AVC*, Paris, La Découverte, coll. « Laboratoire des sciences sociales », 2021.

⁶ Pierru (F.), « Les mandarins à l'assaut de l'usine à soins. Bureaucratization néolibérale de l'hôpital français et mobilisation de l'élite hospitalo-universitaire », *La bureaucratization néolibérale*, Paris, La Découverte, 2013 ; Gay (R.), « À la charnière de l'administration et des professions : Lutttes de territoire et jeux d'alliance autour du financement hospitalier », *Politix*, 135 (3), 2022.

rationalisation budgétaire⁷. La régulation des soins de ville, quant à elle, a été saisie principalement à travers la question de l'autonomie médicale⁸ ou la gestion de la CNAM⁹. Les rares travaux sur la démographie portent surtout sur les médecins¹⁰, pour souligner leurs fortes capacités de résistances aux régulations¹¹. Il s'agit donc de les compléter en s'intéressant au cas d'un groupe professionnel important dans le secteur de la santé : près de 85 000 kinésithérapeutes libéraux exercent en France¹² (pour 100 000 infirmières libérales¹³ et entre 50 000 et 60 000 médecins généralistes libéraux¹⁴). Leur clientèle est relativement variée, même si les patients âgés sont surreprésentés (plus de 30% de leurs patients ont plus de 70 ans) tout comme les patients en « ALD » (Affection de Longue Durée), c'est-à-dire atteints de maladies chroniques et de handicaps (30% de leurs patients)¹⁵. La mise en place d'une régulation démographique en kinésithérapie permet donc de documenter un cas où les administrations de la santé s'imposent largement sur un groupe professionnel important dans le paysage français.

Le matériel empirique mobilisé a été collecté à l'occasion d'un travail doctoral portant sur les transformations actuelles de la kinésithérapie entre 2018 et 2022. Pour éclairer les rapports entre professionnels et administrations de la santé, des entretiens avec des acteurs de la CNAM (2), du ministère de la Santé (5), des agences et administrations régionales (3) et des représentants syndicaux et ordinaires (8) ont été conduits. Les acteurs de la DREES sollicités n'ont, en revanche, pas répondu aux demandes d'entretiens. Dans le cas de la chargée d'études qui a travaillé sur les kinésithérapeutes entre 2016 et 2019 cela s'explique par son départ de l'institution. Quant aux sollicitations via l'adresse mail générique mentionnée dans les publications, elles ont sans doute été filtrées, d'autant plus qu'elles ont eu lieu pendant la crise Covid. Cela n'a pas empêché d'analyser comment fonctionne l'APL (à partir des publications de la DREES) mais sans pouvoir récolter les justifications des acteurs sur les choix effectués, comme par exemple le faible investissement sur la question des flux de diplômés étrangers. D'autres entretiens ont été conduits avec des directeurs de structures de formation (44), en France et dans trois pays alimentant l'hexagone en kinésithérapeutes (Belgique, Espagne et Portugal), afin de comprendre l'augmentation actuelle du nombre d'étudiants. Plusieurs journées d'observations ont été menées lors de réunions syndicales et ordinaires (sélectionnées pour leur lien avec le sujet démographique), lors de conférences régionales sur la démographie

⁷ Juven (P.-A.), *Une santé qui compte ? les coûts et les tarifs controversés de l'hôpital public*, Paris, Puf, 2016 ; Belorgey (N.), *Réformer l'hôpital, soigner les patients. Une sociologie ethnographique du nouveau management public*, EHESS, 2009.

⁸ Castel (P.), Robelet (M.), « Comment rationaliser sans standardiser la médecine ? Production et usages des recommandations de pratiques cliniques », *Journal de gestion et d'économie médicales*, 27 (3), 2009.

⁹ Pierru (F.), « Budgétiser l'assurance maladie. Heurs et malheurs d'un instrument de maîtrise des dépenses publiques : l'enveloppe globale (1976-2010) », *Gouverner par les finances publiques*, Paris, Presses de Sciences Po, 2011 ; Hassenteufel (P.), *Les médecins face à l'État : une comparaison européenne*, Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, 1997.

¹⁰ Hassenteufel (P.), Schweyer (F.-X.), Gerlinger (T.), Reiter (R.), « Les « déserts médicaux » comme leviers de la réorganisation des soins primaires, une comparaison entre la France et l'Allemagne », *Revue française des affaires sociales*, 1 (1), 2020 ; Déplaud (M.-O.), *La hantise du nombre : une histoire des numerus clausus de médecine*, Paris, Les Belles Lettres, 2015.

¹¹ Hassenteufel (P.) *et al.*, « The role of professional groups in policy change: Physician's organizations and the issue of local medical provision shortages in France and Germany », *European Policy Analysis*, 6 (1), 2020.

¹² Guillaume (A.), « Rapport 2020 sur la démographie », *CNOMK*, 2020.

¹³ Afin de ne pas masquer les possibles effets sociaux associés, l'écriture retient le genre majoritaire dans les groupes concernés.

¹⁴ <https://drees.shinyapps.io/Projection-effectifs-medecins/>

¹⁵ <https://data.ameli.fr/pages/home/>

organisées par une ARS ou encore lors de réunions paritaires entre une Caisse départementale d'Assurance Maladie et des syndicats. Ces observations ont pu avoir lieu grâce aux différentes organisations de kinésithérapeutes qui ont accepté ma présence suite aux entretiens avec leurs dirigeants. Une littérature grise a été analysée : publications de la DREES (tous les textes portant sur les kinésithérapeutes ainsi que ceux portant sur la démographie des autres métiers) et leurs bibliographies, publications des syndicats et du Conseil National de l'Ordre des kinésithérapeutes (CNOMK), ainsi que des documents (par exemple les fichiers répertoriant les nombres d'étudiants) produits par les structures de formation. L'ensemble a permis à la fois d'analyser les choix statistiques faits pour documenter la démographie des kinésithérapeutes et les positions des acteurs : priorités retenues, croyances ou scepticismes affichés quant aux instruments, points jugés discutables ou acceptés.

La régulation démographique des kinésithérapeutes s'appuie sur un instrument d'action publique, l'APL, qui permet de différencier les règles de conventionnement par zones géographiques. Il repose sur des mesures du nombre de praticiens et d'habitants qui permettent d'établir des cartographies. Cet APL a une dimension à la fois informative (fournir des analyses) et performative (réguler). On sait que loin d'être neutres, les instruments statistiques et cartographiques sont le fruit du travail d'acteurs qui défendent leurs intérêts et leurs visions du monde¹⁶. Les offres et limites des instruments sont inséparables des choix et des techniques mis en œuvre dans leur construction¹⁷, mais aussi des liens avec les politiques publiques qu'ils accompagnent ou qui sont à l'origine de leur genèse¹⁸. Ils font ainsi l'objet de luttes qui expliquent leur institutionnalisation plus ou moins réussie¹⁹. Ces questions sont très importantes dans les travaux qui s'intéressent prioritairement aux institutions²⁰ comme le font les sociologues des organisations²¹. Par rapport à ces approches, un pas de côté est ici fait pour centrer l'analyse sur les connaissances qui sont au préalable de la régulation démographique. Ainsi, l'APL sera réinscrit dans la production statistique plus large de la DREES. L'objectif sera, ce faisant, de comprendre ce que les publications produisent comme regard des administrations sur les kinésithérapeutes. Cette approche rappelle donc le concept de motifs cognitifs²², même si deux différences sont notables. D'une part, l'analyse proposée ne se limite pas à la production de sens propre à l'APL. Cet instrument n'est pas le produit de connaissances isolées mais est le résultat d'un ensemble plus vaste de changements dans la façon de décrire la démographie des professionnels de santé. D'autre part, les motifs cognitifs

¹⁶ Didier (E.), *En quoi consiste l'Amérique ? Les statistiques, le New Deal et la démocratie*, Paris, La Découverte, 2009 ; Brian (E.), *La Mesure de l'État : Administrateurs et géomètres au XVIIIe siècle*, Paris, Albin Michel, 1994.

¹⁷ Noucher (M.), *Blancs des cartes et boîtes noires algorithmique*, Paris, CNRS Éditions, 2023 ; Debarbieux (B.), « La fabrique cartographique des États modernes », *Politiques de la carte*, Londres, ISTE éditions, 2022 ; Desrosières (A.), *La politique des grands nombres : histoire de la raison statistique*, Paris, La Découverte, 2010.

¹⁸ Biggs (M.), « Putting the State on the Map: Cartography, Territory, and European State Formation », *Comparative Studies in Society and History*, 41 (2), 1999.

¹⁹ Le Bourhis (J. P.), « Du savoir cartographique au pouvoir bureaucratique. Les cartes des zones inondables dans la politique des risques (1970-2000) », *Genèses*, 68, 2007 ; Bardet (F.), Cussó (R.), « Les essais randomisés contrôlés, révolution des politiques de développement ? Une évaluation par la Banque mondiale de l'empowerment au Bangladesh », *Revue Française de Socio-Économie*, 10 (2), 2012.

²⁰ Halpern (C.), Le Galès (P.), « Pas d'action publique autonome sans instruments propres : Analyse comparée et longitudinale des politiques environnementales et urbaines de l'Union européenne », *Revue française de science politique*, 61 (1), 2011.

²¹ Benamouzig (D.), Borraz (O.), « Bureaucratie, organisations et formalisation des savoirs », *L'Année sociologique*, (3), 2015.

²² Benamouzig (D.), « Chapitre 2 / Des idées pour l'action publique : Instruments ou motifs cognitifs ? », *L'instrumentation de l'action publique*, Paris, Presses de Sciences Po, 2014.

sont parfois mobilisés pour expliquer les luttes autour de la construction d'un instrument²³, ce qui n'est pas le cas ici. La mise au centre de l'analyse des effets des productions de cartes ou de quantifications s'inspire de James Scott et de son approche anthropologique par « schemes »²⁴ qui permettent à l'Etat d'administrer les populations. Il s'agit de comprendre comment les évolutions dans la production de connaissances démographiques agissent à toutes les étapes des politiques publiques pour réduire l'étendue des possibles.

Rappelons-le, les productions d'analyses statistiques et de cartographies structurent la question démographique mais ne sont pas seules responsables des politiques publiques menées : les impulsions politiques, les choix des acteurs parti-prenantes des négociations, leurs ressources (organiser des grèves, mobiliser le grand public, avoir la main sur le budget etc.) ou les politiques publiques antérieures y contribuent largement. Dans le cas de cette régulation démographique, un élément clé est le rapport de force qui existe entre représentants des professionnels et acteurs administratifs. La mise en place de l'APL dépend des capacités des acteurs des administrations à faire *accepter un regard* plutôt qu'un autre sur les questions démographiques mais aussi à *imposer des normes* à partir des connaissances acceptées. Dans le cas des régulations à l'installation conventionnée, les mises en place s'échelonnent entre 2008 pour les infirmières, 2012 pour les sage-femmes, 2017 pour les kinésithérapeutes et 2023 pour les chirurgiens-dentistes. Les médecins, restent, à ce jour, non concernés par ces mesures, bien qu'elles puissent être évoquées dans l'arène médiatique pour les généralistes. D'un côté, le regard consistant à penser la question démographique à partir des répartitions de professionnels est commun mais, de l'autre, il n'a pas les mêmes effets ou, *a minima*, se voit opposer des résistances plus ou moins longues selon les groupes professionnels²⁵. Un autre cas empirique, la régulation des techniques et actes médicaux, permet de rappeler la double nature des instruments dans l'établissement de relations de pouvoir. Les médecins parviennent, dans ce cas, à imposer leurs méthodes d'évaluation des « bonnes pratiques²⁶ », ce qui leur permet par la suite d'être en position favorable lorsqu'il s'agit de juger de l'efficacité des traitements²⁷. Dans le cas de l'avenant 5, les acteurs administratifs imposent une approche de la démographie par la répartition mais, plus encore, définissent des territoires où les kinésithérapeutes seraient trop nombreux. Il sera argumenté que les cartographies et analyses prospectives de la DREES cadrent les questions démographiques et ont pour effet de mettre l'administration en position favorable pour négocier des régulations.

L'analyse de l'instauration de cette régulation démographique se fera par une approche séquentielle : comment se sont construits les problèmes démographiques, quelles solutions ont été proposées et comment les mesures retenues ont été mises en place. Ce choix a été fait parce que la notion de problèmes à résoudre est ici heuristique. Toutefois, il convient de garder en tête que l'approche séquentielle tend à linéariser un processus d'action publique qui est en réalité fait d'aller-retours entre problèmes, instruments et solutions. D'autre part, ce fil analytique invisibilise les possibles bifurcations, incertitudes et influences qui peuvent

²³ Benamouzig (D.), Blanck (J.), « La bataille cognitive des logos nutritionnels : Sciences et intérêts économiques en santé publique », *L'Année sociologique*, 73 (2), 2023.

²⁴ La notion anglaise de « *schemes* » est prise dans le sens de regards produits par des organisations macrosociales conduisant à des réarrangements. Scott (J. C.), *Seeing like a state: how certain schemes to improve the human condition have failed*, New Haven, Yale Univ. Press, 2008.

²⁵ Le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2008 avait intégré, dans son article 33, une clause permettant une négociation du conventionnement sélectif des médecins en zones surmédicalisées, mais a ensuite été mis de côté suite à une grève des internes.

²⁶ Cambrosio (A.), Keating (P.), Schlich (T.), Weisz (G.), « Regulatory objectivity and the generation and management of evidence in medicine », *Social Science & Medicine*, 63 (1), 2006.

²⁷ Castel (P.), Merle (I.), « Quand les normes de pratiques deviennent une ressource pour les médecins », *Sociologie du travail*, 44, 2002.

intervenir dans le passage du diagnostic à l'instrument (désaccords et luttes au sein des administrations par exemple). Malgré ces limites, le découpage en séquences permet de distinguer, pour chacune d'entre elles, à la fois les arguments mobilisés par les acteurs et les quantifications qui les soutiennent. A ce titre, il doit permettre de comprendre ce qui s'est joué dans la mise en place d'une régulation démographique nouvelle de professionnels de santé libéraux.

Mobiliser des données, imposer le problème démographique de la mauvaise répartition

Construction de deux problèmes démographiques différents pour les professionnels et les administrations

En 1981 est mise en place une régulation démographique des kinésithérapeutes français grâce à des quotas à l'entrée dans leurs instituts de formation, fixés par le ministère de la Santé à l'image du *numerus clausus* médical²⁸. Toutefois, dans les années 2000, plusieurs changements successifs affaiblissent l'efficacité de cette régulation.

Tout d'abord, les modalités de sélection des étudiants changent. Le concours privé organisé par chaque institut est progressivement abandonné au profit d'une sélection à la suite d'une année universitaire, majoritairement en médecine (dès 1989 pour deux instituts pilotes, au tournant des années 2000 pour la majorité d'entre eux, avant la suppression complète de ce concours privé en 2015). Elle oblige la majorité des aspirants kinésithérapeutes à passer par une année de sélection commune au cursus de médecine, souvent considérée comme éprouvante.

Dans le même temps, la DGOS réduit les quotas d'étudiants (là encore à l'image de ce qui est fait en médecine), jusqu'à un minimum en 2000 : alors qu'il y avait 1853 admis en kinésithérapie en 1981, il n'y en a plus que 1314 en 2000 (dans un contexte de massification de l'accès à l'enseignement supérieur). De ce fait, le nombre d'exclus des formations à la kinésithérapie française augmente.

Enfin, au cours de la décennie 1990, les réglementations européennes sur la libre circulation des travailleurs dans l'union s'affirment²⁹ tandis que le processus de Bologne facilite la reconnaissance des diplômes³⁰. Cela ouvre des alternatives aux exclus des formations françaises qui se tournent vers les filières universitaires belges francophones, sans concours d'entrée, comme le montre le cas de l'Université Libre de Bruxelles :

²⁸ Déplaudé (M.-O.), *La hantise du nombre*, op. cit.

²⁹ Lefranc (C.), « La libre circulation des kinésithérapeutes européens », *Annales de kinésithérapie*, 7, 1998 ; Durand (C.), « Cinq thèses sur l'Europe », *Revue française d'histoire des idées politiques*, 43, 2016.

³⁰ Croché (S.), Charlier (J.-É.), « Bologne, dix ans après », *Éducation et sociétés*, 24 (2), 2009.

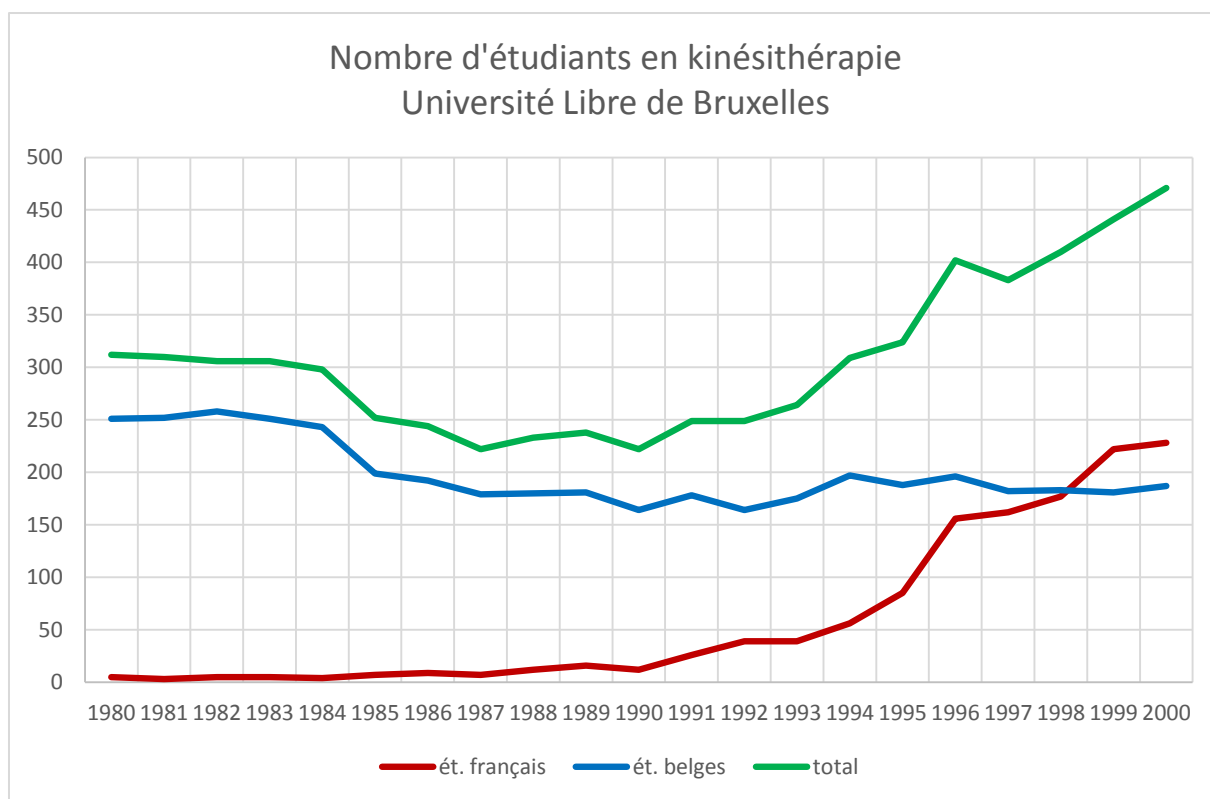


Figure 1 : graphique du nombre d'étudiants en kinésithérapie à l'ULB, par nationalités, construit à partir des données fournies par l'ULB.

La figure 1 montre l'arrivée progressive des étudiants français à partir du milieu des années 1990. Cette migration pour obtenir le diplôme convoité se diversifie ensuite vers d'autres pays où la formation est à faible sélectivité scolaire (l'Allemagne, l'Espagne et le Portugal qui ont des filières privées qui courtisent cette clientèle française³¹), notamment après 2006 et l'instauration d'un quota pour les non-résidents belges.

La conjugaison d'un parcours d'entrée dans les instituts français jugé difficile et quantitativement limité et d'alternatives scolairement accessibles dans des pays frontaliers entraîne un contournement massif de la régulation démographique par quotas à la formation : en 2022, plus de 50% des nouveaux entrants dans le métier en France sont diplômés à l'étranger.

³¹ Ces formations ont des coûts élevés (de 5000 à 8000 euros l'année). Elles restent cependant concurrentielles car, en France, près de la moitié des IFMK sont eux-aussi privés, avec des tarifs similaires.

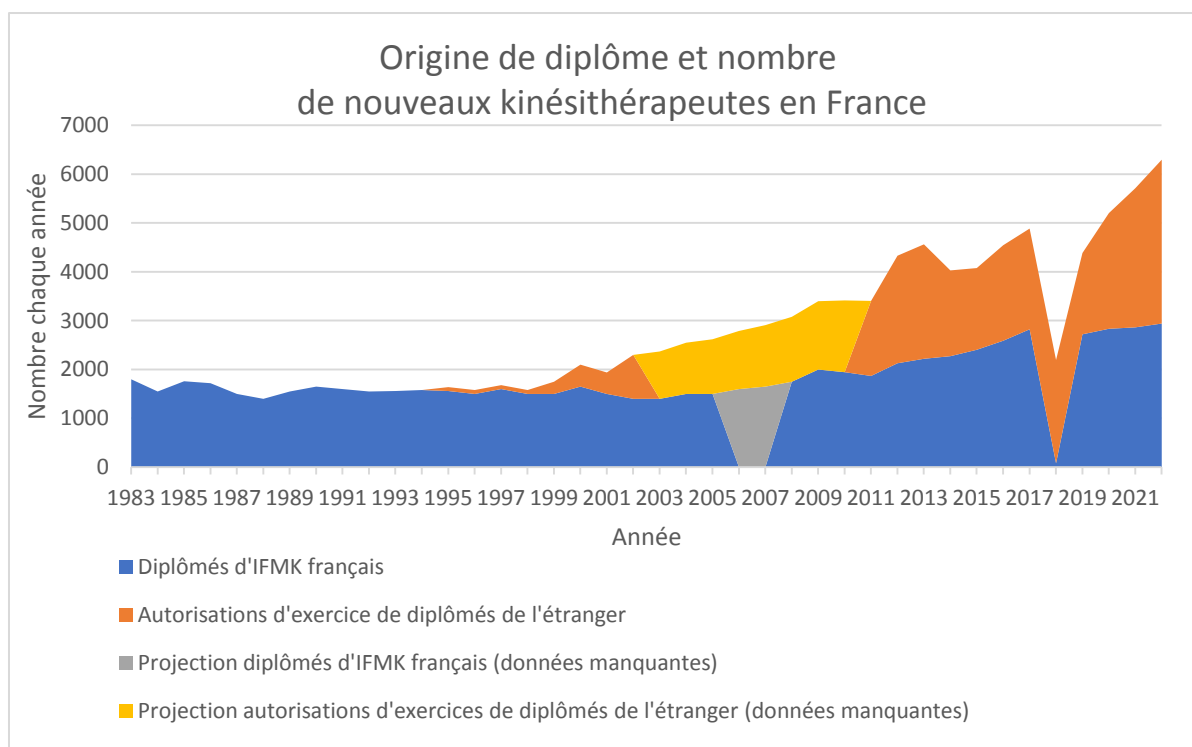


Figure 2 : graphique de l'évolution du nombre de nouveaux kinésithérapeutes, en distinguant les diplômés de France et les autorisations d'exercice de diplômés étrangers. Données DREES et CNOMK.

Malgré des lacunes concernant l'enregistrement des données au cours de la décennie 2000-2010, la figure 2 montre la part prise par les diplômés étrangers dans l'augmentation du nombre des kinésithérapeutes (la quasi absence de diplômés de France en 2018 s'explique par l'augmentation d'un an de la durée d'études entérinée en 2015, d'où une année blanche en termes de diplômés). L'origine des données mobilisées pour construire ce graphique est révélatrice des priorités différentes des acteurs administratifs et professionnels : le nombre de diplômés hexagonaux est fourni par la DREES. En revanche, pour les diplômés à l'étranger autorisés à exercer en France, après un premier recueil de données réalisé par la DREES (1994-2003), il y a une rupture entre 2003 et 2010, avant que ce ne soit le CNOMK qui les fournisse à compter de 2010. Autrement dit, ce sont les représentants des kinésithérapeutes qui produisent des données sur les diplômés étrangers (via la collecte du nombre d'autorisations accordées dans des commissions dans lesquelles des représentants ordinaires sont présents), alors que les statisticiens du ministère enregistrent d'abord le nombre de diplômés de France (le diplôme est délivré par les directions régionales du ministère). Cela ne signifie pas que les administrations ignorent l'existence de ces flux étrangers, qu'elles perçoivent à travers l'évolution du nombre total de kinésithérapeutes en exercice, mais montre leur focalisation sur les sujets qu'ils ont à administrer directement : l'offre française de formation et l'offre de soin. A l'inverse, les représentants des kinésithérapeutes s'inquiètent de la clôture de leur marché du travail et sont très attentifs aux arrivées de diplômés étrangers³². Devant les données de première main sur ces flux, les différents représentants des professionnels rencontrés, élus syndicaux comme ordinaires, s'alarment :

³² Paradeise (C.), « Les professions comme marchés du travail fermés », *Sociologie et sociétés*, 20 (2), 1988 ; Abbott (A. D.), *The system of professions: an essay on the division of expert labor*, Chicago, University of Chicago Press, 1988.

« Nous, ce qui nous inquiète, c'est de voir grossir cet ensemble de professionnels libéraux conventionnés. Et le gâteau, enfin l'enveloppe, elle ne grossit pas aussi vite. Tout le monde est content, tout le monde dit "oui je suis dans mon cabinet, je suis débordé, j'ai trop de travail". Mais moi je n'y crois pas à ça, j'y crois pas, il y a forcément des gens qui doivent souffrir, c'est pas possible. Avec 5 000 kinés en plus sur le territoire français tous les ans, il va forcément y avoir de la tension quelque part. »

Entretien avec un membre du bureau national du CNOMK, 2018.

Pour cet enquêté, un problème démographique existe autour du nombre annuel de nouveaux entrants, « 5000 kinés de plus », alors que les quotas pour les instituts hexagonaux sont de moins de 3000 étudiants par an. C'est la question du nombre de professionnels (et ses conséquences sur les financements publics de l'activité) qui pousse ce représentant à s'interroger sur son adéquation avec la demande de soin : il n'a pas de témoignages que l'offre dépasse la demande, mais il le postule.

Du côté des administrations de la santé, la démographie était jusqu'à présent du ressort de la DGOS. Entre 1970 et 2000, la thématique de la « pléthore » portée par la profession médicale et les inquiétudes sur le financement du système de santé relayées par le ministère du Budget et la Direction de la Sécurité Sociale (DSS) du ministère de la Santé³³ expliquent la réduction du nombre de places dans les formations en santé.

Le tournant des années 2000 est marqué par un changement des discours publics sur la démographie en santé. La thématique des « déserts médicaux » est construite par certains segments médicaux (d'abord les médecins hospitaliers, opposés à la baisse du nombre d'internes, rejoints ensuite par les libéraux) mais aussi par des élus politiques locaux, notamment ruraux³⁴. En réponse, la DGOS relève les différents *numerus clausus* d'entrée dans les formations en santé, dont ceux de kinésithérapeutes. Dans le cas de ces derniers, le relèvement des quotas se double d'une arrivée croissante de diplômés européens, ce qui différencie leur situation de celle des médecins³⁵. Pour la DGOS, ces arrivées ne sont cependant pas un problème, puisqu'elles sont en accord avec la politique d'accroissement du nombre de professionnels.

Du côté des acteurs de la DSS, sans marquer d'opposition frontale à cette politique démographique, des inquiétudes peuvent cependant transparaître :

« Cette situation d'évolution démographique [des kinésithérapeutes] où il y a +57 % des effectifs en 2040, c'est la seule profession où on est sur un niveau... Enfin situation inédite dans le sens où l'on a une grosse évolution démographique qui ne correspond pas au besoin de santé [...] Est-ce qu'à terme ça va pas poser un problème s'il y a trop, s'il y a une augmentation aussi dynamique ? [...] l'ONDAM, cette enveloppe soins de ville que nous on gère, elle est très dynamique, c'est une des plus dynamiques. Et elle est tout le temps dépassée. »

Entretien avec une chargée de mission en charge des kinésithérapeutes à la DSS, 2019.

Cette représentante de la DSS, dans un discours proche de ceux tenus par les acteurs de la CNAM, pointe les risques financiers de l'augmentation globale du nombre de

³³ Déplaudé (M.-O.), « 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*, 2 (1), 2009.

³⁴ Déplaudé (M.-O.), *La hantise du nombre*, op. cit., p. 261- 298.

³⁵ Anguis (M.) *et al.*, « 10 000 médecins de plus depuis 2012 », *DREES*, 1061, 2018.

kinésithérapeutes. Dans son témoignage, cependant, il s'agit moins de s'opposer à l'augmentation de l'offre de soin (il s'agit d'une question à aborder dans un second temps, « à terme ») que d'avoir une maîtrise de celle-ci. Cela peut passer par un meilleur contrôle des actes réalisés (un chantier pour affiner la nomenclature des actes remboursés est évoqué) ou par un contrôle de l'installation.

Le problème des acteurs des administrations de la santé est de tenir la double contrainte d'un discours public pointant la pénurie de praticiens et d'un budget limité. Bien qu'*a priori* contradictoires, ces deux thématiques vont pouvoir être conciliées suite à un changement de regard sur la façon de quantifier les professionnels de santé, permis par un acteur qui prend de l'importance au ministère de la Santé, la DREES.

La DREES, une Direction du ministère de la Santé qui cadre la mise en problème

La DREES est la Direction du ministère de la Santé chargée de préparer l'information statistique des administrations du secteur. Elle produit des cartographies sur les densités de professionnels de santé depuis le début des années 2000³⁶. Pour ce faire, elle utilise les fichiers ADELI³⁷ qui répertorient les professionnels de santé libéraux et salariés et dont les premières traces remontent à 1981, même si les données ne deviennent plus robustes qu'à partir de 1998, quand l'inscription des professionnels de santé réglementés devient légalement obligatoire. Ces données sont traitées par les statisticiens de la DREES, mise en place la même année. Ces acteurs restent d'abord très descriptifs sur les questions démographiques : « En moyenne, la France métropolitaine compte 93 kinésithérapeutes en activité pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2002. Cette densité varie dans un rapport de 1 à 2,4 entre les communes rurales, où elle est de 45, et les zones urbaines, où elle atteint 109 en moyenne³⁸ ». Un glissement s'opère, en 15 ans, avec un passage de l'information au jugement, visible dans les publications plus récentes : « d'ici à 2040, les effectifs de masseurs kinésithérapeutes augmenteraient de 57% soit bien plus que les besoins de soins³⁹ ». Les propos prennent une dimension normative quant aux besoins en kinésithérapeutes. Cette estimation, présentée sur un mode affirmatif dans le titre de l'étude, s'appuie sur un indicateur calculé « à partir du nombre de masseurs-kinésithérapeutes rapporté à la population française pondérée par tranche d'âge en fonction de sa consommation de soins de kinésithérapie⁴⁰ ». La modélisation effectuée s'appuie sur la consommation d'actes de kinésithérapie constatée, qui est considérée refléter le besoin. La progression future est envisagée de manière linéaire en comparant les augmentations des effectifs de kinésithérapeutes et de la population française (raffinée par les changements dans la pyramide des âges). Les choix politiques, les attentes des futurs malades, les changements dans la division du travail soignant ou encore les évolutions scientifiques et techniques ne sont pas pris en compte. La publication propose certes différentes projections en termes d'effectifs de kinésithérapeutes, selon divers *scenarii* (changement dans les quotas ou du nombre de diplômés européens). Mais l'argument général est que, quelles que soient les circonstances envisagées, les effectifs de kinésithérapeutes croissent. À partir de ces projections, la publication transforme implicitement la « consommation » constatée (et

³⁶ DREES, « Les médecins : démographie et revenus », *Dossiers solidarité et santé*, (1), 1999.

³⁷ ADELI (Automatisation DEs LIstes) est progressivement remplacé, pour les métiers à Ordre, par le RPPS (Répertoire Partagé des Professions de santé).

³⁸ Darriné (S.), « Les masseurs-kinésithérapeutes en France – Situation en 2002 et projections à l'horizon 2020 », *DREES*, 242, 2003.

³⁹ Millien (C.), « D'ici à 2040, les effectifs de masseurs kinésithérapeutes augmenteraient de 57 % soit bien plus que les besoins de soins », *DRESS Etudes et résultats*, 1075, 2018.

⁴⁰ Millien (C.), « D'ici à 2040, les effectifs de masseurs kinésithérapeutes augmenteraient de 57 % soit bien plus que les besoins de soins », *art. cit.*

projetée) d'actes de kinésithérapie en « besoin de soins » qui peut être comparé à la croissance (là aussi projetée) de la population française : les kinésithérapeutes seront trop nombreux. Les statisticiens des administrations, qu'Alain Desrosières décrit comme partagés entre posture scientifique et sens de l'État⁴¹, réalisent des traitements des données qui ne sont jamais neutres malgré l'invisibilisation des procédés. Dans une administration qui s'affirme, les études statistiques ont des buts qui dépassent la simple recherche de connaissance pour fournir des pistes de rationalisation des activités⁴². Ici la publication porte sur une adéquation entre l'offre et la demande de kinésithérapie, ce qui suggère que le traitement statistique est réalisé en vue d'optimiser le nombre de travailleurs. Il s'agit d'avoir une démographie efficace, mettant à jour un nombre de soignants (et de dépenses) inutiles, comme cela est écrit dans un rapport de 2019 du directeur de la DREES de l'époque, Jean Marc Aubert⁴³ : « Le système de financement actuel ne permet pas d'éviter le financement d'actes non pertinents [...] L'objectif est de cibler des régions pour lesquelles les taux de recours à certains gestes ou spécialités s'écartent significativement de la moyenne nationale⁴⁴ ». L'utilitarisme explique le recours à la modélisation, au risque de la simplification, pour fournir des éléments pour gouverner.

La façon d'aborder la démographie des professionnels de santé évolue aussi dans les publications DREES : le nombre global perd en importance au profit de la question de la densité et de ses variations. En 2002, dans la première publication portant sur les kinésithérapeutes, la question de la densité est peu présente et traitée uniquement en lien avec les quotas à la formation dans chaque région :

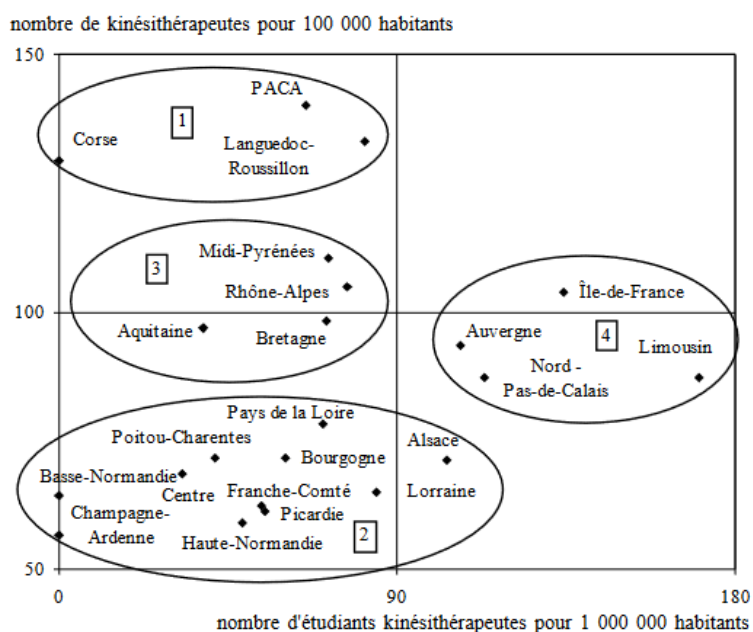
⁴¹ Desrosières (A.), Didier (E.), *Prouver et gouverner : une analyse politique des statistiques publiques*, Paris, La Découverte, 2014, p. 55.

⁴² Martin (O.), *L'empire des chiffres*, Paris, Armand Colin, 2020, p. 103.

⁴³ Cet acteur fait figure d'entrepreneur de changement notable en faveur de la gouvernance par les instruments comptables. Ce polytechnicien, passé par le cabinet du ministre de la Santé Bertrand et la CNAM au moment de l'introduction des outils de paiement à la performance, a quitté la DREES en 2020 pour prendre la direction de la filiale française d'une multinationale américaine, IQVIA. Son activité est résumée par son slogan « *The human data science company* ». Elle s'appuie sur la constitution de bases de données en santé pour proposer du conseil aux acteurs de santé (recherche pharmaceutique, stratégie d'accès aux marchés de santé...). Cette entreprise a été médiatisée en mai 2021 dans un reportage télévisé soulignant son rapport étroit avec les pharmacies françaises et la récolte de données de santé en résultant.

⁴⁴ Aubert (J.-M.), *Stratégie de transformation du système de santé. Modes de financement et de régulation. Rapport final*, Paris, DREES, 2019.

Densités régionales en étudiants kinésithérapeutes en 2001 et en kinésithérapeutes en activité en 2001



Source : Répertoire Adeli et enquête auprès des établissements de formation aux professions de santé, DREES.

Figure 3 : présentation de la question de la densité de kinésithérapeutes (en lien avec les quotas régionaux de formation) par la DREES en 2002⁴⁵.

Cette forme de présentation de la densité qui articule quotas dans les instituts et densités régionales oriente la réflexion sur le comportement des étudiants et les conséquences à en tirer pour les politiques de quotas.

Progressivement l'introduction de cartes géographiques toujours plus nombreuses montre l'importance prise par la répartition, même si elle reste, dans un premier temps, reliée aux lieux de formation français :

⁴⁵ Darriné (S.), « Les masseurs-kinésithérapeutes en France – Situation en 2002 et projections à l'horizon 2020 », *art. cit.*

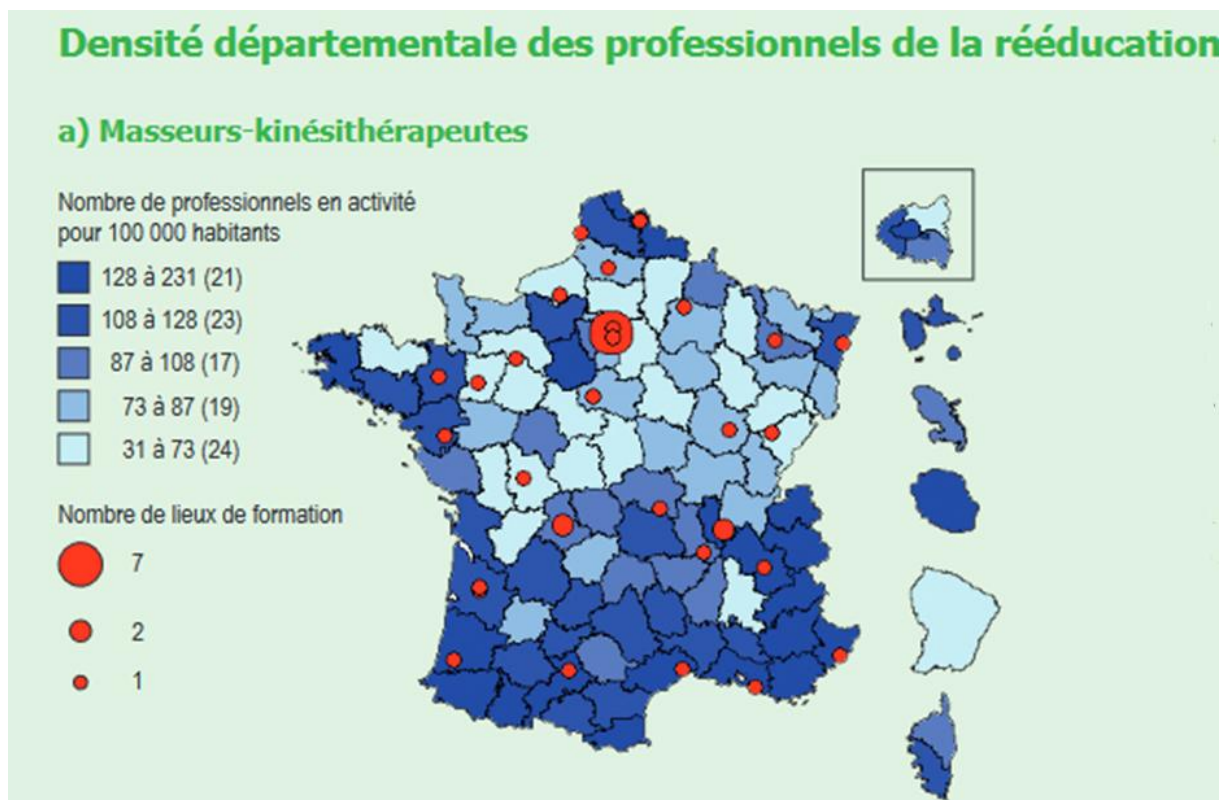


Figure 4 : cartographie issue d'une publication DREES de 2014⁴⁶.

En 2014, la densité de professionnels, départementalisée, devient plus immédiatement perceptible.

Par la suite, l'affinage conduit les statisticiens à proposer des unités géographiques de plus en plus petites, ainsi qu'un travail sur la densité qui devient « accessibilité » dans les publications DREES les plus récentes :

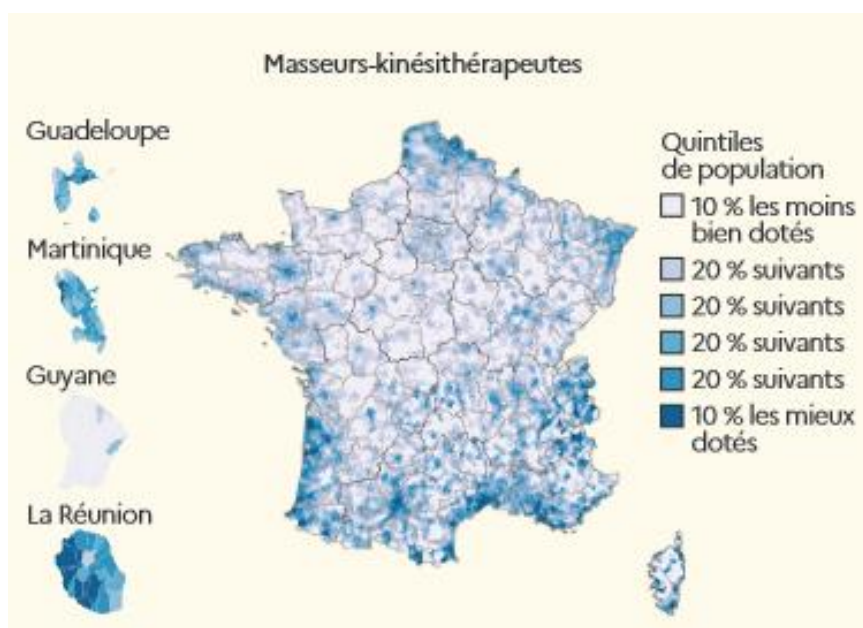


Figure 5 : présentation de l'accessibilité des kinésithérapeutes par la DREES en 2021⁴⁷.

⁴⁶ Rochut (J.), « Métiers de la rééducation : des professionnels toujours plus nombreux », *DRESS Etudes et résultats*, 895, 2014.

La création de cette notion d'« accessibilité », comme celle d'adéquation au « besoin de soins », montre le tournant normatif de la DREES. Elle est modélisée à partir d'un indicateur, l'APL, qui est construit pour étudier les répartitions des professionnels de santé libéraux.

L'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) :

Cet indice tire son origine de travaux de géographes universitaires anglo-saxons portant sur la modélisation de l'offre de soins⁴⁸ qui sont réutilisés pour le cas français à partir de 2010 par des économistes de la santé⁴⁹. Ils servent de point de départ à des statisticiens de la DREES et de l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé) qui proposent pour la première fois l'APL en 2012⁵⁰. Il est présenté d'abord comme un outil de connaissance sur l'activité des médecins généralistes, mettant en relation l'offre (via « le niveau d'activité des médecins ») et la demande (via « le taux de recours différencié par âge »). Pour le construire, sont agrégés un nombre de travailleurs en santé (en réalité pondéré par le nombre d'actes qu'ils réalisent, pour obtenir un chiffre exprimant une fraction d'« équivalent temps plein »), un nombre d'habitants (avec un poids attribué en fonction de classes d'âges censées refléter des consommations moyennes différentes) et une pondération en fonction du temps de trajet. Cet indicateur est proposé par unités géographiques de la taille des communes.

Multidimensionnel, nécessitant d'attribuer des pondérations pour réaliser les opérations mathématiques, l'APL s'impose en suivant la logique de la boîte noire (il est coûteux pour les professionnels de comprendre les opérations, de critiquer les pondérations ou de décortiquer le glissement entre consommation d'actes thérapeutiques constatée et demande de soins attribuée à une population). Non controversé à ses origines, sans doute du fait de conclusions d'abord prudentes⁵¹, l'APL s'installe et son utilisation est répétée dans le temps. Cela permet par la suite de le mobiliser pour mesurer les changements⁵², ce qui participe à le légitimer⁵³.

Les connaissances produites par la DREES permettent de faire évoluer le problème pour les acteurs des administrations. Les questions du nombre total et des quotas d'étudiants laissent place aux différences d'accessibilité sur le territoire (d'autant plus problématiques dans les

⁴⁷ Legendre (B.), « Les trois quarts des personnes les plus éloignées des professionnels de premier recours vivent dans des territoires ruraux », *DREES*, 1206, 2021.

⁴⁸ Radke (J.), Mu (L.), « Spatial Decompositions, Modeling and Mapping Service Regions to Predict Access to Social Programs », *Annals of GIS*, 6 (2), 2000 ; Luo (W.), Qi (Y.), « An enhanced two-step floating catchment area (E2SFCA) method for measuring spatial accessibility to primary care physicians », *Health & Place*, 15 (4), 2009 ; Luo (W.), Wang (F.), « Measures of Spatial Accessibility to Health Care in a GIS Environment: Synthesis and a Case Study in the Chicago Region », *Environment and Planning B: Planning and Design*, 30 (6), 2003.

⁴⁹ Mizrahi (A.), Mizrahi (A.), « La densité répartie : un instrument de mesure des inégalités géographiques d'accès aux soins », *Villes en parallèle*, 44 (1), 2010.

⁵⁰ Barlet (M.), Coldefy (M.), Collin (C.), Lucas-Gabrielli (V.), « L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes libéraux en France », *IRDES, document de travail*, (51), 2012 ; Barlet (M.), Coldefy (M.), Collin (C.), Lucas-Gabrielli (V.), « L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux », *DREES Etudes et résultats*, (795), 2012.

⁵¹ Barlet (M.), Coldefy (M.), Collin (C.), Lucas-Gabrielli (V.), « L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux », *art. cit.*

⁵² Legendre (B.), Aberki (C.), Chaput (H.), Gateaud (G.), « Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes : l'accessibilité s'améliore malgré des inégalités », *DREES*, (1100), 2019.

⁵³ « Dès lors que l'objet et sa mesure régulière sont routinisés, l'ensemble constitue un indicateur social, et c'est sa variation qui donne lieu à une interprétation, une action, ou un argument dans un débat social » Desrosières (A.), Didier (E.), *Prouver et gouverner*, op. cit., p. 130.

zones à fortes densités que le budget est contraint et que les kinésithérapeutes sont supposés être bientôt trop nombreux).

C'est ainsi que deux problèmes démographiques distincts co-existent : d'une part la question du non-contrôle du nombre global de kinésithérapeutes, dû au contournement des quotas français, pour les représentants des professionnels, et d'autre part la question des différences d'accessibilité des kinésithérapeutes (trop nombreux à l'avenir) sur le territoire pour les administrations.

Elaboration d'une solution, réguler l'installation

Imposer le problème de la répartition, changer l'arène de discussion

Les représentants des kinésithérapeutes ne sont pas en mesure de médiatiser leur problème des diplômés étrangers, d'autant que de potentiels alliés, comme les médecins ou les infirmières, sont peu concernés par les migrations européennes⁵⁴. Les administrations appliquent aux kinésithérapeutes les mêmes raisonnements qu'aux autres professions de santé : répartition territoriale plutôt que contrôle du nombre global. L'origine française ou non du diplôme n'entre pas en ligne de compte dans l'édiction de mesures de régulation :

« On travaille dans le champ européen, finalement, sur les qualifications professionnelles et il a fallu s'adapter à toutes ces règles. [...] Tout ça [les arrivées de kinésithérapeutes européens] est lié au fait qu'en France c'est sélectif, il y a des quotas donc il y en a qui vont se former dans d'autres pays de l'Union. Donc c'est le phénomène que déplore l'Ordre et aujourd'hui la manière de traiter ça, je crois que [la présidente du CNOMK] l'a compris. Elle est maintenant à la tête, je crois, d'une structure européenne où elle peut, peut-être, faire avancer les choses. »

Entretien avec un chef de bureau en charge des ressources humaines à la DGOS, 2018.

Les flux européens sont décrits comme difficilement régulables par les acteurs de la DGOS qui pointent les réglementations communautaires. Ils renvoient les organisations professionnelles qui les interpellent sur le sujet vers les institutions européennes. Au-delà de cet argument, un tropisme hospitalier de la DGOS (qui a remplacée, après 2010, la Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins), perceptible au vu des expériences de directeurs d'hôpitaux d'une partie des chefs de bureau, participe à ce relatif désintérêt pour la fermeture du « robinet » de diplômés européens. Les kinésithérapeutes sont difficiles à recruter à l'hôpital (salaires faibles, décalage avec l'image d'un métier libéral) et l'augmentation du nombre total de professionnels peut être un moyen pour les acteurs de la DGOS d'améliorer la situation dans les hôpitaux.

Dans le même temps, ces phénomènes migratoires fournissent à d'autres segments administratifs une occasion de faire avancer la problématique de la répartition territoriale :

« On ne peut pas réguler les flux européens, enfin c'est pas à la dimension nationale, forcément on s'intéresse sur le national. [...] Surtout le problème c'est que ça augmente mais du coup ils ont une stagnation de leur revenu par tête, ils sont pas forcément gagnants les masseurs kinés aussi de cette très forte augmentation. [...] Il y a des nouveaux kinés qui arrivent tous les ans. C'est une des professions qui croît, [...] qui a la plus grosse dynamique. Et donc c'était une profession qui n'avait pas de

⁵⁴ Couffinal (A.), « Les médecins diplômés hors de France : statuts et caractéristiques », *Questions d'économie de la santé*, 45, 2001.

dispositifs de régulation du conventionnement sur le territoire jusque-là [d'où la nécessité d'en mettre en œuvre]. »

Entretien avec une chargée de mission en charge des kinésithérapeutes à la DSS, 2019.

L'arrivée de diplômés européens permet de faire avancer le projet de contrôle de la répartition des kinésithérapeutes en articulant l'impossibilité de réguler le niveau européen avec l'argument budgétaire. L'image du gâteau (financier) à se partager est régulièrement mobilisée par des acteurs des administrations ou par des syndicalistes. Puisqu'il existe une crainte d'être trop nombreux pour le gâteau, cela justifie une limitation du nombre par le payeur, la CNAM :

« Sur le sujet des flux de nouveaux professionnels, en particulier kinés des autres pays. Nous on a une réflexion plutôt en termes d'accès aux soins, une répartition globalement de l'offre [de kinésithérapeutes] en France. Sans aller véritablement sur le sujet qui est de la provenance, ou en tout cas l'origine du diplôme, ou les conditions de formation. Ça, c'est pas dans le cadre conventionnel qu'on cadre ce genre de sujet. [...] On va pas refaire le couplet ONDAM, budget public et voilà mais nous le sujet que l'on a c'est qu'effectivement par rapport à une évolution relativement dynamique des dépenses de kiné et de la démographie et sans rentrer dans la vision purement comptable qui n'est pas notre rôle mais plutôt... C'est effectivement de pouvoir... Notre sujet était le sujet de l'accès aux soins. »

Entretien avec un responsable du département professionnels de santé à la CNAM, 2019.

Les représentants de la CNAM, qui font état de leur connaissance des publications DREES, en tirent des conclusions qui relient la question du nombre au problème de la répartition. Il y a une volonté de la DSS et de la CNAM d'utiliser les craintes quant à la croissance démographique pour renforcer leur contrôle sur la main d'œuvre paramédicale. Le refus de la DGOS de s'impliquer dans la régulation des flux de diplômés européens et la mise en avant de la question de la répartition favorisent le changement d'arène de négociation de la régulation démographique au profit de la CNAM. Puisqu'elle finance les soins de ville et qu'elle est liée à chaque professionnel par une convention, elle est l'institution adaptée pour gouverner la répartition.

Techniciser la question, affaiblir les représentants des professionnels

Le problème de la répartition est appréhendé comme technique, réactivant un registre d'action ancien des politiques de protection sociale⁵⁵ : comment évaluer et modifier une répartition territoriale ? Dans les publications de la DREES, la logique est celle de la mesure⁵⁶ : compter les kinésithérapeutes pour éclairer le comportement du groupe et la politique à suivre en matière démographique (les informations sur la périphérie sont centralisées). Mais, à cette mesure, peut se greffer une étape de correction faisant appel à la logique de dénombrement : être capable, au besoin, de fournir des informations sur l'offre et la demande de soins *pour chaque territoire* (le centre renvoie à la périphérie des informations permettant une gouvernance). L'APL peut alors être mis au travail pour passer d'un objectif descriptif à un objectif normatif : pour chaque commune du territoire, il est possible d'instaurer des règles

⁵⁵ Palier (B.), *Gouverner la sécurité sociale: les réformes du système français de protection sociale depuis 1945*, Paris, PUF, 2002.

⁵⁶ Fabrice Bardet distingue la « mesure » (agrégation des données pour lire le tout à partir des parties) du « dénombrement » (désagrégation des données permettant, dans un tout, de distinguer les parties). Bardet (F.), *La contre-révolution comptable. Ces chiffres qui (nous) gouvernent*, Paris, Belles lettres, 2014.

qui soient différentes en fonction de l'APL. Sa complexité est alors un atout, le rendant difficilement déconstructible par les représentants des kinésithérapeutes.

« Les méthodes précédentes étaient sans doute un peu frustrées, celle-ci, on peut même presque dire qu'elle était presque perçue par certains comme trop complexe parce qu'on le voit, pour certaines professions, il a fallu faire un bel effort de pédagogie pour expliquer effectivement la méthode et ce qu'elle permettait d'approcher : [...] le fait d'avoir globalement l'accès au soin, que l'on mesure par rapport à l'APL. »

Entretien avec un responsable du département professionnels de santé à la CNAM, 2019.

Si l'APL mesure la correspondance entre offre et demande de soin sans être contesté, il peut être utilisé dans l'élaboration des solutions. Dépassant le simple contrôle de l'efficacité des mesures correctives⁵⁷, il autorise ces dernières. La CNAM peut ajuster sa politique de conventionnement (et de financement) pour chaque zone du territoire en fonction de son APL. Cela modifie le rapport de pouvoir avec les représentants syndicaux. Alors que jusque-là ceux-ci pouvaient prétendre être les témoins de situations de terrains remontées par leurs adhérents et ainsi discuter les constats globaux de la CNAM, la cartographie de l'accessibilité affaiblit leur argumentaire. La CNAM prétend avoir un regard très fin, connaissant la situation de chaque commune décrite par l'APL. Ce dernier devient alors instrument de régulation, tout autant qu'objectif à atteindre : il faut améliorer l'APL en liant la politique de conventionnement à l'APL de la zone.

Mettre en place des mesures, partager l'évidence d'une uniformisation comme réponse au besoin de soin

S'imposer dans les négociations grâce à la maîtrise de l'argument du « besoin de santé »

L'APL indique des différences de répartition de kinésithérapeutes libéraux mais n'évalue pas, seul, s'il s'agit d'excès ou de déficit. C'est lors des négociations conventionnelles que les qualifications des différentes zones sont établies. Il se joue alors un rapport de force, dont l'un des ressorts est la capacité à imposer sa définition du « besoin de santé ».

La centralité de cette notion dans l'administration de la démographie explique des tentatives explicites des acteurs de la CNAM et de la DSS de s'imposer comme juges légitimes du bon équilibre entre l'offre de soin et son financement :

« Quand on interroge les usagers ils ont tous le sentiment qu'ils sont loin de tout. Enfin tous. Même en région parisienne, ils aimeraient tous... C'est ce qu'avait montré l'Observatoire des inégalités. C'est amusant, globalement même en théorie économique, pratiquement tout le monde aimerait être près de tout. Y compris d'un CHU, y compris d'un centre d'expertise, donc le besoin il est toujours... Il y a toujours un besoin supplémentaire en santé. »

Entretien avec un responsable du département professionnels de santé à la CNAM, 2019.

En disqualifiant l'avis des usagers et en s'appuyant sur l'apparente neutralité des quantifications, les acteurs administratifs dépolitisent cette question et mettent à distance les approches subjectives de la notion de besoin de santé. « Le besoin [pour les kinésithérapeutes], c'est essentiellement une régulation enfin, selon les projections de la

⁵⁷ Vergier (N.), « Accessibilité aux professionnels de santé libéraux: des disparités géographiques variables selon les conditions tarifaires », *DREES Etudes et résultats*, 970, 2016.

DREES, on voit bien qu'il va y avoir une offre supérieure à la demande en fait, si on peut l'exprimer comme ça » (entretien avec un chef de bureau de la DSS, 2019). Les acteurs de la DSS ou de la CNAM réutilisent à leur compte les résultats de la DREES et imposent ainsi l'idée que la question du besoin de soin a été posée, évaluée et dorénavant réglée.

Du côté des kinésithérapeutes, les constats de la DREES sur les différences de densités de praticiens sont acceptés et tous les enquêtés reconnaissent qu'il s'agit d'un problème. Les syndicalistes⁵⁸ les plus inquiets des flux de diplômés européens sont alors en difficulté pour s'opposer aux limitations des installations proposées par les acteurs de la CNAM :

« Vous pouviez vous installer où vous vouliez jusqu'à il y a peu. Être conventionné et donc avoir vos soins qui sont pris en charge, bon. Donc participer à bouffer un petit peu l'enveloppe de la kinésithérapie. Bien. Vue l'arrivée massive, vue l'absence totale de prise de responsabilité de l'État autour de cette régulation européenne... Il y a une régulation en France mais pas européenne. Bien. Qu'est-ce qu'on a fait ? On s'est dit à un moment donné on peut plus, il faut aussi qu'on protège l'activité existante, notamment dans des zones comme le sud de la France qui attirent 90% de ces communautaires. [...] On a mis en place une mesure de régulation de conventionnement sélectif. [...] C'était notre seule possibilité aujourd'hui, face à l'absence totale de prise de responsabilité de l'État qui aurait pu aussi prendre ses responsabilités en disant "non, on ferme, ou on limite à tant l'arrivée de diplômés communautaires par an, parce qu'on n'a pas besoin de plus". [...] Sauf que "oh ouais mais non vous comprenez, Bruxelles c'est compliqué". Ben oui ok, alors on va le faire autrement, on va le faire autrement c'est le conventionnement sélectif. Si on l'avait pas fait c'était du chômage assuré pour la profession alors même que la profession n'a jamais connu ça, jamais. »

Entretien avec un responsable national de syndicat de kinésithérapeutes, 2019

Dans cet extrait, ce représentant syndical montre l'articulation entre son problème de diplômés européens et le problème de la CNAM de répartition des praticiens. D'une part, l'inquiétude qu'il exprime quant à un hypothétique chômage montre une acceptation des analyses de la DREES : les kinésithérapeutes deviennent trop nombreux dans certaines zones. D'autre part, il lui est impossible de proposer des instruments adaptés à l'arène des négociations conventionnelles ou de déplacer celle-ci pour traiter sa question des flux européens⁵⁹. Il se range alors à la solution de la régulation de l'installation par zones.

Certains représentants sont toutefois plus nuancés, et peuvent tenter de transformer cette forte augmentation démographique, subie, en opportunité pour la profession :

« Comment évaluer les besoins en santé d'une population ? Ou d'une profession ? parce que finalement est-ce qu'on l'évalue par rapport à la patientèle qu'on voit actuellement ? En fait ça sous-entendrait que les besoins ne peuvent s'étendre à d'autres problématiques. Aujourd'hui les patients atteints de cancers, les kinésithérapeutes n'y ont pas accès dans le champ conventionnel. [...] Les pouvoirs publics ont tout mis en œuvre pour qu'un jour, de toute façon, cette régulation se fasse. [...] L'Assurance Maladie nous parlait beaucoup du fait que, finalement, est-ce que le bilan diagnostic était une bonne idée ? [...] On aurait presque pu arriver, à un moment

⁵⁸ Alors que le CNOMK était partie-prenante de la construction du problème démographique, la négociation syndicale dans l'arène conventionnelle exclut formellement ces acteurs. Il existe cependant des porosités entre syndicats et Ordre, et on retrouve des acteurs avec des doubles casquettes.

⁵⁹ Les kinésithérapeutes n'ont pas les relais politiques que peuvent avoir les médecins. A titre d'exemple, il est rare de trouver un kinésithérapeute élu à l'assemblée nationale (1 députée sur la mandature 2017-2022).

donné, à une proposition de l'Assurance Maladie qui était de supprimer le bilan. Bilan qui semble hyper important pour la profession. »
Entretien avec un responsable national de syndicat de kinésithérapeutes, 2021

Dans cet extrait d'entretien, une autre facette du rapport de force qui explique la signature de l'avenant 5 est mise en lumière. Ce représentant dit ses doutes sur l'évaluation proposée des besoins de soins tout en montrant pourquoi il ne peut s'y opposer : les kinésithérapeutes ne sont pas maîtres de leurs actes. L'exemple cité de la prise en charge des patients atteints de cancer rappelle leur double tutelle : leur pratique est liée à une définition médicale (les actes de kinésithérapie dépendent de ce que les médecins les autorisent à faire) et une définition administrative (les actes enseignés et pratiqués sont essentiellement les actes remboursés). L'extension des besoins de kinésithérapie dépend de l'accord médical et de l'extension de la prise en charge conventionnelle, sinon, comme pour les malades du cancer, « les kinésithérapeutes n'y ont pas accès ». Le lien entre exercice conventionné et définition même du travail de kinésithérapeute est appuyé par le second exemple du bilan. Ce dernier est décrit comme « hyper important » car il autorise une certaine autonomie technique en justifiant quels actes de rééducation sont à privilégier. Or, il semble devoir son existence à l'acte conventionné : si la CNAM le décide, elle peut, comme ce syndicaliste le formule, « supprimer le bilan ».

Cela montre deux faiblesses des kinésithérapeutes. D'une part, une désunion interne sur la réponse à donner au problème des flux européens : pour certains, la seule solution est une clôture urgente du marché du travail alors que, pour d'autres, cette réalité, subie, peut être utilisée pour « étendre à d'autres problématiques » le champ de compétence des kinésithérapeutes. D'autre part, leur position dans l'espace de la santé rend difficile une adaptation de leurs prérogatives en fonction des évolutions démographiques. Ils ne peuvent donc pas s'accorder sur un nombre total de kinésithérapeutes à atteindre, ce qui contraste avec leur acceptation d'une répartition uniforme comme synonyme de bonne démographie. Les modélisations DREES des « besoins de soins » en kinésithérapie ne se voient pas opposer de front uni ou de contre-propositions et servent d'arguments pour réguler la densité en limitant son augmentation. Dans cette situation, la négociation porte essentiellement sur l'obtention de compensations⁶⁰, comme des aides pour les zones « très sous-dotées ». C'est ainsi que l'avenant 5 à la convention entre kinésithérapeutes libéraux et CNAM est signé en 2017 et mis en application en 2018.

Déployer la régulation démographique en région

La cartographie nationale est régionalisée et envoyée aux ARS pour des adaptations basées sur le principe de l'échange : chaque zone déclassée doit être remplacée. Il ne s'agit pas de discuter la pertinence de limiter l'installation, mais de vérifier que la différence de densité prévue par l'APL ne puisse être nuancée par d'autres facteurs imprévus.

Les acteurs des ARS ne disposent pas d'instruments propres d'évaluation de l'offre de soin. En dehors d'une reprise des statistiques et cartes nationales, ils peuvent simplement échanger sur la question avec des syndicalistes kinésithérapeutes, notamment élus au sein des URPS (Unions Régionales des Professionnels de Santé) qui ont un rôle d'interlocuteurs auprès des

⁶⁰ Quelques demandes d'affinage de l'instrument peuvent aussi apparaître, bien que marginales chez les kinésithérapeutes. Cette demande semble avoir été plus forte chez les chirurgiens-dentistes, pour qui les limitations à l'installation entérinées en 2023 se font en suivant un APL pondéré par un « gradient social » intégrant le pourcentage de la population en ALD ou bénéficiant de la Complémentaire Santé Solidaire.

ARS. Les échanges entre ces acteurs passent principalement par deux canaux, les réunions des Observatoires Régionaux de la Santé (qui comprennent des représentants des URPS, des Ordre et des structures de formation), et les demandes d'avis sur les dossiers en cours aux représentants des URPS. Les réunions des Observatoires régionaux servent, pour les acteurs des ARS, à mobiliser les professionnels, en signalant les arguments de contestation d'un instrument imposé « d'en haut ». Ainsi, lors d'une de ces réunions, un directeur adjoint d'une ARS souligne que les besoins en professionnels « ont été sous-estimés à cause de l'image [attractive] de la région », qu'« il faut souligner le dynamisme démographique en nombre d'habitants » ou encore que la région « est une des plus vieillissantes et des plus pauvres ». À ces réunions s'ajoutent des demandes d'avis sur les cartographies. Dans cette même région, suite à l'avenant 5, l'URPS kinésithérapeute a eu à se prononcer sur les permutations possibles entre les zones. Comme l'ARS, ces syndicalistes régionaux ne disposaient pas d'instruments dédiés et ont choisi de mener une enquête par sondage : ils ont sélectionné la zone à APL le plus élevé où l'installation resterait libre et ont appelé des kinésithérapeutes afin de leur demander leur avis sur un éventuel classement en « sur-doté » (afin de permettre de déclasser une autre zone). Les résultats ont été rapportés oralement lors d'une réunion entre élus de l'URPS à laquelle j'ai pu participer. Sur 35 kinésithérapeutes répondants (pour une centaine de praticiens dans la zone concernée), 30 se sont déclarés opposés à la limitation de l'installation, 3 ne se sont pas prononcés et 2 s'y sont déclarés favorables. Chez les kinésithérapeutes installés, certains peuvent voir d'un bon œil la régulation démographique car cela limite la concurrence notamment lorsqu'ils pratiquent des dépassements d'honoraires ou associent kinésithérapie et soins hors convention (ostéopathie par exemple, qu'il n'est pas toujours évident de distinguer de la kinésithérapie). À l'inverse, pour d'autres, dont le modèle économique est basé sur des cabinets faisant travailler un grand nombre de jeunes collègues, la limitation du nombre de kinésithérapeutes est vue d'un mauvais œil car elle empêche d'augmenter la taille du cabinet. Chez les jeunes professionnels, de la même manière, il peut y avoir une contestation de la limitation des installations, mais aussi une crainte d'une trop grande concurrence pour entrer sur le marché de l'emploi si des régulations ne sont pas mises en place. Dans de nombreux discours, les flux européens sont connus, voire inquiétants, mais sans réelles répercussions constatées en termes de clientèle, ce qui explique cette ambivalence.

Les acteurs de cette URPS ont suivi les avis récoltés et ont considéré qu'en l'absence d'arguments précis, il n'y avait pas lieu de permuter des zones et l'ARS a laissé la cartographie nationale en l'état. Les échanges au niveau régional ne modifient que peu la mise en place de cette politique publique, qui s'appuie sur un cadre légal imposé nationalement. Au vu de la faiblesse de la contestation, cette politique de régulation s'étend avec, en 2023, un avenant 7 qui élargit les zones considérées comme « sur-dotées » en kinésithérapeutes à 30% de la population française. Il est d'ailleurs notable que l'alliance entre ministère de la Santé et CNAM se renforce à cette occasion. Les préoccupations hospitalières de la DGOS, si réticente à s'attaquer au « robinet » des diplômés européens, transparaissent dans les accords conventionnels de 2023 : l'avenant 7 impose ainsi un exercice salarié obligatoire de deux ans dans les hôpitaux (ou un exercice libéral en zone « sous-dotée ») avant de pouvoir prétendre à un conventionnement libéral. La manne des jeunes diplômés est ainsi objet de transactions qui dépassent largement la négociation des tarifs de prises en charge et remboursements d'une assurance santé obligatoire.

Conclusion

James Scott a décrit le processus de standardisation et d'établissement de comptabilité comme le ressort de l'assujettissement d'individus permettant la construction de l'Etat. Pour lui,

l'autorité de l'Etat ne se manifeste pas uniquement par les instruments *stricto sensu* mais aussi par l'ensemble des connaissances produites qui façonnent des regards sur les espaces sociaux. Dans le cas des kinésithérapeutes, penser leur régulation démographique en termes de répartition veut dire qu'ils sont interchangeables, que l'uniformité est souhaitable et que leurs propositions de soins sont rationalisables afin de les distribuer également auprès d'une population dont le besoin lui-même est à délimiter. Ce changement dans la façon de connaître la démographie se produit dans un espace social où la « bride » de l'Etat était jusqu'à présent assez lâche. Les politiques actuelles de regroupement dans des maisons de santé, les tentatives pour affiner les nomenclatures d'actes remboursés ou, donc, la prise en main de la régulation de l'installation libérale montrent que l'État entend s'y affirmer par l'intermédiaire de la CNAM. Les kinésithérapeutes sont appréhendés par des indicateurs créés pour justifier des incitations et des limitations qui doivent orienter leur exercice. L'« œil » de l'État est ainsi au préalable de sa « main », tous deux guidés par une logique d'uniformisation : le changement dans la politique publique étudiée passe par les évolutions des connaissances qui permettent d'inventer des instruments. Cela ne fait pas disparaître tous les autres ressorts de l'action publique, et notamment le rapport de force dans diverses arènes, les possibilités de relais politiques ou la socio-histoire des métiers impliqués, ce qui explique que les premières cibles de la CNAM sont les métiers dominés du soin plutôt que les médecins. Reste en suspens la question de l'extension à ces derniers, non concernés par ces premières régulations, mais néanmoins affaiblis par celles-ci. D'une part, leur rôle de juge des soins légitimes est discuté, puisque l'État considère qu'il peut saisir le besoin de soin à l'échelle populationnelle. D'autre part, la profession médicale est progressivement isolée dans l'espace de la santé, où le temps et la faiblesse des contestations normalisent progressivement la régulation au conventionnement.