

**Master 2^{ème} année
Management Sectoriel, Parcours « Management
des Organisations Soignantes »**

Projet Managérial

ECUE 3.2

**Dominique Letourneau –
Isabelle Robineau-Fauchon**

**« La prise en charge de patients en rééducation
en Soins de Suite et Réadaptation dans un
contexte de pénurie d'une profession
paramédicale »**

Nicolas PAGE
Année 2017/2018

Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne

Note aux lecteurs

Les dossiers des étudiants du **Master 2 "Management Sectoriel" parcours "Management des Organisations Soignantes"** de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'ESM - Formation & Recherche en Soins.

Remerciements

La réalisation de ce projet managérial a été rendue possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma reconnaissance.

Je voudrais tout d'abord adresser toute ma gratitude à Madame Stéphanie CARRANI, Directrice de la clinique du Moulin de Viry, pour m'avoir permis de suivre cette formation, pour sa disponibilité et ses précieux conseils tout au long de l'année,

Je désire aussi remercier Madame Isabelle ROBINEAU-FAUCHON et Monsieur Dominique LETOURNEAU, tuteurs pédagogiques, qui m'ont fourni les outils nécessaires à alimenter ma réflexion à chaque étape de ce projet managérial, mais également pour leur patience et leur disponibilité,

Je souhaite remercier le Docteur CHAUSSIS, médecin coordonnateur de la clinique du Moulin de Viry, sur ses apports théoriques qui m'ont permis de mieux déterminer l'environnement de ma réflexion,

Je souhaite adresser un grand merci aux kinésithérapeutes de la clinique du Moulin de Viry pour avoir accepté de participer à ce projet mais également à l'ensemble de l'équipe de rééducation (ergothérapeutes, éducateur en activité physique adaptée et diététicienne) pour leurs encouragements, leur soutien et leur investissement dans le cadre de mes remplacements,

Pour finir, je voudrais exprimer ma reconnaissance envers mes collègues de promotion qui m'ont apporté leur support intellectuel et moral tout au long de ma démarche professionnelle.

Table des matières

Introduction	5
1. Analyse du contexte sanitaire et institutionnel.....	7
1.1 LE CONTEXTE NATIONAL.....	7
1.2 LE CONTEXTE REGIONAL D'ILE DE FRANCE.....	8
1.3 LE CONTEXTE DEPARTEMENTAL DE L'ESSONNE.....	10
1.3.1 Démographie	10
1.3.2 Offre de santé en Essonne	11
1.4 L'INSTITUTION	12
1.4.1 Présentation du groupe ORPEA-CLINEA.....	12
1.4.2 La clinique du Moulin de Viry.....	14
1.5 LA PROFESSION DE MASSEUR –KINESITHERAPEUTE	16
1.5.1 Historique.....	16
1.5.2 La kinésithérapie aujourd'hui.....	20
2. Le projet managérial : La pénurie de kinésithérapeutes dans les établissements de santé.	24
2.1 LE SERVICE DE REEDUCATION.....	27
2.1.1 Les ressources matérielles	27
2.1.2 Les ressources humaines.....	27
2.1.3 L'organisation du service	28
2.1.4 La communication.....	30
2.2 SATISFACTION DES PATIENTS SUR LA PRISE EN CHARGE EN KINESITHERAPIE	34
2.3 LES ENTRETIENS AVEC LES KINESITHERAPEUTES.....	37
2.4 ENTRETIEN AVEC LES CADRES DE REEDUCATION DE CLINIQUE.....	37
2.5 L'ANALYSE DES ENTRETIENS KINESITHERAPEUTES	38
2.5.1 L'ancienneté des professionnels kinésithérapeutes.....	38
2.5.2 Les caractéristiques motivationnelles d'emploi.....	38
2.5.3 La qualité de prise en charge du patient	39
2.5.5 Le salaire.....	40
2.5.6 L'investissement du professionnel et crainte du changement.....	40
2.5.6 Les intérimaires.....	42
2.5.7 Pistes d'amélioration de l'existant.....	43
2.6 LE PROFIL DES KINESITHERAPEUTES.....	46
2.6.1 Organisation par ETP ou compétences	46
2.6.2 Niveaux de maîtrise	48
2.7 LES DIFFERENTS MODES DE FINANCEMENTS ET LES OPTIONS	52
3. Les stratégies du changement.....	55
3.1 LA REVALORISATION HUMAINE DE L'ACTIVITE DE KINESITHERAPIE.....	55
3.2 LA RESSOURCE EXTERNE.....	56
3.3 LA ROTATION DES KINESITHERAPEUTES SUR L'ETABLISSEMENT	57
3.4 OUVERTURE DU PLATEAU TECHNIQUE AUX KINESITHERAPEUTES LIBERAUX.....	59
3.5 LE RASSEMBLEMENT DES KINESITHERAPEUTES DE L'ETABLISSEMENT EN COLLEGE	60
3.5.1 Les leviers de cette organisation	61
3.5.2 Les freins de cette organisation	62
3.5.3 La mise en place de l'hypothèse de travail choisie.....	65
4. L'évaluation du projet	68
4.1 L'INTERET DE CE CHANGEMENT	68
4.1.1 Le changement fonctionnel.....	68
4.1.2 Le changement politique.....	68
4.1.3 Le changement culturel.....	68

4.2 LES INDICATEURS	69
4.3 LES IMPACTS SUR LES PATIENTS : INDICATEURS DE SATISFACTION ET DE QUALITE	70
4.4 L'ÉVALUATION AUPRES DES PROFESSIONNELS : INDICATEURS DE SATISFACTION	71
4.5 LES LIMITES DE CE CHANGEMENT.....	71
4.5.1 <i>Projet transposable ?</i>	71
4.5.2 <i>Changement court-moyen-long terme ?</i>	72
5. CONCLUSION.....	74
Bibliographie	76
Table des matières	

Liste des abréviations

ALD : Affection de Longue Durée

APA : Activité Physique Adaptée

APHP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

ARS : Agence Régionale de Santé

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personne Âgée Dépendante

ESPIC : Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif

ETP : Équivalent Temps Plein

HAD : Hospitalisation À Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HC : Hospitalisation Complète

HDJ : Hôpital De Jour

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MK : Masseur-Kinésithérapeute

MPR : Médecine Physique Rééducation

ONDAM : Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie

ORS : Organisation Régionale de Santé

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Informations

PRS : Plan Régional de Santé

RFR : Restauration Fonctionnelle du Rachis

SSIAD : Service de Soins Infirmiers À Domicile

SSP : Soin de Suite Polyvalent

SSR : Soins de Suite et Réadaptation

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

T2A : Tarification À l'Activité

**« NOUS ALLONS FAIRE CE QUE L'ON PEUT DU
MIEUX POSSIBLE AVEC CE QUE NOUS AVONS »**

(X.MARCHAND, consultant didaction conseil, *la culture de l'évaluation comme reconnaissance au travail*, cours Master2 MOS, école Montsouris, Créteil, le 24 novembre 2017)

Introduction

«Aujourd'hui, près de 80% des masseurs-kinésithérapeutes préfèrent ainsi exercer en libéral »¹ c'est ainsi que se termine le 5 mars 2014 un reportage sur la pénurie des kinésithérapeutes en hôpital. Un an plus tard même constat : « 80% des kinés exercent en libéral »². Déjà se posent à cette période, la question et la crainte d'une pénurie en kinésithérapeute, à l'hôpital public mais également dans les structures privées.

En 2018, après 4 années à travailler en tant qu'éducateur en activité physique adaptée au sein de la clinique du Moulin de Viry, métier que j'exerce actuellement, j'ai pu côtoyer des kinésithérapeutes, échanger et travailler avec eux au quotidien. Au cours de ces 4 années, le profil des professionnels en kinésithérapie dans la structure a changé. Au début, les professionnels étaient fixes en CDI avec pour certains une origine étrangère mais c'était une minorité. La première grande tendance a été d'avoir un grand nombre de professionnels en intérim, jeunes diplômés souhaitant acquérir de l'expérience, ne cherchant pas spécifiquement à s'impliquer dans une structure. La seconde tendance fût l'arrivée et l'emploi d'un grand nombre de professionnels étrangers notamment venant d'Espagne, qui par la suite se sont installés en libéral. Et la tendance actuelle est de recruter de jeunes kinésithérapeutes étrangers (ressortissant de l'Union Européenne ou non), conséquence d'un changement lié à l'allongement du nombre d'années d'études en kinésithérapie en France. Au départ, je n'apportais que peu de réflexion à ces changements, je composais avec, comme l'ensemble de mes collègues. Cette période s'éternisant avec un turn-over important de kinésithérapeutes, j'ai commencé à échanger de manière informelle avec les kinésithérapeutes en poste, la problématique réelle, était au centre de nos réunions de service. J'ai donc commencé à me poser des questions : pourquoi ce poste ne trouve-t-il pas de professionnel fixe ? Est-ce un problème lié au service, à la clinique ? Où est-ce dû à des éléments indépendants de la clinique ? Pouvons-nous agir sur ces éléments ? Comment fidéliser les professionnels intérimaires ?

Ces questions n'étaient qu'un souhait personnel et professionnel de comprendre la cause de cette problématique de recrutement et la manière dont un cadre pouvait organiser au mieux son équipe avec ce dont il disposait en termes de ressource humaine.

S'en est alors émergée la réflexion que j'ai souhaité réaliser tout au long de ce projet managérial en ciblant un type de structure correspondant à mon lieu d'exercice : Comment les cliniques privées à but lucratif vont-elles s'organiser face à l'évolution d'une profession paramédicale, que sont les kinésithérapeutes, extrêmement demandée dans les établissements de santé ?

Dans un premier temps, et dans l'optique de définir le cadre de ce projet managérial, nous réaliserons une présentation du contexte sanitaire en Île-de-France. Celle-ci permettra de mieux cerner l'offre de soins en Soins de Suite et Réadaptation (SSR) et ses conséquences sur la problématique du projet managérial. Nous présenterons également la structure au sein de laquelle ce projet sera mené. Dans un second temps une analyse des problématiques pouvant expliquer ce questionnement managérial viendra démontrer l'importance d'un changement organisationnel dans les structures privées à but lucratif. Ce changement a pour vocation de répondre à une pénurie de kinésithérapeutes dans

¹ France.tv, Vers une pénurie de kinés à l'hôpital ? Allodocteurs.fr (consulté le 17-10-17)

² Radio France, Philippe Duport, émission « c'est mon boulot » Kiné : une formation sélective mais des débouchés, publié le 16/07/2015

et aux possibles questionnements des collaborateurs. Dans un troisième temps, la présentation des orientations managériales envisageables permettant d'adapter au mieux une organisation de service nouvelle propice à la communication et l'intérêt d'échange intra puis inter professionnel sera abordée. Dans une quatrième et dernière partie seront présentés les indicateurs formalisés permettant une évaluation macroscopique du projet.

1. Analyse du contexte sanitaire et institutionnel

1.1 Le contexte national

En France, le système de santé est sous la tutelle des pouvoirs publics via le ministère de la Santé et l'assurance maladie garante du remboursement de soins médicaux et couvrants les risques liés à la santé. Les décisions se prennent sur la base d'axes de politique de santé publique mis en place au niveau national et déclinés au niveau des régions et des départements. L'objectif de la politique de santé est de réaliser un véritable parcours de soin pour le patient permettant un suivi complet, à partir d'une communication entre les différents secteurs (ville, hôpital). Cet objectif constitue un axe prioritaire avec la loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire³ dans un environnement où le patient a le libre choix de son professionnel, de son établissement d'hospitalisation. Ainsi l'objectif prioritaire est bien l'accès aux soins au plus proche du patient quel que soit son lieu de résidence.

L'État s'appuie sur des structures publiques et sur des structures indépendantes, comme Haute Autorité de Santé (HAS), pour assurer la mise en œuvre des politiques de santé publique ainsi que la sécurité sanitaire. De par ces structures, l'État veille à ce qu'il y ait une répartition équitable des établissements de soins sur un territoire de santé mais également à la complémentarité entre ces établissements et par conséquent des professionnels de santé. Par ailleurs, le Parlement votant la loi de financement qui définit l'objectif de dépense nationale de l'assurance maladie (ONDAM), nous constatons que les pouvoirs publics pilotent l'ensemble des politiques de santé sur le territoire français.

En date du 9 août 2017, la feuille de route fixée à la Ministre de la santé et de la cohésion sociale révèle 3 objectifs principaux que sont « *la prévention, la réduction des inégalités sociales et territoriale d'accès à la santé* », le soutien au « *modèle de protection sociale de manière à garantir de manière durable ces principes de solidarité et d'équité* » ainsi que l'attention à « *protéger les personnes les plus vulnérables et de lutter contre les inégalités sociales* »⁴. Pour permettre la diffusion de ces axes de politique de santé, les Agences Régionales de Santé (ARS) ont en charge la continuité de ce programme au niveau régional. Ces agences assurent un suivi cohérent de la répartition des établissements de santé sur un territoire régional permettant un accès égalitaire aux soins pour les populations quelle qu'elles soient sur l'ensemble de leurs champs d'action. Pour cela elles définissent le Plan Régional de Santé (PRS) qui se décline sous la forme de Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS). Ainsi les services régionaux doivent lutter contre les inégalités d'accès aux soins, adapter l'organisation et la répartition de l'offre de soin et aménager leur organisation aux spécificités et besoin régionaux.

Pour s'assurer que les politiques de santé publique sont mises en place, l'échelon local est le dernier élément, et non pas des moindres puisque c'est celui qui est au plus proche de la population. Pour cela des réseaux de santé sont mis en place permettant la communication entre l'ensemble des acteurs du milieu sanitaire. Depuis quelques années, les pouvoirs publics ont adapté leurs réponses face aux différentes spécificités de la population notamment celle d'une démographie vieillissante sur l'ensemble du territoire, spécificité ayant un impact sur l'offre de soin devant être adaptée. Ainsi des structures telles que le Service

³ Loi HPST du 21 juillet 2009

⁴ <http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/agnes-buzyn-devoile-sa-feuille-de-route> consultée le 18-10-2017

de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), Hospitalisation à Domicile (HAD), Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), la télémédecine ou encore la chirurgie ambulatoire se développent pour être au plus proche du patient dans le besoin de prise en charge de soin tout en répondant aux axes nationaux.

La loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation du système de santé, a renforcé l'action du Plan Régional de Santé permettant d'objectiver les actions à 10 ans. Dans ce PRS, 5 axes sont mis en avant en concordance avec la stratégie nationale de santé. Ces axes seront adaptés en fonction du territoire régional, à savoir, dans le cas de la présente étude, celui de l'Essonne. Il vise dans un premier temps à promouvoir et améliorer l'organisation en parcours des prises en charge sur les territoires, mais également à apporter une réponse aux besoins mieux ciblés, plus pertinente et efficiente ainsi qu'un accès égal et précoce à l'innovation en santé et aux produits de la recherche. Le Plan Régional de Santé doit permettre à chaque citoyen, dans sa mise en place, d'être acteur de sa santé c'est-à-dire de faire un retour aux professionnels des ressentis qu'il a de sa maladie, les événements indésirables amenant à une demande de rendez-vous sans attendre les délais fixés sur un dernier entretien. De plus en plus les patients vont aller chercher l'information liée à leur maladie, pour être associés aux choix qui sont faits et pouvoir échanger avec les professionnels en ayant l'ensemble des éléments permettant de prendre la décision la plus adaptée à leur situation.

En France métropolitaine et départements d'outre-mer(DOM), l'activité Soins de Suite et Réadaptation (SSR) est assurée par 1833 établissements tous statuts confondus. L'activité SSR est plus développée dans 2 régions de France (Île de France et la région PACA). Selon la Direction de la Recherche, des Études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), les établissements se répartissent en 910 établissements dans le secteur public, 460 dans le secteur privé non lucratif et 463 dans le secteur privé à but lucratif⁵. Cette diversité génère une concurrence importante à prendre en compte lorsque l'on a pour objectif d'avoir un taux d'occupation proche du 100% notamment dans le cadre des établissements à but lucratif. Pour chacun de ces établissements et selon les spécialités, des prises en charge sont réalisées soit en hospitalisation complète soit en hôpital de jour.

1.2 Le contexte régional d'Ile de France

Après avoir abordé la dimension démographique nationale, nous devons approfondir cette notion au niveau régional⁶ notamment en apportant quelques précisions sur la démographie médicale avec une donnée significative. La DREES envisage la baisse de la densité médicale en 2030 autour de 26% pour la médecine de ville. Pour apporter des éléments sur cette dimension territoriale qu'est la région, nous avons pu nous appuyer sur le PRS 2013 Île-de-France qui est le programme régional pour une durée de 4 ans soit jusqu'en 2017. Les axes du PRS sont organisés en quatre pistes de réflexions à partir desquelles sont déclinées les orientations au sein même d'un établissement.

Pour ce qui est de l'investissement dans la prévention pour diminuer la morbidité, la clinique mène des campagnes de prévention notamment avec la vaccination contre la grippe proposée à l'ensemble de ses salariés.

Pour répondre au deuxième axe de développement consistant à diminuer les inégalités sociales et territoriales de santé, l'établissement a mis en place une

⁵ <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche23-2.pdf>

⁶ <http://www.sante-iledefrance.fr/PRS/2013-2017/ars-idf-prs-schema-orga-soins-hospitalier-volets-thematiques.pdf>

instance, la Commission des soins et des risques liés au parcours patient (CSRPP), dans laquelle deux groupes de travail que sont celui lié à la personne démunie et celui lié à la personne en situation de handicap ont été créés. L'établissement s'intègre ainsi dans une volonté d'apporter une accessibilité à toute population ou du moins diminuer les inégalités pouvant intervenir face à la validation d'hospitalisation.

Le troisième axe du PRS consiste à structurer l'offre de santé qui doit être en adéquation avec les besoins de la population. Pour cela l'établissement a prévu l'ouverture d'un hôpital de jour gériatrique en 2019 permettant de répondre au vieillissement de la population. Il aura également pour objet de répondre aux grandes tendances qui se dessinent dans le développement de l'ambulatoire et de l'offre de soins hospitalier de court séjour.

Enfin, dernier axe de travail, la clinique du Moulin de Viry met en place en continu des groupes de travail sur des thématiques spécifiques (prévention des chutes, prise en charge des escarres...) dans l'objectif d'améliorer l'efficacité et la garantie de la qualité de prise en charge du patient. Les professionnels de chaque instance réalisent des audits (mensuels, trimestriels, annuels) desquels découlent des plans d'actions apportant une meilleure qualité de soins.

Ces axes régionaux définissent les objectifs à atteindre ou tout du moins à améliorer sur 4 ans. La mise en place de parcours de santé lisible de tous, accessible et sécuritaire est un élément de plus en plus important du fait de l'augmentation du nombre d'acteurs de santé pouvant prendre en charge un patient, mais également un parcours simple pour le patient lui-même. Comme nous l'avons exprimé, le patient a le libre choix de sa prise en charge, avec une attention particulière au fait qu'il se dirige vers les professionnels et les établissements pouvant répondre à ses besoins permettant l'amélioration de la qualité et l'efficacité de la prise en charge dans le système de santé. Cette politique de santé déclinée au niveau régional doit être partagée par l'ensemble des acteurs professionnels de la santé amenant à une implication complète du professionnel mais également du patient.

En s'appuyant sur des données de l'Observatoire Régional de Santé (ORS), du registre francilien et de l'assurance maladie, le SROS permet de faire émerger une tendance à l'augmentation de besoins de santé sur les maladies chroniques invalidantes, pathologies liées au vieillissement ainsi que les handicaps lourds. Ce constat est en lien avec l'évolution démographique et épidémiologique de la population française. Les Affections de Longue Durée (ALD) sont de plus en plus importantes et augmentent de 5% par an⁷. Les pathologies liées au vieillissement sont des enjeux importants de politique de santé avec une augmentation de l'espérance de vie notamment dans les pays riches et industrialisés comme la France, l'Angleterre ou encore l'Allemagne. Pour répondre à l'ensemble des besoins de santé régionaux, 860 autorisations d'implantation ont été délivrées en 2010 sur l'ensemble des 8 départements que compte la région Ile de France. Ces quelques chiffres témoignent d'une transition épidémiologique qui accompagne la transition démographique du pays.

Il faut noter que la population de la région Île-de-France a augmenté de 2,7% entre 2009 et 2016. L'évolution démographique régionale en adéquation avec l'ensemble de l'évolution nationale, laisse à prévoir une augmentation de l'âge des patients dans l'ensemble des hospitalisations complètes quelle que soit la pathologie prise en charge avec l'ensemble des antécédents et leurs conséquences. Face à cette donnée, les établissements devront organiser leur offre et par conséquent connaître des modifications en interne pour éviter les fermetures, les

⁷PRS 2013-2017 chapitre 11 Soins de suite et réadaptation p275

mutualisations. La clinique pourrait dans cette logique envisager la conversion de lits dédiés à la Médecine Physique Réadaptation (MPR) en lits dédiés à des pathologies plus neurologiques par exemple.

A cette donnée démographique quantitative, nous devons également souligner des données qualitatives. Les prises en charge seront de moins en moins réalisées par un seul et même offreur, ce qui amènera une concurrence qui doit être prise en considération, notamment dans le secteur privé à but lucratif qui doit réaliser des profits pour pouvoir maintenir et poursuivre une activité. A cela s'ajoute comme nous l'avons exprimé précédemment une augmentation de la difficulté des prises en charge, « *de par les pathologies du vieillissement souvent plus complexes, à laquelle se juxtaposent des problématiques sociales* »⁸. Nous entendons parler de virage ambulatoire, qui a pour conséquence de modifier les profils des hospitalisations complètes prenant en charge des patients plus dépendants, demandant une attention plus importante dans les soins, la rééducation. Cette constatation, va à l'encontre de ce qui émerge de plus en plus dans les actualités, à savoir le manque de personnels, alors même que s'affirme de plus en plus un contexte de restriction budgétaire dans l'ensemble des secteurs de la santé.

Suite à ces constatations, le SROS 2013-2017, a fait des recommandations générales telles que la valorisation des HDJ avec la volonté de maintenir une continuité de prise en charge post hospitalisation complète (HC). Les nouvelles implantations HC valideront la modification des désignations de lits de SSR déjà existants amorçant le virage de l'ambulatoire. Il est permis de dire que les orientations du SROS suivent les évolutions de santé et fixent des objectifs en lien avec la dimension épidémiologie et démographique de la région d'île de France.

1.3 Le contexte Départemental de l'Essonne

1.3.1 Démographie

Le territoire de l'Essonne est un des 8 territoires administratifs composant la région Île de France. Cette région est très attractive de par la proximité de la capitale avec la présence de l'ensemble des grandes entreprises internationales. C'est également une région offrant de nombreuses opportunités professionnelles liées à cette concentration d'activité. Ainsi le taux d'habitants de moins de 20 ans est légèrement plus élevé (25,8%) que dans le reste de la France (24,8%), contrairement au taux d'habitants de 75 ans et plus qui est plus faible (6,4%) que sur le territoire (8,7%). Le département de l'Essonne regroupe 10,3% de la population d'Île de France, avec une densité de population plus importante que la moyenne nationale.

Cette démographie vieillissante a de nombreuses conséquences sur l'organisation de la santé comme nous avons pu déjà l'évoquer. Le vieillissement de la population française est une réalité et le nombre d'enfants par femme (1.9 par femme) ne permet pas de renouveler une génération qui pour être réalisé devrait atteindre un nombre de 2.05 enfants par femme⁹. Dans le milieu de la santé ce phénomène de vieillissement est d'autant plus visible que les professionnels en départ à la retraite non seulement ne sont pas remplacés mais vont en outre augmenter le nombre des patients présents dans les institutions

⁸ Projet d'établissement, projet médical Clinique le Moulin de Viry

⁹ LAURENT E. Les mesures de la fécondité comme support pédagogique à l'enseignement de la statistique ; Statistique et Enseignement, Société Française de statistique, Décembre 2013

sanitaires ou médicaux sociale. Cette tendance est d'autant plus forte que l'espérance de vie augmente. Dès lors, il est complexe d'assurer un suivi et une prise en charge des plus optimales dans un contexte d'augmentation du nombre de personnes à prendre en soin et la diminution de professionnels devant prendre en charge ces personnes originaires du monde de la santé. Cette description est illustrée aujourd'hui par la manifestation du personnel soignant en EHPAD (le 30 janvier 2018), le mouvement « #balancetonhosto » (début janvier 2018), mettant en exergue les problématiques liées au milieu de la santé, avec le manque de personnel, dont une des raisons est celle décrite ci-dessus.

1.3.2 Offre de santé en Essonne

L'offre privée de soins est majoritairement concentrée dans le nord de l'Essonne avec une densité de population plus importante que dans le sud qui est plus rurale. Parallèlement à ce constat l'offre de soins libérale, les médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes ainsi que les infirmiers sont en deçà de la moyenne nationale en terme de densité. L'offre privée de soins (nous parlons du privé car similaire à notre structure d'étude) est concentrée dans le nord du département (territoire où se situe la Clinique du Moulin de Viry) avec une division EST-OUEST avec à l'EST 1 Hôpital privé ainsi qu'un ensemble de clinique d'Evry, à l'OUEST 2 hôpitaux privés et une clinique privée. Pour compléter l'offre, de nombreuses cliniques de tailles moyennes du nord et sud de l'Essonne couvrent le bassin 91-2 relatif au SROS d'Ile-de-France.

En fonction des spécialités des établissements offrant une prise en charge, la capacité en lits est un élément important à prendre en compte puisqu'il aura un impact sur le nombre de personnel employés dans la structure. Suivant la carte (Annexe 1) et un focus de cette carte¹⁰ la densité de capacités en lits et places de SSR (activité de la clinique où je réalise mon projet) en 2014 est très importante dans l'ensemble de l'Île de France, excepté le cœur de la région qui est moins doté en capacité d'accueil que l'ensemble de sa région. Cet élément va être un outil d'analyse dans l'évaluation attractive de l'établissement de la Clinique du Moulin de Viry.

L'environnement hospitalier est important avec 7 établissements publics de santé, 6 ESPIC, mais également 2 établissements de l'AP-HP, 16 autres titulaires d'autorisations (6 Insuffisances rénales chroniques « IRC » et 10 équipements Matériels Lourds « EML »)¹¹ et surtout 20 établissements privés à but lucratif. L'offre de soin en court séjour est de ce fait intense avec des centres hospitaliers (CH) et des établissements privés qui peuvent avoir des activités soutenues telle que la chirurgie, les urgences, la cancérologie. Nous nous focaliserons sur l'offre de soins privée qui est concentrée essentiellement au nord du département avec à l'Ouest l'Hôpital privé Jacques Cartier, la clinique de l'Yvette et l'hôpital privé d'Anthony. A l'Est, les Cliniques d'Evry et l'hôpital privé Claude Galien sont présents.

¹⁰ DREES, SAE 2014, traitements DREES ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2014

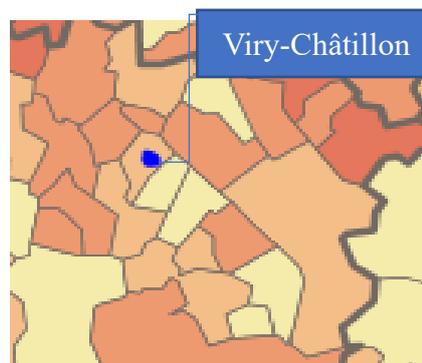
¹¹ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-05/BILAN-PRS-2010-2017-Essonne.pdf>

Dans le rapport et enquête de l'ORS 2015¹², nous avons une visibilité moins détaillée que le profil de santé du territoire de l'Essonne qui date de juillet 2013, mais nous avons un aperçu de la répartition des établissements de santé ainsi que de certains professionnels de santé tels que les médecins, les infirmiers ou encore les masseurs kinésithérapeutes. Si l'on s'appuie sur ces données de 2012¹³, nous constatons que la part de kinésithérapeutes (Annexe 2) est inégale entre l'est et l'ouest de la région d'Ile de France. Ce constat vaut également selon que l'on se situe dans une zone géographique plus ou moins proche de Paris. C'est cette dernière profession qui va être l'objet de notre projet managérial



Pour être plus en adéquation avec la vision de notre projet, nous avons réalisé un focus sur la commune d'implantation de l'établissement, Viry-Châtillon.

Viry-Châtillon est une commune dont la densité de masseurs kinésithérapeutes (MK) pour 10 000 habitants est de 4,6-6,4 suivant les données ci-dessus. Au 9 septembre 2017, il y avait 1100 MK inscrits sur le département de l'Essonne. (942 MK Libéraux, 158 MK Salariés¹⁴)



La densité de kinésithérapeute est de 120 en 2016, ce qui est légèrement en dessous de la densité dans la France entière. Comparativement aux 13 régions de France, l'Ile de France se situe dans la moyenne basse puisque 9 régions ont une densité supérieure.¹⁵

1.4 L'institution

1.4.1 Présentation du groupe ORPEA-CLINEA

Le groupe ORPEA a été créé par un neuropsychiatre (DR J.C MARIAN) en 1989. En 6 ans le groupe s'est fortement développé en France et en 1995 cette entreprise a décidé de consolider son organisation avec la création d'un siège administratif permettant de contrôler l'ensemble des aspects financiers, comptables, et sociaux. Ainsi l'ensemble des établissements du groupe suivent une même charte qualité en répondant à des critères communs.

En 2001, le groupe ORPEA développe une offre de soins de moyens séjours concernant les SSR et les cliniques psychiatriques sous le nom de la filiale CLINEA. La création de cette filiale assoit la notoriété du groupe en France et permet ainsi en 2002 d'entrer en bourse. A partir de 2004, ORPEA investit à l'international dans les pays devant faire face à une démographie de la population vieillissante comme c'est le cas pour la France. Grâce à sa notoriété Française et son organisation, la filiale ouvre ses premiers établissements en Italie et deux ans plus tard, investira

¹² Repère sur la santé en Île-de-France. Observatoire régional de la santé en île-de-France, 2015 (<http://www.ors-idf.org/dmdocuments/2015/ReperesSanteIdF.pdf>) consulté le 01-11-17

¹³ Repère sur la santé en île de France. Observatoire régional de la santé en île de France, 2015

¹⁴ Conseil Départemental de l'Ordre des Kinésithérapeutes de l'Essonne, par échange de mail le 23-01-2017

¹⁵ <https://www.ffmkr.org/pratique-professionnelle/masso-kinesitherapie-ref79/la-kine-en-chiffres> (consulté le 20-01-2018)

en Suisse, Belgique et Espagne. Ces investissements seront réalisés par l'acquisition d'établissements existants voire même de groupe national.

En 2008, l'organisation Française est reprise dans l'ensemble des pays où le groupe ORPEA est implanté avec des sièges administratifs dans chacun de ces pays permettant de suivre la politique qualité à l'international. Entre 2010 et 2012, le groupe renforce son réseau en France, en Belgique et en Espagne par le rachat de groupes existants.

En 2013, le premier fonds de pension canadien, CPPIB, devient le premier actionnaire du Groupe, renforçant la visibilité et la pérennité du développement d'ORPEA à long terme, non seulement en Europe mais également à l'international. Durant la période de 2014-2015, nous constatons une forte accélération de l'expansion internationale du Groupe ORPEA, notamment dans les pays germanophones, au travers d'acquisitions stratégiques majeures en lien avec le vieillissement de la population et donc l'acquisition pour la majorité de maisons de retraite. Il y a un an (2016), ORPEA investit sur le territoire Polonais en reprenant un groupe national réunissant 7 établissements et double la taille de son réseau en Espagne avec l'acquisition d'un nouveau groupe constitué de 18 maisons de retraite.

Au travers de ce bref historique, nous pouvons constater que le groupe poursuit son extension internationale grâce à l'acquisition d'établissements et de groupe nationaux prenant en compte les politiques de chaque pays, mais en s'appuyant principalement sur le contexte démographique européen. Ceci permet de mettre en place sa stratégie de développement et ainsi poursuivre l'extension et l'exportation de sa notoriété en France et à l'étranger.

Dans un contexte démographique marqué par une accélération du vieillissement des populations en Europe, « *notamment en Europe occidentale par le fait d'une diminution de la fécondité et une baisse de la mortalité au grand âge* »¹⁶, le groupe a développé une offre de soins spécialisée suivant les pays d'implantation. Ainsi en 27 ans ORPEA est devenu un des leaders de la prise en charge de patients dépendants répartis sur 82 838 lits répartis dans 798 établissements et cela dans 12 pays (européen et internationaux). Ce développement est rendu possible grâce à une double stratégie qui est, en parallèle de la construction de nouveaux établissements, l'acquisition de groupes ciblés en lien avec leur activité de prise en charge.

Si nous faisons un premier lien entre le développement du groupe et le contexte démographique européen il est extrêmement stratégique d'investir dans des établissements tels que les EHPAD (Établissement pour personnes âgées dépendantes médicalisées). En s'appuyant sur les données de projection des Nations Unies, « *la part des plus de 65 ans va passer, dans l'ensemble de l'Union, de 16 % à 28,4 % de 2003 à 2050, mais de 13,3 % à 28,9 % chez les derniers accédant* »¹⁷. De par sa structure et sa dimension internationale développée dans 10 pays, ORPEA va poursuivre la stratégie de répondre aux défis du vieillissement des populations.

¹⁶ http://www.constructif.fr/bibliotheque/2006-6/l-europe-face-au-defi-du-declin.html?item_id=2698 (Jean-Paul SARDON) consulté le 29-11-2017

¹⁷ http://www.constructif.fr/bibliotheque/2006-6/l-europe-face-au-defi-du-declin.html?item_id=2698 (Jean-Paul SARDON) consulté le 01-11-17

Dans notre pays, nous faisons face à plusieurs difficultés dans le secteur de la santé. En effet, la population vieillissante a besoin de ces services mais ces nouvelles personnes vieillissantes font partie du monde de la santé. Ainsi les actifs du monde de la santé doivent, avec une baisse de personnel, prendre en charge une augmentation de la population dans les établissements de soins. Cette évolution en Europe génère une migration de professionnels qui, de pays pauvres en général, vont venir faire valoir leurs compétences dans les pays riches notamment dans le secteur de la santé, secteur qui nous concerne plus particulièrement. La migration de ces professionnels, nous le verrons par la suite dans le projet managérial peut générer des avantages mais également des inconvénients.

Le groupe ORPEA est particulièrement attentif à l'attractivité des localités dans lesquelles le Groupe s'implante, afin de répondre aux besoins des populations, tout en s'insérant dans des réseaux de santé locaux, en proposant une offre de soin complémentaire. Ainsi le groupe s'intègre dans les politiques de santé publique par la prise en considération de la relation entre hôpital et patient, s'inscrivant ainsi dans une continuité de soin et de prise en charge permettant ainsi la mise en place du parcours patient la plus adéquate possible au travers de partenariat avec les hôpitaux locaux.

1.4.2 La clinique du Moulin de Viry

L'ACTIVITE DE L'ETABLISSEMENT

La clinique du Moulin de Viry est située dans le tiers nord du département de l'Essonne (1 253 931 habitants) et plus précisément sur la commune de Viry-Châtillon comptant 58 548 habitants¹⁸. La clinique a été inaugurée en juin 2002. C'est un établissement privé à but lucratif spécialisé en Soins de Suite et de Réadaptation. La capacité d'accueil de la Clinique est de 163 lits en hospitalisation complète auxquels s'ajoutent 10 places en hospitalisation de jour et une ouverture prochaine d'un HDJ gériatrique. Cette capacité d'accueil se décline en 5 services d'hospitalisation complète (1 service de médecine Physique et Réadaptation de 34 lits, 1 service de Soins de suite Polyvalent de 30 lits, 1 service de soins de suite Hémato cancérologique constitué de 30 lits, 1 service de Soins de suite Gériatrique (39 lits) et un Service de Médecine qui compte 30lits) ainsi qu'un HDJ médecine Physique et Réadaptation comptant 10 places¹⁹. Cette description succincte montre la diversité de prise en charge de cet établissement.

Pour assurer une activité constante, la Clinique du Moulin de Viry, a réalisé de nombreux partenariats avec d'importants adresseurs du département assurant un parcours du patient complet et connu, mais permettant également d'assurer la prise en charge de ces patients dans les établissements que le patient est susceptible de connaître amenant un aspect sécuritaire pour ce dernier. Le tableau ci-dessous permet de visualiser l'évolution du nombre de séjours réalisés en 2016 et 2017 ainsi que l'évolution du chiffre d'affaire, sans donnée précise pour 2017.

¹⁸ INSEE, Recensement de la population. Populations légales en vigueur à compter du 1er janvier 2016. 91-Essonne, décembre 2015, p 91-2

¹⁹ Projet d'établissement 2018-2023 p7

Type de séjours	Nombre de séjours		Chiffre d'affaire	
	2016	2017	2016	2017
SSR	1588	1546	11 750 000 € ²⁰	(pas de données précises)
MCO	431	387		

L'évolution des séjours est impactée par une baisse d'occupation à l'HDJ essentiellement en ce qui concerne les séjours de SSR. Le nombre de séjours en MCO, est lié à une diminution des demandes d'admission avec un profil correspondant à ce service.

Entre 2016 et 2017, le chiffre d'affaire est en évolution favorable constante²¹ due à une augmentation des demandes d'admission pour personnes âgées poly-pathologiques accueillies dans l'établissement et au taux d'occupation important du service d'oncologie.

APPROCHE ORGANISATIONNELLE

Pour fonctionner l'établissement peut s'appuyer sur des personnels professionnels et compétents (Annexe 3). Pour assurer l'ensemble des tâches administratives une équipe de 8 personnes collabore pour un bon fonctionnement d'un point de vue administratif. Chaque professionnel se voit attribuer un rôle défini permettant la meilleure collaboration et parcours du patient. Une assistante sociale ainsi qu'une psychologue interviennent sur l'ensemble de l'établissement pour répondre aux besoins des patients.

Une équipe de restauration est présente sur la structure pour assurer les prestations d'hôtellerie et assurer l'élaboration des repas sur place pour le personnel et les patients.

Un service technique assure la maintenance de l'établissement permettant de solutionner toutes problématiques pouvant avoir un impact sur le bien-être du patient durant son séjour (problématique de lumière / de téléphone/ panne de matériel adaptable), mais également sur le bien-être du personnel, l'équipe technique intervenant sur l'ensemble de l'établissement.

Une équipe d'ASH (Agent de service hospitalier) permet l'entretien complet des espaces communs, des salles de rééducations, des bureaux mais également des chambres des patients pour assurer une propreté quotidienne des locaux.

Certains professionnels extérieurs interviennent en contribuant au bien-être du patient lors de son hospitalisation. Ces professionnels sont une podologue, une musicothérapeute, une socio-esthéticienne ainsi qu'une arthérapeute.

²⁰ http://hospidiag.atih.sante.fr/cgi-bin/broker?_service=hospidiag&_sessionid=/hxQxRIHII2&_port=5197&_program=hd.hospidiag.sas&_debug=0&finess=910015965&tab=0&anfocus=2016, mis à jour le 14-02-18, consulté le 15-05-18

²¹ Direction de l'établissement de la clinique du Moulin de Viry

Pour assurer la prise en charge des patients au niveau médical et paramédical, une équipe de 9 médecins (généralistes et spécialistes) ainsi qu'une pharmacienne sont présents. Une équipe complète paramédicale est présente pour permettre la meilleure prise en charge de la personne hospitalisée tout au long de son séjour.

Chaque service de soins est constitué suivant le même schéma, la différence est l'affectation du nombre de professionnels en fonction du profil de service. Pour chaque service sont présents : médecins, infirmier(ères), aide-soignant(e)s, ASH. Pour coordonner ces services, 2 infirmières coordonnatrices sont présentes avec chacune la responsabilité de 3 services. Les rééducateurs interviennent au minimum en trinôme sur chaque service (kinésithérapeute/ ergothérapeute et EAPA). La diététicienne intervient en mission transversale car elle est seule sur ce poste dans la clinique.

Nous pouvons dire que la clinique est un établissement où de nombreux métiers collaborent mais également coopèrent pour permettre une prise en soin de la personne hospitalisée la plus adaptée et la plus adéquate possible répondant à ses besoins. Cette structure comme bon nombre d'établissements fait face à l'évolution de certains métiers. L'objet de ce projet est d'analyser la situation et les perspectives d'évolution de la profession de masseur-kinésithérapeute qui connaît des modifications importantes aux impacts forts sur les structures hospitalières en général mais surtout pour les établissements ayant une visée rééducative.

1.5 La profession de masseur –kinésithérapeute

1.5.1 Historique

Cet historique a été réalisé à partir de diverses sources²². L'essor de la kinésithérapie date de la fin du XIX^{ème} siècle mais cette profession apparaît à la fin de la seconde guerre mondiale.

Les objectifs gouvernementaux étaient focalisés sur la santé dans un souci de prise en charge des soldats revenant des conflits, et ayant un besoin important de prise en charge médicale et rééducationnelle. Durant cette période a été réalisée la réunification du Syndicat des masseurs médicaux et celui des gymnastes médicaux. Dans un souci de supprimer ces derniers, l'appellation « kinésithérapeute » a été proposée et gardée.²³ La profession de Masseur-Kinésithérapeute a donc été créée par la loi n° 46.857 du 30 avril 1946 tendant à réglementer l'exercice des professions de masseur gymnaste médical, accompagnée de l'Arrêté du 6 mai 1947 réglementant l'exercice des professions de masseur-gymnaste médical et de pédicure et du Décret n° 47-1279 du 7 juillet 1947 relatif à la réglementation de la profession de masseur gymnaste médical. La loi réunifie la profession en créant un Diplôme d'État de Masseur-Kinésithérapeute et consacre enfin un véritable statut légal pour la profession, limitant ainsi toutes dérives professionnelles.

Par la loi 57-764 du 10 juillet 1957, le Diplôme d'État de masseur kinésithérapeute est donné en équivalence aux titulaires du Diplôme d'État d'infirmiers-masseurs, infirmiers-masseurs aveugles (titres de 1922) et aux titulaires du Bre-

²² <http://journals.openedition.org/ccrh/2753#text>

²³ Loi n° 46-857 du 30 avril 1946, concernant la création du diplôme de masseur-kinésithérapeute, *J.O.*, 1er mai 1946, p. 3653-4.

vet d'État de masseur médical (9 février 1944) ou autorisation d'exercice du massage médical (loi du 15 janvier 1943). Cette délivrance d'équivalence a permis d'uniformiser les pratiques par la suite.

C'est en 1962 que cet essor commence en France avec la première convention signée entre la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et les Masseurs-Kinésithérapeutes à la direction des écoles l'instrument réglementaire servant à établir les tarifs remboursables des actes par l'assurance maladie. Mais ceci ne sera réellement effectif qu'avec l'arrêté du 28 juin 1998, qui dans son article 2 stipule la « La direction de l'institut est assurée par un masseur-kinésithérapeute titulaire du diplôme de cadre de santé, du certificat de masseur-kinésithérapeute moniteur ou du certificat de moniteur cadre de masso-kinésithérapie »²⁴. Actuellement cette notion d'équivalence est de nouveau d'actualité. Les professionnels kinésithérapeutes ayant un diplôme Français n'étant pas assez nombreux notamment dans les structures (hôpitaux publics, cliniques) et même en activité libérale, les professionnels étrangers migrent vers la France. Le nombre de professionnels formés relève indirectement du numérus clausus c'est-à-dire du nombre d'étudiants pouvant poursuivre leurs études après leur première année de médecine réussie. Le concours étant difficile, certains des étudiants partent à l'étranger réaliser leurs études. Mais pour les kinésithérapeutes ce numérus clausus s'ouvre depuis 5 ans passant de 2560 en 2013 à 2756 en 2017²⁵ contrairement à celui des infirmiers qui a tendance à diminuer.

A partir de ce rappel introductif, nous pouvons distinguer trois grandes périodes d'évolution chacune en lien avec les évolutions de la société :

Dans un premier temps nous pouvons fixer la première période de cette profession aux années de 1950 à 1970 notamment dans l'innovation qu'elle apporte comme prise en charge en intervenant auprès des populations touchées par la guerre, comme exprimé ci-dessus, étant ainsi au plus près des prescripteurs que sont les rhumatologues et les chirurgiens orthopédiques. C'est par conséquent par ce biais que la profession entre dans le milieu hospitalier pour en sortir 50 ans plus tard de manière quasiment totale ce qui constitue un paradoxe. Pour apporter cette réflexion, j'ai repris le constat que le pourcentage de kinésithérapeutes salariés hospitalier qui n'est de fait que de 17% sur le territoire. Il s'agit d'un paradoxe dans la mesure où l'hôpital a permis à cette profession d'exercer au sein de ce milieu puis de se développer. A contrario les structures n'ont pas réellement bénéficié d'un retour de la profession vers ces structures.

Au moment de la reconnaissance de la profession, le diplôme s'obtenait en 2 ans, durée qui s'est avérée trop brève pour répondre aux évolutions de la pratique. « *Le 5 août 1967, un certificat de moniteur cadre est créé permettant après un an de formation complémentaire de devenir formateur dans les écoles de kinésithérapie* »²⁶. En 1968, la publication d'un arrêté sur les conditions de fonctionnement des écoles préparant au diplôme d'État de masseur kinésithérapeute et son décret du 28 mars 1969 qui allonge la durée des études à 3 ans, allongement demandé par la profession depuis 1953 dans le but d'une actualisation des connaissances et des techniques de prise en charge. Nous pouvons faire ici un parallèle avec l'augmentation du nombre d'années d'études depuis 2015, passant de 3 à 4 années d'études. L'objectif n'est toutefois pas le

²⁴ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000754758&categorieLien=id>

²⁵ <http://www.letudiant.fr/etudes/medecine-sante/paramedical-infirmier-kine-psychomotricien-orthophoniste-les-numerus-clausus-2017-2018.html>

²⁶ Intervention J.P DAVID le 8 septembre 2015, www.info-kine.com/2015/09/histoire-de-la-kinesitherapie-au-xxeme.html (consulté le 11-02-18)

même puisqu'au début l'allongement des études était à visée professionnelle avec un intérêt pour le patient dans la pratique, contrairement à ces dernières années où l'objectif est de faire reconnaître son diplôme à un niveau de master.

Avec le tableau ci-dessous, nous pourrions voir que la kinésithérapie naît de l'évolution de trois professions : infirmier / professeur de gymnastique et celle masseur médical (reprenant les compétences de masseur). Pour certaines d'entre elles il y eut une création de métier (infirmier, masseur médical, professeur de culture physique médicale et moniteur et moniteur de gymnastique médicale), et pour d'autres ce fût une évolution de compétences (Infirmier masseur, masseur, professeur de culture physique médicale et masseur) vers une dénomination spécifique qui ont permis que la profession de masseur kinésithérapeute puisse être créée reprenant les compétences de trois métiers. Ces derniers regroupant les caractéristiques de soins (infirmier), du médical et du massage (masseur médical) et physique (professeur de gymnastique) permettent au kinésithérapeute d'avoir un large champ de compétences. De nos jours ces dimensions sont notables notamment la dimension physique avec la possibilité pour les masseurs kinésithérapeutes de posséder une carte professionnelle d'éducateur sportif

Naissance de la kinésithérapie

Infirmier (1922)	Professeur de gymnastique (1850)	Masseur
Infirmier masseur (1923)	Professeur de culture physique médicale (1932)	Masseur médical (1943)
↓	Médecin masseur (1912) et moniteur de gymnastique médicale (1942)	↓
Masseur kinésithérapeute (1945)		

Durant 15 ans (1970-1985), les médecins généralistes s'intéressent à la profession et prescrivent des prises en charge aux kinésithérapeutes. C'est ainsi qu'apparaîtront les médecins de médecine physique et de réadaptation qui vont coordonner les professions de rééducation.

La nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), mise en place en 1972²⁷, permet le développement de la kinésithérapie libérale. En 1973 la création du Conseil Supérieur des Professions Paramédicales (CSPPM) permettra à la commission professionnelle des masseurs kinésithérapeutes de valider la création d'un diplôme de Moniteur Cadre en Masso-kinésithérapie (en place du masso-

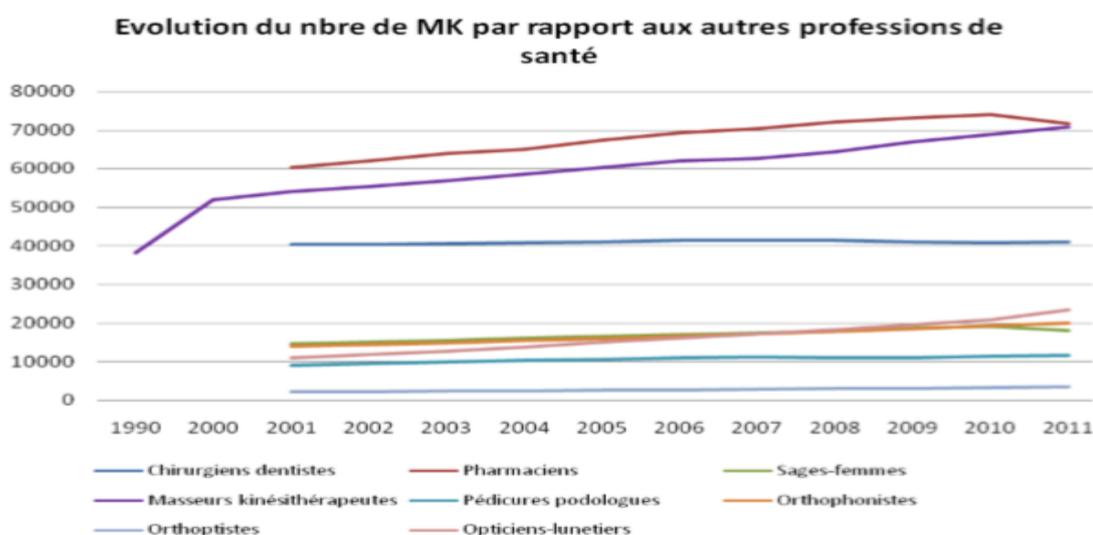
²⁷Arrêté du 27 mars 1972

kinésithérapeute moniteur de 1967)²⁸. En 1985²⁹, le décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur kinésithérapeute va leur permettre d'avancer vers une plus grande autonomie, élargissant considérablement le champ de compétence des masseurs-kinésithérapeutes. Cet élargissement de champs de compétence peut expliquer ces dernières années une volonté de la part des kinésithérapeutes de défendre tout un champ sur lequel ils avaient le sentiment de « perdre du terrain » avec l'émergence de nouveaux métiers tels que les éducateurs en activité physique adaptée. Cette opposition étant légitime dans un premier temps puisque ces derniers peuvent intervenir dans les mêmes structures que les kinésithérapeutes sur la dimension d'activité physique.

Depuis 5-6 ans, la réalité du terrain montre une ouverture d'esprit notamment de la part des jeunes diplômés à un travail de collaboration avec les professionnels en activité physique adaptée, permettant dans certaines structures de pallier le manque de kinésithérapeutes tout en assurant un respect de ces compétences pour chacun des métiers. Un kinésithérapeute n'est pas un EAPA et inversement.

La troisième période d'évolution est de 1985 à 2000, date de reprise par l'Etat de la CNAM. « En 1995 le plan Juppé met en place un encadrement des dépenses médicales avec notamment une restriction des prescriptions médicales mais aussi la mise en place de quotas d'entrée dans les instituts de formation. On voit apparaître une activité non-conventionnée pour s'affranchir de la tutelle médicale et de la sécurité sociale : ostéopathie, soins esthétiques, médecines alternatives ». Cette activité non conventionnée va avoir pour impact d'augmenter les possibilités de prise en charge de patients.

Dans les années 2000 nous observons de nouvelles avancées vers l'autonomie des kinésithérapeutes notamment avec la mise en place du « bilan diagnostic kiné (BDK), la fin de la prescription qualitative et quantitative »³⁰ et le libre choix des techniques utilisées dans les prises en charge de patients. Ainsi la libéralisation de la kinésithérapie s'affirme et le nombre de kinésithérapeutes libéraux augmente à la fin des années 1990³¹ (voir graphique ci-dessous)



²⁸Décret du 6 septembre 1976.

²⁹Décret du 26 août 1985,

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000872015>

³⁰ <http://www.info-kine.com/2015/09/histoire-de-la-kinesitherapie-au-xxeme.html>

³¹https://www.ffmkr.org/_upload/ressources/divers/chiffres_de_la_kine/Note%20MK%20au%201er%20janvier%202011%20site.pdf

La loi n°2002-303 de 2004 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé crée dans son article 71 un conseil des professions d’infirmier, masseur kinésithérapeute, pédicure podologue, orthophoniste et orthoptiste. Dans cette même loi l’article 48 prévoit le droit de prescription pour les masseurs-kinésithérapeutes qui ne sera effectif qu’en 2006 (arrêté du 9 janvier) fixant la liste des dispositifs médicaux que les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire. Et c’est le 9 août 2004 par la loi 2004-806 relative à la politique de santé publique qu’un ordre professionnel pour les masseurs-kinésithérapeute sera mise en place.³²

	2014	2015	2016	2017
Janvier	72786	75868	79836	83107
ENVOL		3082	3968	3271
Février	72887	76018	79486	83561
ENVOL		3131	3468	4075
Mars	72980	76205	79687	83842
ENVOL		3225	3482	4155
Avril	73230	76343	79720	84010
ENVOL		3113	3377	4290
Mai	73197	76408	79814	84217
ENVOL		3211	3406	4403
Juin	73525	76937	80258	84600
ENVOL		3412	3321	4342
Juillet	74519	78032	81640	86706
ENVOL		3513	3608	5066
Août	74742	78015	81860	87701
ENVOL		3313	3846	5841

Cette évolution et ces étapes successives, nous permettent de mieux comprendre l’activité de la kinésithérapie d’aujourd’hui ainsi que les problématiques actuelles rencontrées.

1.5.2 La kinésithérapie aujourd’hui

Aujourd’hui et particulièrement en cette année 2017-2018, la pénurie de kinésithérapeutes se fait sentir tant en activité libérale qu’en activité salariée, pour ne pas dire surtout en activité salariée. Il m’est permis de réaliser ce constat en étant au contact quotidien avec des kinésithérapeutes dans l’établissement mais également en échangeant avec la direction de l’établissement ou des professionnels hors établissement. L’analyse qui va suivre porte sur une durée de trois ans correspondant à la durée des études de masseurs-kinésithérapeutes avant l’arrêté de septembre 2015 portant le nombre d’année d’étude à 4 ans³³.

En 2013, le nombre de kinésithérapeutes en France (y compris les DOM) était de 75 304 avec une très forte densité de cette profession dans le sud de l’hexagone. 79% de ces professionnels exerçaient en libéral et 17% en salarié hospitalier. En 3 ans (2016), le territoire Français comptait 86 459 masseurs-kinésithérapeutes soit une hausse de 11 155 kinésithérapeutes, avec une répartition similaire à 2013 et une augmentation de 1% dans chaque catégorie d’exercice³⁴.

³²<http://journals.openedition.org/ccrh/2753> (consulté le 11.02.18)

³³Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d’Etat de masseur-kinésithérapeute

³⁴ <https://www.ffmkr.org/pratique-professionnelle/masso-kinesitherapie-ref79/la-kine-en-chiffres> (consulté le 18-11-17)

En 2017, 85223 kinésithérapeutes sont inscrits au tableau de l'ODMK et le nombre de diplômé est de 87701 en août 2017 soit une hausse de 16.5%. Cet écart peut s'expliquer « *du fait qu'un certain nombre de ces professionnels ne s'inscrivent pas au tableau en raison notamment d'un défaut de maîtrise de la langue française et surtout d'un manque de compétence, le diplôme détenu étant parfois de niveau nettement inférieur au niveau requis bien que bénéficiant d'une autorisation d'exercer pour certains, mais pas pour tous.* »³⁵

L'Ile de France est la région ayant le plus grand nombre de professionnels kinésithérapeutes (11615 libéraux et 2160 salariés, soit un ratio libéral/salarié de 80/20 permettant d'appuyer les observations et les échanges ci-dessus développés. La proportion de praticiens de plus de 60 ans progresse (elle atteint 8501 en juin 2017 dont 3249 de plus de 65 ans³⁶) ce qui est en adéquation avec l'évolution démographique de la population française. Ce paramètre est pris en compte dans la suite du développement du projet.

La France est le 4^{ème} pays avec le plus grand nombre de physiothérapeutes au monde après les États-Unis, le Japon et l'Allemagne. Avec une progression passant de 44 000 kinésithérapeutes en 1990 à 91 501 en 2017³⁷ et si l'on s'appuie sur le tableau ci-dessus nous constatons une hausse continue de nouveaux professionnels. La question soulevée peut-être en lien avec le fait de savoir comment amener les jeunes diplômés à s'intéresser au monde du salariat hospitalier, secteur qui, à la genèse de la profession, leur avait permis de se développer dans l'ensemble des hôpitaux.

Pour ce qui est de la question du ratio libéral/ salarié, celle-ci s'explique de plusieurs manières.

Tout d'abord d'un point de vue financier. Il faut être réaliste sur le prix des études qui est onéreux pour une grande partie des élèves étudiant dans des établissements qu'ils soient publics ou privés (Les frais d'étude allant de 184 euros à 9200 euros³⁸). Ce coût plus ou moins élevé amène des conséquences en cascade pour l'étudiant. La faible rémunération des kinésithérapeutes dans le milieu hospitalier (1350 euros net dans le public après 5 années d'études, nous ne parlons pas des cliniques privées pouvant faire varier le salaire) est une source de désintérêt.

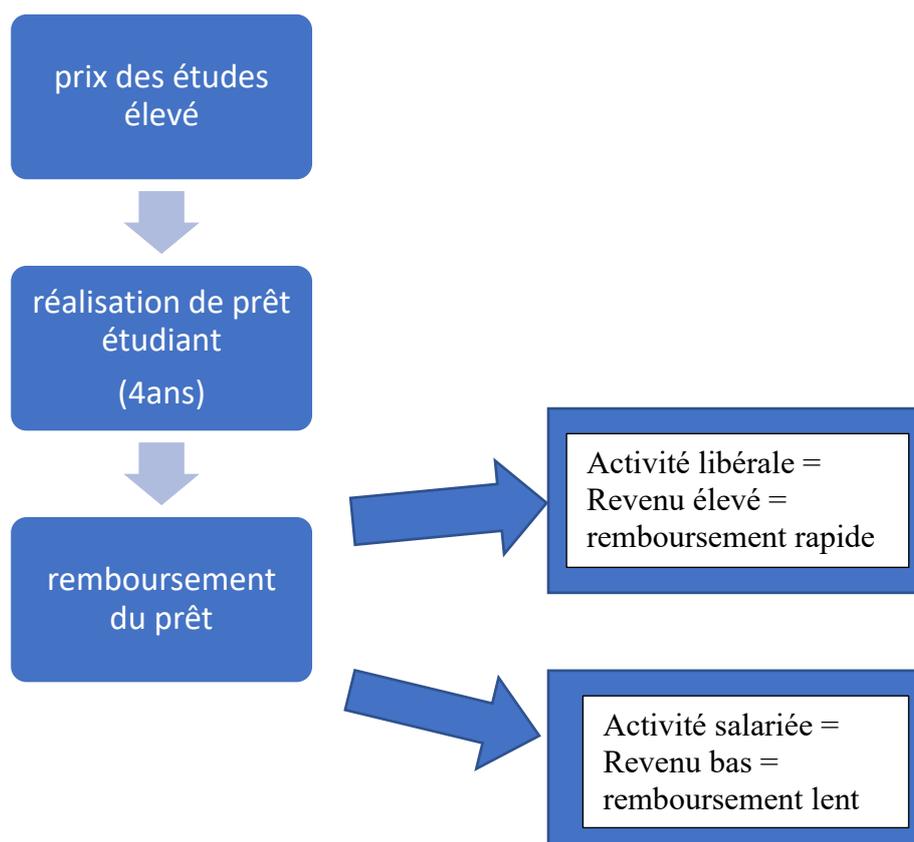
³⁵ http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/09/rapport_demographie_2017.pdf p12

³⁶ Rapport septembre 2017 ; démographie des kinésithérapeutes situation au 31 août 2017

³⁷ http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/09/rapport_demographie_2017.pdf

³⁸ http://www.lemonde.fr/campus/article/2017/02/24/etudes-de-kine-des-frais-de-scolarite-qui-varient-entre-184-euros-et-9-200-euros-par-an_5085035_4401467.html

Processus du choix d'une activité libérale



Ensuite, du fait de l'absence de projet professionnel séduisant correspondant à une faible perspective de carrière ou de mise en place de projet de recherche liés à une population spécifique. Plutôt que d'être dans une optique de rester au sein d'une entreprise durant plusieurs années, les jeunes professionnels se tournent aisément vers l'exercice libéral.

Ce statut garantit une certaine indépendance notamment depuis la création du diagnostic-kinésithérapeute et permet de bénéficier d'une rémunération correcte. Cette rémunération est supérieure à celle proposée à l'hôpital ou même dans le secteur privé et permet de rembourser le prêt étudiant nécessaire au financement des études d'un grand nombre. C'est pourquoi les kinésithérapeutes étrangers se salarient dans un premier temps car ce statut leur assurant non seulement un revenu fixe mais également permettant à certains d'obtenir une équivalence du diplôme français. Par la suite ces professionnels ayant obtenu cette équivalence se tournent vers l'activité libérale.

Ainsi au sein de l'établissement sur lequel porte le projet, en 4 ans sur 9 kinésithérapeutes étrangers 5 d'entre eux se sont tournés vers une activité libérale. 70.000 professionnels exercent en libéral et 34% d'entre eux ne sont pas propriétaires de leur cabinet. Ils sont donc soit remplaçants, collaborateurs ou encore assistants. De manière générale l'augmentation du nombre de nouveaux kinésithérapeutes ne remédie pas à la fuite dramatique des professionnels des milieux salariés car le contingent de professionnels diplômés de l'Union Européenne accueillis chaque année lui aussi fuit l'hôpital en choisissant le libéral. Dans l'analyse des entretiens, nous verrons l'intérêt que peuvent avoir ces praticiens à être intérimaires ou remplaçants plutôt que d'occuper un poste fixe au sein de la structure.

En France 20.000 praticiens détiennent un diplôme européen non délivré par la France mais la moitié concerne des ressortissants français. L'un des éléments que la France doit améliorer suivant les informations de ce rapport de septembre 2017 sur la démographie des kinésithérapeutes, est la délivrance des autorisations d'exercer au titulaire d'un diplôme européen. Cette délivrance est peu, voire non contrôlée en fonction des régions, et des besoins de kinésithérapeutes permettant à certains professionnels de pratiquer sans avoir toutes les conditions requises pour exercer selon les conditions prévues pour pratiquer la profession de masseur kinésithérapeute en France³⁹.

En 2016, la Belgique (618 professionnels) et l'Espagne (518 professionnels) ont apporté à la France le plus grand nombre de professionnels diplômés. En France, il existe un quota lié aux nombres de places attribuées dans les instituts de formation. Cette disposition explique l'exode d'étudiants français vers l'étranger et revenant en France pour réaliser leur stage. En parallèle, il est important de rappeler que le nombre de kinésithérapeutes salariés diminue et aggrave la situation, puisque les jeunes stagiaires éprouvent des difficultés à trouver des lieux de stage liés à cette faible présence de professionnels salariés. Notons dès à présent que le tutorat génère d'autres problématiques dans l'organisation d'un service. Nous serons amenés à développer cette idée par la suite.

Face à ces données chiffrées, les établissements de santé doivent prendre en compte les évolutions de cette profession de masseur-kinésithérapeutes, surtout lorsque la rééducation est au cœur de l'activité comme dans le cadre des établissements SSR. C'est bien au travers de ces observations, constatations mais également analyses que le projet managérial a émergé et fait naître la thématique du présent rapport :

Comment les établissements comme les cliniques privées à but lucratif peuvent répondre à cette pénurie de kinésithérapeutes ?

³⁹ <http://www.ordremk.fr/ordre/diplomes>, consulté le 28-02-18

2. Le projet managérial : La pénurie de kinésithérapeutes dans les établissements de santé.

L'objet du présent projet managérial est de mener une analyse de l'existant au sein du service de rééducation d'une clinique privée à but lucratif et plus particulièrement sur la profession de kinésithérapeute. Pour ce faire, nous interrogerons les éventuelles disparités existantes au regard de la notion de masseur-kinésithérapeute. Nous étudierons également, en nous référant au répertoire national des métiers, l'existence d'une différence entre le travail prescrit et le travail réel conduit tel que celui de l'objet du projet managérial. Cette analyse conduite, nous pourrions envisager les différents axes de réflexions de cette problématique.

Pour exercer en France, le masseur kinésithérapeute doit avoir obtenu le Diplôme d'État de Masseur-kinésithérapeute⁴⁰. S'il est étranger, mais ressortissant européen, il doit avoir obtenu une équivalence pour faire reconnaître son diplôme étranger lui permettant de réaliser son activité sur le territoire. La libre circulation des individus dans l'espace européen favorise cette migration de professionnels. *« Le système de reconnaissance mutuel des diplômes a été profondément réformé en 2005. Il doit permettre à tout citoyen qualifié pour exercer une profession dans un Etat membre et qui souhaite l'exercer dans un autre Etat membre d'obtenir dans cet Etat, dans la mesure où la profession y est réglementée, la reconnaissance de ses qualifications »*.⁴¹ En se référant au répertoire national des métiers, le masseur-kinésithérapeute se définit comme *« un professionnel qui élabore un diagnostic kinésithérapique et des objectifs de soins. Par la suite il met en œuvre des actes et techniques de soins de rééducation de façon manuelle ou instrumentale dans un but thérapeutique ou non pour favoriser le maintien ou l'amélioration de la santé physique, psychique et sociale et la gestion du handicap »*.⁴² Cette définition va nous permettre d'analyser l'existant.

Il convient de préciser que les professionnels exerçant dans la clinique du Moulin de Viry, ont l'ensemble des agréments nécessaire pour développer leur pratique, indépendamment de leur nationalité ou de leur formation. La présence de professionnels diplômés permet un tutorat des professionnels en attente de reconnaissance de leur diplôme. Lorsqu'un professionnel de rééducation, en l'occurrence kinésithérapeute, est employé dans une structure française, 3 solutions sont envisageables : soit le kinésithérapeute a obtenu son diplôme en France et de ce fait il n'existe aucun problème, soit le kinésithérapeute est étranger mais ressortissant de l'Union Européenne et a donc un diplôme de kinésithérapeute non reconnu aux yeux de la législation française nécessitant de le faire valider par une équivalence. Cette équivalence valide le fait que le professionnel ait réussi l'ensemble de ses stages avec l'ensemble des publics qu'il est amené à prendre en charge par la suite, soit le kinésithérapeute a obtenu son diplôme hors Union Européenne ce qui l'oblige à reprendre des études pour faire valider l'ensemble des connaissances, en réalisant des stages.

⁴⁰ <http://www.rncp.cncp.gouv.fr/grand-public/visualisationFiche?format=fr&fiche=25857>

⁴¹ Toutedurope.eu, thème : marché intérieur, La libre circulation des personnes, 27-07-2016, [en ligne] disponible sur : <https://www.toutedurope.eu/actualite/la-libre-circulation-des-personnes.html> consulté le 24-05-18

⁴² <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=9#ancre3>

Durant cette période de validation, et c'est le cas dans la clinique étudiée, les kinésithérapeutes étrangers exercent un métier de kinésithérapeute de manière équivalente à un kinésithérapeute français. Cependant, à la différence de ces derniers, il convient de mettre en évidence une première différence entre le travail prescrit et le travail réel⁴³. Nous pouvons définir le travail prescrit comme le respect exact de ce qui est inscrit sur la fiche de poste ou sur le référentiel métier, les procédures, les méthodes. A contrario, le travail réel correspond à ce que le professionnel fait réellement sur le terrain⁴⁴ notion reprise également par Christophe DEJOURS dans son ouvrage « *Le choix : Souffrir au travail n'est pas une fatalité* ». Il existe souvent une grande disparité entre le travail prescrit et le travail réel. Quel que soit le métier que l'on réalise « *le travailleur ne suit les règles à la lettre que lorsqu'il fait la grève du zèle. Le reste du temps, il y a toujours un écart entre le travail prescrit et son travail réel* »⁴⁵. Cette différence peut être constatée sur le terrain, avec l'exemple des kinésithérapeutes de pays étrangers, qui n'ont souvent pas la validation d'acquis pour exercer sous le statut de diplômé français ou ceux faisant partis de l'Union Européenne. Bien que le kinésithérapeute étranger n'ait pas dans les textes la même dénomination de métier que son collègue français donc en prescrit, il réalise pourtant un travail équivalent sur le terrain (travail réel).

Les kinésithérapeutes avec un diplôme français, réalisent les actes qui entrent dans leur domaine de compétences sans restriction. Ils réalisent donc le même travail que les kinésithérapeutes étrangers, sans distinction réelle sur la pratique du terrain. Dans la clinique un kinésithérapeute réalise différentes activités. En effet, le kinésithérapeute, ainsi que l'ensemble des rééducateurs, intervient sur prescription médicale, puis il rencontre le patient pour réaliser un premier contact lui permettant de lui présenter les modalités de prise en charge. Par la suite le kinésithérapeute réalise un bilan d'entrée ainsi qu'un bilan de sortie lorsque le patient finit son hospitalisation. Tout au long de la prise en charge il effectue des transmissions hebdomadaires dans le dossier patient. La distinction réside dans le fait que ces kinésithérapeutes français ont sur leur fiche de paie la dénomination liée à leur diplôme : masseur kinésithérapeute. La seconde distinction est plus subtile puisque n'étant pas kinésithérapeute au regard de la loi française, les kinésithérapeutes étrangers ne peuvent pas réaliser de garde en étant seul rééducateur présent sur l'établissement les week-ends, contrairement aux kinésithérapeutes français qui peuvent réaliser seul une garde de prise en charge dans l'établissement de par le statut qu'ils ont obtenu.

En pratique, les actes professionnels sont ceux d'un kinésithérapeute mais le salaire est celui d'un éducateur sportif. Nous parlons ici exclusivement du cas des kinésithérapeutes. Ainsi le travail prescrit est celui d'un éducateur sportif, et le travail réel est celui d'un kinésithérapeute, ce qui porte à confusion.

Lorsque l'on regarde l'arborescence des métiers de la rééducation, seuls les kinésithérapeutes français ou les kinésithérapeutes étrangers ayant fait valider leur diplôme en France sont identifiés en tant que professionnel masseur kinésithérapeute. Pour illustrer ce propos prenons l'exemple d'un kinésithérapeute espagnol ayant un diplôme de kinésithérapeute Européen. Lorsqu'il commence à exercer en France, il est certes diplômé dans son pays mais en France il ne peut

⁴³ C.DEJOURS, le travail, écart irréductible entre le prescrit et le réel, dailymotion, [en ligne], disponible sur : <https://www.dailymotion.com/video/xav4rt>, consulté le 12-11-17

⁴⁴ Xavier MARCHAND, consultant didaction conseil, *Place de la notion de compétences dans l'organisation du travail*, cours Master2 MOS, école Montsouris, Créteil, le 27-10-17

⁴⁵ Maulini, O. (2010). Travail, travail prescrit, travail réel. In FORDIF-Formation en direction d'institutions de formation, Glossaire (p. 23). Lausanne : FORDIF.

pas, selon la loi, exercer en tant que kinésithérapeute. Sur son bulletin de paie apparaît la qualification d'éducateur sportif et non de kinésithérapeute. Malgré cela, en pratique il réalise auprès du patient des actes de kinésithérapeute correspondant à ce qui est inscrit sur la fiche ROME⁴⁶(Annexe 4).

Le kinésithérapeute se doit de respecter les activités qui lui sont conférées. Il en est en de même pour l'éducateur sportif devant respecter sa fiche métier ROME⁴⁷(Annexe 5). Le paradoxe réside bien dans la non concordance entre le bulletin de salaire et l'activité réelle.

Le Gouvernement a publié un décret permettant aux praticiens de l'Union Européenne un accès partiel aux professions de santé⁴⁸. En d'autres termes, le gouvernement permet par ce décret à des professionnels d'un État de l'Union Européenne de réaliser une partie des actes réservés aux kinésithérapeutes alors même qu'ils ne disposent ni du diplôme de masseur-kinésithérapeute ni d'une équivalence pour exercer cette profession pleinement. Par exemple : un kinésithérapeute hongrois peut exercer en France mais uniquement dans le cadre de la prise en charge de la rééducation d'un patient ayant une prothèse totale de hanche et uniquement celle-ci car l'ayant validée dans son pays. A contrario il lui sera impossible de prendre en charge un patient porteur d'une prothèse totale de genoux car n'ayant pas validé cette unité de valeur dans son pays. Il est possible de pousser plus loin cette réflexion et de l'affiner en prenant l'exemple de l'ensemble des actes réalisés pour une rééducation de prothèse totale de hanche. Dans ce cadre, ce professionnel ne pourrait réaliser que le massage limitant les adhérences de l'articulation, sans pouvoir réaliser de mobilisation. Ces exemples peuvent être répétés de manière importante.

Cette multiplicité a pour conséquence d'augmenter les disparités dans une profession connaissant déjà une crise identitaire liée aux différents profils évoqués précédemment. Cette difficulté se retrouve dans les propos de Pascale Matthieu, présidente du Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes lorsqu'elle déclare : *« ce n'est pas le thérapeute lui-même qui dira je vais vous faire des soins mais je ne suis pas complètement kiné, je suis un petit peu kiné, ou partiellement kiné. Et je ne sais pas comment on va choisir de les appeler dans les services où ils vont être embauchés. »*⁴⁹. Cela serait éventuellement une solution pour les structures, souffrant d'un manque de professionnels, spécialisées dans la prise en charge d'un certain type de pathologies. Mais cela pourrait également avoir une tout autre conséquence, avec une réorientation des activités de certains établissements pour éviter la pénurie de ces professionnels.

Il s'agit d'un fait face auquel les établissements vont se trouver confronter de plus en plus régulièrement, en raison de la migration des professionnels étrangers vers la France. Cette notion doit être prise en compte dans l'ensemble des stratégies que l'on établira pour répondre à ce projet.

⁴⁶ <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=9> (consulté le 28/01/18)

⁴⁷ <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=177#ancre6> (consulté le 28/01/18)

⁴⁸ JORF n°0257 du 3 novembre 2017 texte n° 14 Décret n° 2017-1520 du 2 novembre 2017 relatif à la reconnaissance des qualifications professionnelles dans le domaine de la santé

⁴⁹ https://www.allodocteurs.fr/se-soigner/politique-sante/inquietudes-autour-de-l-acces-partiel-aux-professions-de-sante_24012.html (consulté le 18-01-2018)

2.1 Le service de rééducation

2.1.1 Les ressources matérielles

Au sein de l'établissement dans lequel j'exerce, nous disposons de 3 espaces de rééducation répartis sur l'ensemble de la structure.

Nous disposons d'une salle au deuxième étage pour les prises en charge uniquement de la gériatrie dans laquelle les kinésithérapeutes libéraux prennent en charge les patients relevant du service de médecine. Cette salle est utilisée pour une prise en charge de 70 lits regroupant le service de gériatrie et service de médecine.

L'HDJ a quant à lui une salle de reconditionnement à l'effort, ainsi qu'une salle pour la prise en charge des groupes venant en stage (groupe Restauration Fonctionnelle du Rachis et Obèses) et une salle pour les prises en charge individuelles avec tables de massage / escalier / et barres parallèles complétés par du petit matériel. Ces salles sont utilisées exclusivement pour les patients venant en HDJ (environs 10 patients auxquels s'ajoutent les groupes).

Pour ce qui concerne la plus grande salle de rééducation de l'établissement (plateau technique), nous disposons d'une salle de reconditionnement à l'effort, trois box individuels auxquels s'ajoute un grand espace avec matériel de rééducation. Ce plateau technique est un espace commun pour la prise en charge théorique de 90 lits (service polyvalent / oncologie et MPR)

2.1.2 Les ressources humaines

Pour prendre en charge l'ensemble de ces patients, d'un point de vue rééducationnelle, une équipe pluridisciplinaire intervient sur l'ensemble de l'établissement. Un référent de rééducation est présent à 60% depuis décembre 2017, prenant les suites du médecin coordonnateur qui occupait également ce poste avant. Seul le service de médecine court séjour est pris en charge par des kinésithérapeutes libéraux avec l'intervention des ergothérapeutes et diététicienne salariés de la clinique. Cette équipe est constituée de kinésithérapeutes, d'éducateurs en activité physique adaptée, d'ergothérapeutes, d'une diététicienne et de brancardiers.

Il est important de préciser que selon le profil de service, il peut y avoir ou non des obligations d'effectif ayant permis l'ouverture de ces services lors de leur création. En d'autres termes, en MPR et HDJ, il faut se référer au cahier des charges des tutelles de 2014 édité par l'ARS à chaque ouverture d'établissement qui oblige ce dernier à disposer d'un niveau de ressource humaine par unité fonctionnelle. Ainsi pour les services cités ci-dessus, l'ARS détaille les Équivalent Temps Plein (ETP) ainsi :

Professions / Services	Kinésithérapeute	Ergothérapeute	IDE	Assistante sociale	Diététicienne
Appareil locomoteur	3.8	1.5	5	0.2	
Gériatrie	2	0.5	7	0.4	0.3
HDJ	1.8				

En ce qui concerne l'HDJ, il est obligatoire d'avoir 1,8 ETP kinésithérapeute soit 1 ETP pour 10 patients⁵⁰ si l'on se réfère au cahier des tutelles lors de l'ouverture de cette unité, soit le même ratio qu'en MPR. La logique serait d'avoir par conséquent 1 ETP pour les 10 patients, mais des groupes de prise en charge en éducation thérapeutique (groupe Restauration Fonctionnelle du Rachis et groupe « patients obèses ») composé respectivement de 6 et 4 patients amènent à majorer ce chiffre de 0.8 ETP kinésithérapeute pour répondre à ce besoin de prise en charge en éducation thérapeutique. Pour les services d'oncologie et polyvalent, une évaluation avait été effectuée, car il n'y avait pas d'impératif dans le cahier des charges des tutelles par unité fonctionnelle. La conclusion de cette évaluation était de mettre en place 1 ETP sur chacun de ces services. Le service de gériatrie, d'oncologie, le service polyvalent ont chacun 1 kinésithérapeute ETP.

Par conséquent si nous réalisons une synthèse des ressources humaines focalisées sur la profession de masseur-kinésithérapeutes dans l'établissement nous devrions avoir de façon théorique :

Tableau théorique du nombre de kinésithérapeutes

Nombre d'ETP kinésithérapeute par service	
MPR	3.5
SSR Hémato cancérologique	1
SSR polyvalent	1
Gériatrie	1.5
HDJ	1.8

Soit un total de 8,8 ETP masseur-kinésithérapeutes. En décembre 2017, nous recensons 5,8 ETP fixes. Le déficit constaté au regard du théorique se situe notamment en HDJ et MPR alors que c'est au sein du service de MPR que l'on constate le nombre de prise en charge le plus important. Pour justifier un constant besoin d'atteindre les 8.8ETP théorique, le responsable de rééducation, ainsi que la direction sont en constante recherche de nouveaux professionnels intérimaires ou à employer en CDI. Pour pallier à ce manque des heures supplémentaires sont possibles sur la base du volontariat. Pour compléter l'analyse des ressources humaines, notons que l'équipe de rééducation est également constituée de 3 éducateurs en activité physique adaptée, 2,5 ergothérapeutes, 1 diététicienne et de 1,8 ETP brancardiers

2.1.3 L'organisation du service

Jusqu'en novembre 2017, la responsable du service de rééducation était également médecin dans le service de MPR et médecin coordonnateur de la structure. De fait, ce responsable partageait son temps entre son activité dans le service de MPR, le service de rééducation et sa responsabilité en tant que médecin coordonnateur. L'ensemble de ces responsabilités n'a pu lui permettre d'être autant présente qu'un responsable de rééducation doit l'être pour répondre aux

⁵⁰ Agence Régionale de l'Hospitalisation de l'Île-de-France (ARHIF), Cahiers des charges pour la prise en charge en SSR – Décembre 2009 Socle commun général et cahiers des charges spécialisés p1-p20, 71p

besoins de l'équipe de rééducation. En termes d'obligations réglementaires, le responsable de rééducation « *est garant de la qualité des soins de rééducation prodigués au patient et des actions d'éducation thérapeutique et de prévention en matière de santé* », il « *assure la coordination des moyens humains et matériels du service de rééducation et participe à l'encadrement des équipes de rééducation* »⁵¹. Pour cela il a quatre grandes activités principales que sont : premièrement il assure la coordination et l'organisation de la continuité des soins permettant de ne pas avoir de cessation de prises en charge non justifiée durant le séjour, il doit également dans un second temps avoir une mission de contrôle de gestion du matériel de rééducation nécessaire à la prise en charge optimale du patient et permettre à chaque professionnel d'intervenir de manière la plus adéquate auprès du patient, en troisième mission, il devra manager l'équipe de rééducation et en dernière mission participer et inscrire le service de rééducation dans la démarche qualité de l'établissement. Certaines de ces missions ne peuvent être de soi menées à bien, ou du moins de manière entière lorsque l'on cumule plusieurs postes à responsabilités.

Cet avis est émis à partir des entretiens individuels sur lesquels nous reviendrons ultérieurement lorsque nous aborderons la notion de gestion d'équipe. Il convient toutefois, dès à présent de préciser que l'équipe n'avait pas forcément besoin de plus, mais avait besoin d'un cadre présent d'une autre manière. En novembre 2016, nous avons connu l'arrivée d'une nouvelle directrice. Près d'un an après sa prise de fonction cette dernière a souhaité que la fonction de responsable de rééducation soit dédiée à une personne exclusivement rattachée à cette fonction ce qui s'est traduit dans les faits à partir de décembre 2017. Aujourd'hui, nous avons un référent de rééducation présent à 60% sur la semaine. La raison est liée au fait que le référent de rééducation ait une autre activité annexe qu'est l'enseignement en université auprès d'étudiants en Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS) et ne peut donc pas être présent à temps plein à la clinique du Moulin de Viry. C'est donc un choix de ce dernier d'exercer qu'à 60% et non un choix venant de la direction de l'établissement.

L'ensemble des rééducateurs intervient sur prescription médicale. Chaque rééducateur est dédié à un service en ce qui concerne les kinésithérapeutes. Les éducateurs en APA sont répartis sur deux services chacun (l'un intervient en oncologie et MPR, un autre sur le service polyvalent et HDJ, et le dernier sur la gériatrie et sur un groupe en HDJ). Les ergothérapeutes interviennent sur l'ensemble de l'établissement en ayant des services attitrés qu'ils se sont répartis. La diététicienne intervient sur l'ensemble de l'établissement. En ce qui concerne les branchementiers, ils ont chacun deux services.

De ce constat, il est permis d'affirmer que majoritairement le travail est réparti entre les services et donc de manière séquentielle, compartimentée (un service, un kinésithérapeute, un ergothérapeute, un EAPA) avec double présence pour certains professionnels comme évoqué. Nous parlons également de séquence dans la prise en charge puisqu'un patient peut être pris en soins par un kinésithérapeute puis, grâce à une évolution positive de son état physique, être pris en charge par l'éducateur en activité physique adaptée ou par l'ergothérapeute en prise en charge simultanée. Cette vision taylorienne est pour autant moins présente dans la prise en charge du patient que dans la répartition des ressources humaines évoquées.

⁵¹ CLINEA-ORPEA, Fiche métier Responsable de la rééducation, novembre 2009

Dans un premier temps nous pourrions donc considérer l'organisation de la rééducation pouvant se rapprocher de l'Organisation Scientifique du Travail, le taylorisme qui séquençait les tâches des ouvriers dans l'optique d'augmenter leur productivité en intensifiant le rythme de travail⁵². Mais, de mon propre avis cette organisation managériale ne peut être efficace dans le milieu de la santé puisque nous travaillons au contact d'humains et non d'objets. Comme le dit Laurent BARONIAN, Chercheur associé au laboratoire PHARE, université Paris 1 Panthéon – Sorbonne, « *la différence est que le manager post-taylorien s'inspire non du savoir-faire de l'ouvrier isolé, mais du savoir-faire né de la coopération immédiate entre les travailleurs, du savoir-faire collectif* »⁵³. Cette idée entre totalement dans le cheminement conduit pour ce projet managérial, à savoir qu'il est plus constructif de mobiliser l'ensemble des salariés, ici les kinésithérapeutes, pour aboutir à une production la plus adaptée qu'est l'optimisation de la prise en charge du patient par les kinésithérapeutes.

Des créneaux de balnéothérapie sont également mis en place avec la présence d'un kinésithérapeute pour chaque séance de 40 minutes quel que soit le nombre de patients en balnéothérapie, ce qui peut amener à s'interroger sur la place de ces séances dans le cadre de la prise en charge. En effet, pour beaucoup de patients, les séances de balnéothérapies sont utiles comme secondes séances de prise en charge, et connaissent après plusieurs séances leurs exercices. Ne serait-il pas envisageable, que la présence d'un kinésithérapeute ne soit pas obligatoire pour les groupes constitués de patients autonomes dans leurs exercices, étant donné qu'une éducatrice sportive est présente sur le bassin.

Lorsque des intérimaires interviennent, ils sont généralement missionnés sur le service de MPR et de l'HDJ, permettant d'équilibrer le nombre de prises en charge par professionnel. Cette situation arrive régulièrement étant donné que ce sont ces services où les prises en charge entrent dans des obligations légales mentionnées précédemment.

2.1.4 La communication

Au sein même du service de rééducation, la communication est une problématique face à laquelle, nous allons devoir faire face, et vis-à-vis de laquelle nous devons apporter des pistes de solutions pour harmoniser cette relation professionnelle.

La communication est essentiellement centrée au « gymnase » lieu de regroupement d'un grand nombre de rééducateurs (ergothérapeutes, 4 kinésithérapeutes et 2 EAPA). De ce fait, les échanges avec les 2 autres lieux de rééducation que sont le 2ème étage et l'HDJ sont restreints bien qu'il convient de mentionner que ceux-ci sont plus importants avec l'HDJ qu'avec le 2ème étage.

Pour analyser la communication usuellement pratiquée, je me suis référé au modèle de RILEY et RILEY ⁵⁴qui selon moi correspond le plus à ce que je souhaite faire émerger. L'enjeu réside en effet dans la pratique d'une communication entre 2 individus avec un feed-back immédiat, cela pouvant être multiplié par le nombre

⁵² <https://www.universalis.fr/encyclopedie/principles-of-scientific-management/1-une-definition-de-l-organisation-scientifique-du-travail> (consulté le 15-05-2018)

⁵³ Laurent Baronian, « L'âge du nouveau taylorisme », *Revue de la régulation* p35[En ligne], 14 | 2e semestre / Autumn 2013, mis en ligne le 12 décembre 2013, consulté le 15 mai 2018. Disponible sur : <http://journals.openedition.org/regulation/10324> ; DOI : 10.4000/regulation.10324

⁵⁴ Picard Dominique. De la communication à l'interaction : l'évolution des modèles. In: *Communication et langages*, n°93, 3ème trimestre 1992. pp. 69-83.

de rééducateurs. Il convient par ailleurs de mentionner la présence occasionnelle d'un troisième individu, en l'occurrence le responsable mais qui ne participe pas directement à l'échange. Dans un premier temps on constate la communication par binôme EPA-Kiné du même service pour la répartition de prise en charge du service au quotidien permettant d'avoir un feed-back positif ou négatif et une adaptation immédiate. Une fois celui-ci réalisé, il est permis de veiller à une adaptation de la répartition de la charge de travail immédiate.

Cette communication est quotidienne bien évidemment à partir du moment où les interlocuteurs sont présents, ce qui n'est pas toujours le cas.

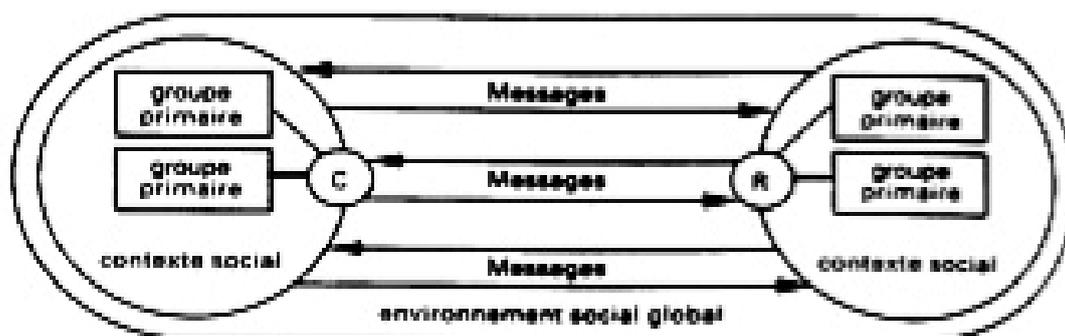


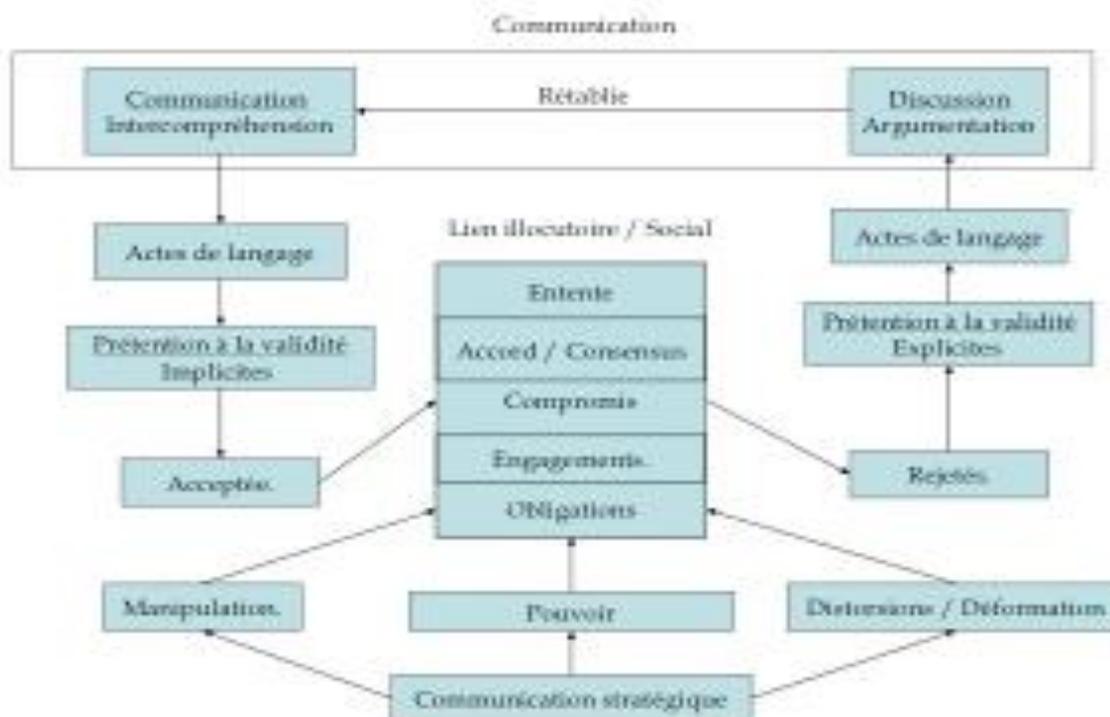
Schéma de modèle de RILEY ET RILEY⁵⁵ (3)

Lors d'absence d'un collègue d'une même profession, comme par exemple les kinésithérapeutes, le modèle n'est plus celui de RILEY et RILEY qui évoquait un échange entre 2 groupes primaires mais se rapproche plus d'une théorie de l'agir communicationnel (J. HABERMAS, ou 1987, 1993)⁵⁵ mode de travail habituel à partir du moment où les absences sont constatées.

55

<https://pierrelucguay.wordpress.com/cours-obligatoires/communication-theories-et-modeles/communication-theories-et-modeles-schematisationmodelisation/#riley>

Théorie de l'agir communicationnel (J. HABERMAS, ou 1987, 1993)



Les kinésithérapeutes échangent avec les collègues de même profession et sur l'ensemble de l'établissement. Ainsi les échanges se réalisent au « gymnase » avec si besoin des échanges avec HDJ, même si ces derniers sont peu sollicités. Cette organisation des échanges entre membres d'une même profession est bien évidemment privilégiée et plus large car l'augmentation du nombre de récepteurs potentiels est réelle avec toujours un seul émetteur de message. On peut souligner la fréquence de ces échanges utilisés par l'émetteur, dont l'objectif est, et reste la prise en charge de l'ensemble des patients durant son absence. Si les professionnels n'arrivent pas à se mettre en accord sur la répartition, le responsable de la rééducation devra prendre la décision en fonction des outils de charge de travail qu'il a sa disposition.

Malgré cela, des dysfonctionnements ont émergé en lien avec le fait que sa décision repose sur des coordinations dont chaque rééducateur est responsable. Les erreurs peuvent rapidement se cumuler amenant des erreurs d'appréciation de la part du référent et une mauvaise répartition des patients sur l'ensemble des professionnels. Si l'on s'appuie sur une coordination de service n'ayant pas été mise à jour, le responsable de rééducation s'appuiera sur une base de répartition fautive, ayant pour conséquence un surcroît possible d'activité pour un kinésithérapeute déjà avec un nombre de prises en charge élevé.

La dernière communication réalisée s'appuie sur le même modèle que précédemment mais avec l'intervention de collègues autres que kinésithérapeutes comme par exemple les ergothérapeutes ou les éducateurs en activité physique adaptée. Il s'agit à nouveau d'une forme de négociation pour savoir si les patients peuvent être vus par des professionnels autres que kinésithérapeutes tels que les EPA ou les ergothérapeutes ou s'ils rentrent dans le champ de compétences des autres professions. L'idée maîtresse de cette communication est que le patient est au cœur de cette organisation et qu'il ne doit pas en pâtir. Dans ce type de communication, plusieurs paramètres sont à prendre en compte : le métier du professionnel, EPA-kinésithérapeute ou ergothérapeute, les compétences de ces

derniers ayant les compétences de prendre en charge tous profils de patients, la quantité de patients et leur complexité de prise en charge.

Il peut exister des déséquilibres et iniquités entre professionnels de même métier en fonction du service dans lequel ils interviennent. Par déséquilibre, nous parlons en terme quantitatif de prise en charge. Un service tel que celui de MPR est plus demandeur en termes de prise en charge en kinésithérapie qu'un service tel que celui d'oncologie. Ceci est lié aux besoins des patients et de leur profil. Par iniquité, nous souhaitons mettre en évidence toute la complexité de l'organisation du service autour des prises en charge en kinésithérapie notamment lorsqu'un d'entre eux est absent, que cette absence soit de courte durée ou plus longue, d'autant plus en cas de démission, qui amène à une réflexion sur une plus longue période.

Il est également important de souligner qu'il existe deux types de réunion où les professionnels de rééducation interviennent : la réunion de service de rééducation et les staffs pluridisciplinaires. Le kinésithérapeute participe au staff pluridisciplinaire hebdomadaire du service dans lequel il intervient, en présence du médecin, infirmière, aide-soignant(e)s. Sur le service d'Hôpital de jour ainsi que sur le service de médecine physique réadaptation, le patient est présent au staff, ce qui n'est pas le cas pour les autres services de la clinique. L'ensemble des professionnels s'expriment lors d'une difficulté transversale uniquement. En ce qui concerne la réunion de rééducation, elle est réalisée à fréquence hebdomadaire chaque jeudi avec l'ensemble des rééducateurs pour évoquer les problématiques rencontrées ou recevoir des informations de la part de notre référent. Mais cette réunion n'a pas jusqu'à présent pour objectif la répartition des patients lors d'absence. Cette répartition de charge de travail est toujours réalisée hors réunion.

De par ces différentes formes de communication, nous constatons qu'il existe plusieurs niveaux d'échange. Le premier permet un échange direct avec son collègue de service, le second est plus large puisqu'il touche l'ensemble d'une profession et en dernier cas c'est le service de rééducation avec l'ensemble des rééducateurs qui est concerné.

Cette réflexion peut être illustrée par un échange informel réalisé au sein de la clinique dans un contexte d'anticipation d'absence. Pour illustrer mon propos, je me permets d'insérer un échange avec l'une de mes collègues. Cette dernière me dit « Arrives-tu à répartir les patients car tu en as beaucoup ». Je réponds que « c'est le cas, mais qu'il est nécessaire de le faire sur l'ensemble des collègues pour éviter une surcharge de travail pour certains ». Sa réponse fût alors la suivante : « c'est vrai, je me suis aperçu que l'on a tendance à solliciter toujours les mêmes collègues, aller vers ceux qui acceptent même avec beaucoup de travail et l'on ne pense pas aux autres présents sur les 2 autres plateaux techniques ». Cet échange illustre parfaitement cette difficulté de communication entre les 3 espaces de rééducation, mais également la facilité que l'on a à se diriger vers les mêmes collègues par habitude de travail.

Cette analyse de liens professionnels permet de mettre en exergue un problème de positionnement managérial lorsqu'on laisse les professionnels décider de l'attribution et du nombre de patients. Dans un tel contexte, il n'est pas impossible que des négociations puissent avoir lieu entre professionnels pour favoriser tel ou tel collègue. Il en va de même dans la négociation entre professionnels de la répartition des patients que l'on transmet en prise en soin avec une attribution possible, en fonction de la complexité de prise en charge du patient. Cette problématique de positionnement du cadre ne prenant pas la

décision de répartir les patients de manière rationnelle génère par conséquent la nécessité de progresser dans l'élaboration des règles de fonctionnement lors de l'absence d'un collègue. Nous prendrons comme exemple une situation de l'année où alors que la situation à gérer était similaire avec deux absences, le mode de transmission n'a pas été identique.

Dans un premier cas, chaque professionnel a été sollicité individuellement pour répartir les patients, tandis que la seconde personne absente a laissé faire la répartition sur la base du volontariat, c'est-à-dire que chaque professionnel notait son nom en face du patient qu'il souhaitait prendre en charge. Cette différence d'approche dans le fonctionnement montre en effet que le manque de règles de fonctionnement amène à se poser la question du positionnement managérial. Nous pouvons en conclure que le manque de positionnement du référent de rééducation dans ces situations à une forte conséquence sur les collègues. Le référent doit affirmer sa position de décideur et surtout d'organisateur en cadrant le mode de transmission lors d'une absence et ne pas laisser d'autre possibilité que de suivre la procédure lors d'une absence. En ne prenant pas le rôle d'organisateur, le responsable laisse les opportunités à chaque professionnel de négocier avec ses collègues, et d'influencer la charge de travail à sa guise dans la limite de l'acceptable.

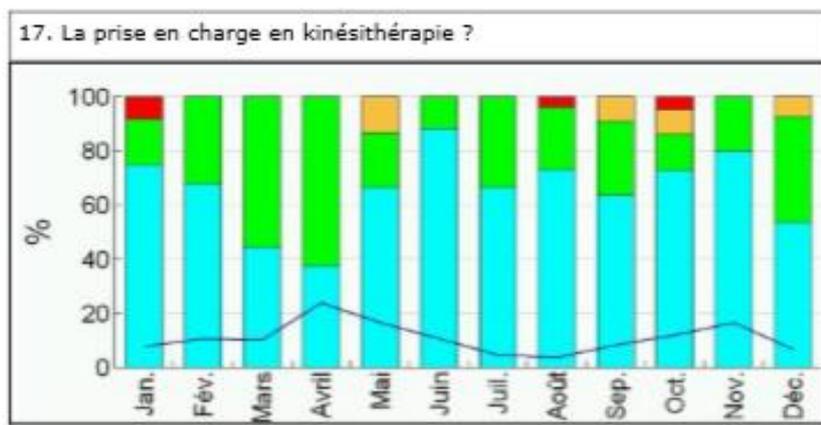
Face à ce concept de communication, dans le processus de changement qui sera opéré, il est nécessaire qu'une communication efficace du cadre de rééducation soit faite pour harmoniser et homogénéiser la communication en interne du service. Pour cela, nous mettrons en place des outils sur lesquels nous effectuerons une évaluation constante d'efficacité.

2.2 Satisfaction des patients sur la prise en charge en kinésithérapie

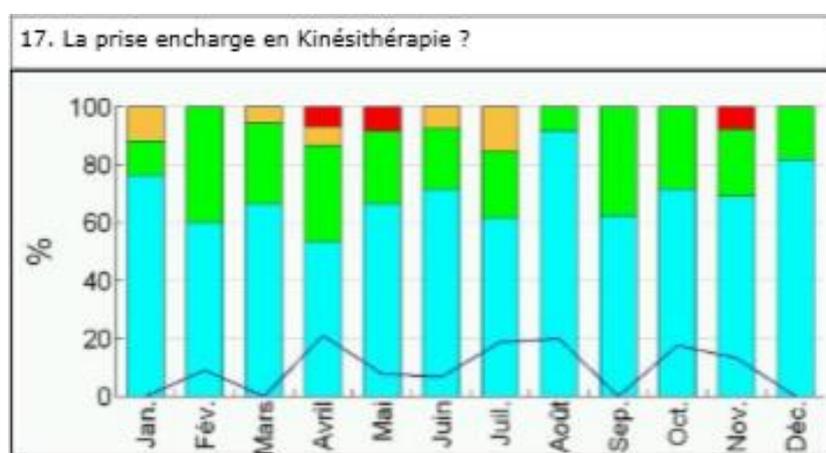
En fin d'hospitalisation, les patients rendent un questionnaire de satisfaction de manière systématique. Le pourcentage de retour étant faible depuis quelques années, un plan d'action a été mis en place pour augmenter ce pourcentage de retour avec un effet bénéfique. L'ensemble des résultats sont entrés dans un logiciel qui permet d'analyser ces données. Parmi l'ensemble des données je n'ai sélectionné que celles susceptibles de confirmer ou d'infirmier des éléments visibles du fait d'un manque de professionnels par rapport au nombre théorique évalué, données communiquées à partir du travail réalisé par le service qualité. Ces données visibles dans les graphiques ci-dessous (Année 2014-Année 2015 et Année 2016)⁵⁶ sont tirées des questionnaires de satisfaction que les patients renseignent au moment de quitter la structure. Un nombre certains d'éléments ont été extraits de ces questionnaires auxquels nous consacrerons une analyse des données relevant de la prise en charge en kinésithérapie. Pour information, ces données s'arrêtent en septembre 2016. Pour l'analyse juste il me paraît important de noter qu'en 2015 le pourcentage moyen de retour des questionnaires était de 13.25% contrairement à 2014 où il était plus élevé avec une moyenne de retour de 15.75%.

⁵⁶ Evolution annuelle : Questionnaire de satisfaction Patients, Viry-Châtillon SSR-RF Le Moulin de Viry

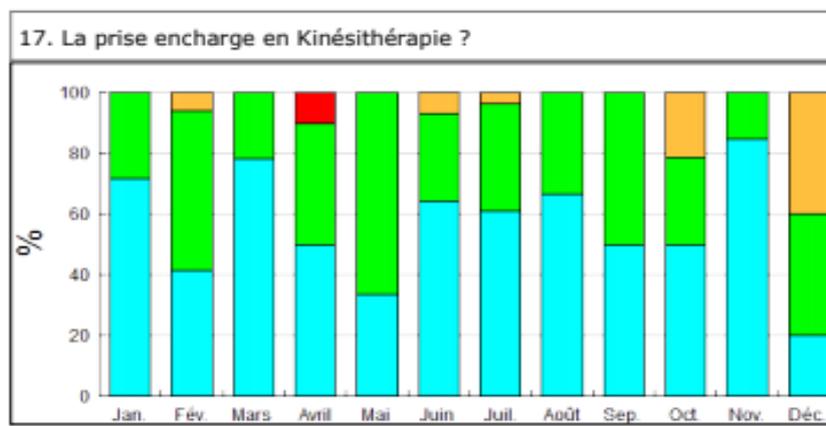
Satisfaction du patient de sa prise en charge en kinésithérapie : 2014



Satisfaction du patient de sa prise en charge en kinésithérapie : Année 2015



Satisfaction du patient de sa prise en charge en kinésithérapie : Année 2016



Légende : Excellent Bien Moyen Insuffisant Non Réponse

Nous pouvons constater qu'entre 2014 et 2015, le pourcentage de patients moyennement satisfait ou insuffisant a légèrement augmenté. A cette observation, nous pouvons affirmer que le pourcentage de patient estimant que la prise en charge en kinésithérapie est excellente a légèrement diminué au profit d'une prise en charge considérée comme « bien ». L'évolution la plus visible et marquante est l'évolution des réponses vers une prise en charge « moyenne ». Les mois de mars à juillet 2015 correspondant à un turn-over de professionnel en kinésithérapie important dans l'établissement donc avec une réorganisation des prises en charges.

En 2015, sur 3 mois (Avril, mai et novembre), 5% des retours de questionnaire de satisfactions révélaient que la prise en charge en kinésithérapie était insuffisante et en 2016 cette perception ne vaut que pour le seul mois d'avril pour le même pourcentage. La satisfaction de la prise en charge kinésithérapeute entre l'année 2015 et 2016 a donc tendance à avoir diminué (passant comparativement donc sur 9 mois) de 6 mois avec un pourcentage au-dessus des 60% de qualité excellente, on diminue à 3 mois avec le même seuil et sur la même qualité de prise en charge. A contrario, ces 2 graphiques attestent de ce que la prise en charge kinésithérapique des patients s'est améliorée avec une diminution des pourcentages liés à une prise en charge insuffisante ou même moyenne. Ces données sont à pondérer avec la situation de la rééducation à ces périodes diverses de l'année mais également du fait que ces données restent relatives car le taux de retour varie et la fiabilité des informations du questionnaire nécessite d'être objectivée.

Pour compléter l'analyse liée aux informations accessibles, il est important de noter qu'aucune feuille d'évènement indésirable a été réalisé visant la rééducation ou la prise en charge en rééducation du patient, ni aucune plainte. Au-delà de ces constats qui peuvent être considérés comme fiables car collectés auprès des personnes en responsabilité du recueil de ces informations, il m'est apparu nécessaire et souhaitable de conduire des entretiens avec les kinésithérapeutes pour compléter ce recueil de données.

De ces analyses et observations, nous pouvons retenir que la satisfaction des patients pour la prise en charge en kinésithérapie est positive malgré quelques périodes plus difficiles. Ces périodes correspondent à des temps de sous-effectif en kinésithérapie mais également à l'arrivée de nouveaux professionnels étrangers pour beaucoup d'entre eux. Le temps d'adaptation a donc pu avoir une conséquence sur la prise en charge qui a amené à une insatisfaction du patient sur ce domaine précis. Dans ce que nous devons retenir, c'est que le taux de retour de questionnaires augmente et par conséquent que les statistiques seront de plus en plus représentatives de la satisfaction des personnes hospitalisées. Ces questionnaires me permettent également d'anticiper cette problématique de nouveaux arrivants amenant une possible insatisfaction de patient. Ce point de vigilance peut être pris en compte dans la rotation des professionnels et dans la répartition des patients lors de mise en place des charges de travail à l'arrivée d'un nouveau kinésithérapeute. Pour diminuer cette insatisfaction, il pourrait, le cas échéant, être intéressant de prendre en compte des indicateurs comme la durée de séjour de patient qui a créé une relation de confiance avec son rééducateur, les conditions d'hospitalisation avec le refus ou non de soins, évitant ainsi qu'il y ait un changement de professionnel par exemple.

2.3 Les entretiens avec les kinésithérapeutes

Pour pouvoir mener ce projet à terme, il est important que les professionnels puissent s'exprimer sur la situation actuelle pour leur permettre par la suite être acteur de changement. Pour cela j'ai souhaité réaliser cette consultation avec les kinésithérapeutes en poste mais également contacter les intérimaires ou encore d'anciens professionnels de la clinique.

Pour recueillir ces informations, j'ai décidé d'utiliser la méthode de l'entretien avec un questionnaire semi directif et semi ouvert (Annexe 6) permettant d'avoir un fil conducteur sur l'échange. Pour réaliser ces entretiens, j'ai informé l'ensemble des collègues ainsi que mon responsable hiérarchique lors d'une réunion de service, ainsi l'information était communiquée à l'ensemble de l'équipe. Il a bien été précisé que l'ensemble des entretiens resterait anonyme et qu'aucun usage autre que celui entrant dans le cadre de mon master n'en serait fait. Chaque professionnel était libre d'accepter ou non de réaliser ces entretiens. Par la suite j'ai demandé à chaque kinésithérapeute leur disponibilité pour ne pas entraver leur emploi du temps de prise en charge en leur précisant que l'entretien durerait entre 30 et 40 minutes. Ces modalités de recueils de données ont pour objectif de recueillir les difficultés organisationnelles que rencontrent ou ont rencontré les kinésithérapeutes. Grâce aux entretiens individuels, outre les échanges verbaux, j'ai pu prendre en compte les attitudes physiques de chacun.

J'appréhendais de rencontrer des difficultés lors de ces échanges passant du statut de collègue au statut d'étudiant en master. Je devais par conséquent moi-même me positionner comme personne ne connaissant pas ou peu la clinique pour avoir le regard le plus objectif possible et amenant les kinésithérapeutes à développer leurs réponses. J'ai pris la décision de ne pas enregistrer les entretiens pour plusieurs raisons. J'ai privilégié la reformulation des réponses ou bien encore une demande d'accentuation des arguments partant du principe supposé qu'avec un enregistrement les kinésithérapeutes auraient peut-être moins fait confiance.

J'ai donc mené 5 entretiens avec des kinésithérapeutes en poste fixe, 1 entretien avec un kinésithérapeute intérimaire. J'ai contacté 3 kinésithérapeutes ayant quitté la structure en vain sans réponse de leur part.

2.4 Entretien avec les cadres de rééducation de clinique

Dans l'optique d'une analyse complète, j'ai contacté des établissements ayant des critères similaires à celui de la Clinique du Moulin de Viry, c'est-à-dire une clinique Privée à but lucratif, ayant les mêmes activités et sur une taille comparable permettant un calcul au prorata dans l'analyse. Nous pouvons regretter la réponse négative de 3 établissements sur 4 ayant décliné ma proposition d'entretien (Annexe 7). Leurs arguments consistant à se retrancher derrière l'idée que cette question relevait de la stratégie d'entreprise et donc conduirait à révéler des données confidentielles, ou encore que la réflexion que je portais sur la situation actuelle ne les intéressait pas au point de prendre part à un échange m'ont paru des arguments de circonstance. Il me semble que leur attitude doit être analysée à partir de plusieurs facteurs. Le premier et le plus simple à envisager, c'est qu'ils ne souhaitent pas prendre le temps de répondre même sur un questionnement qui est d'actualité. Le deuxième axe est une vision plus stratégique avec une volonté de ne pas évoquer certaines difficultés comme celle touchant une difficulté de recrutement probable. En effet, le marché étant

compliqué pour le recrutement de kinésithérapeutes, moins les établissements ont de concurrents sur le marché du recrutement, plus cela augmente les chances d'avoir une possibilité de recrutement pour son propre établissement.

Le dernier axe pouvant être évoqué est celui des leviers pouvant être révélés durant notre entretien. En effet en présentation, j'expliquais les éléments qui seraient susceptibles d'être abordés. Si l'on divulgue les leviers favorisant le recrutement de professionnels, ces derniers pourraient être plus intéressants chez un concurrent pouvant employer un de leurs kinésithérapeutes pour pallier au manque dans son propre établissement.

Pour pallier à cette difficulté vis-à-vis d'établissement hors groupe, j'ai donc rencontré Mme B. (Directrice Régionale Ile de France du Groupe ORPEA-CLINEA) pour lui expliquer dans quel cadre je souhaiterais contacter les cliniques du groupe avec les mêmes caractéristiques que la Clinique du Moulin de Viry ou des établissements sur lesquels je pourrais m'appuyer pour mes observations. J'ai pu donc obtenir 4 noms d'établissement ayant un cadre de rééducation ou responsable de rééducation. Ainsi quatre entretiens téléphoniques ont pu être rapidement mis en place avec les quatre responsables ayant été prévenus de mes appels et de ma démarche.

2.5 L'analyse des entretiens kinésithérapeutes

Grâce à la composition et l'organisation des entretiens, j'ai pu avoir une analyse microscopique de ces résultats qui par la suite m'amèneront à avoir une vision et analyse macroscopique de la situation et donc de la posture que doit avoir le cadre supérieur.

2.5.1 L'ancienneté des professionnels kinésithérapeutes

Les kinésithérapeutes interrogés sont dans l'entreprise depuis au moins six mois pour le plus jeune employé et depuis 15 ans pour le plus ancien. Pour trois de ces professionnels c'est leur premier poste, pour deux autres ils ont déjà exercé à l'étranger et pour le dernier kinésithérapeute il a déjà pu exercer dans différentes structures.

2.5.2 Les caractéristiques motivationnelles d'emploi

Il est important de constater que la qualité de vie ainsi que les conditions de travail sont des éléments qui ont motivé les kinésithérapeutes à s'engager dans cette clinique. Par qualité de vie nous entendons ici une proximité avec le lieu de vie du professionnel. Les conditions de travail « *Désigne un ensemble de faits dont dépend le travail. Il s'agit des conditions dans lesquelles le travail peut être réalisé. On peut les classer en 4 grandes catégories que sont l'organisation, les moyens et le cadre du travail : Organisation du travail, charge de travail, quantité, normes, qualité, répartition des fonctions, statut, formation, intégration, parcours professionnels, management, espaces de travail, temps de travail, moyens de communication, outils...* Mais également les exigences des salariés : *Sens du travail, autonomie, reconnaissance, qualité du travail, marges de manœuvre En troisième catégorie l'ARACT définit l'environnement de l'entreprise et du travail : Stratégie de l'entreprise, gouvernance, nombre et fréquence des changements, modes d'association aux changements, sens donné au changement ... et pour finir*

les relations professionnelles : Possibilité de soutien, état du collectif, relations aux collègues, à l'encadrement, types et formes de relations aux personnes extérieures ... »⁵⁷. Dans les entretiens, nous avons pu aborder l'ensemble de ces sujets, seule la troisième catégorie n'a pas été abordée spontanément, malgré la direction apportée lors de l'évocation du nombre d'intérimaires intervenant en rééducation.

Nous pouvons en conclure que ce qui amène les professionnels à signer un CDI, est la stabilité et l'assurance de maintien d'un équilibre vie personnelle et vie professionnelle. Ensuite ce qui les amène à rester dans l'entreprise sont des éléments en lien avec le relationnel entre professionnels, l'ambiance de travail et la mise en place de projet venant des professionnels eux-mêmes.

Il va de soi, que l'organisation menée par le cadre supérieur doit prendre en compte ces données pouvant impulser une dynamique de travail et par conséquent de nouveauté par la mise en place de projets spécifiques. Christophe DEJOURS, psychiatre, médecin du travail, psychanalyste dans son ouvrage « *Le choix : Souffrir au travail n'est pas une fatalité* »⁵⁸, démontre que l'ambiance de travail est une condition sine qua non pour l'amélioration de l'implication et de la qualité du travail du professionnel et le maintien d'une cohésion forte d'équipe. Le développement du projet ira dans ce sens de maintenir l'ambiance de travail par la construction de projet, de groupe de travail par exemple.

Les relations entre professionnels exerçant dans un même lieu, que l'on peut nommer ambiance de travail, n'ont été que très peu abordée. Lors d'entretiens avec les masseurs kinésithérapeutes et dans la réflexion au titre de l'analyse personnelle (observations, échanges informels), il s'avère que l'ambiance peut être une condition de poursuite d'engagement dans la structure mais pas une condition essentielle pour y entrer. Si le poste occupé actuellement est un premier poste pour une partie de ces professionnels et que les conditions de travail et la qualité de vie sont les raisons principales d'engagement sur la clinique du Moulin de Viry, il n'en reste pas moins important que la question de la reconnaissance de leur travail au quotidien ainsi que l'importance donnée à leurs demandes (formation, matériel, projet), sont des éléments motivationnels pour s'impliquer dans la structures et participer aux changements.

2.5.3 La qualité de prise en charge du patient

Lorsque nous avons abordé la qualité de prise en charge des patients en mettant en lien le nombre de prises en charge actuelles et le nombre maximal de prises en charge pour ce maintien de qualité dans la relation et l'approche professionnelle, les kinésithérapeutes ont dans une grande majorité exprimé un accord sur ce point, à savoir que pour un travail de qualité et une satisfaction dans le travail réalisé, le nombre maximal de patients pour une journée de 7h est de 17 patients par professionnel (les réponses allant de 16 à 20 prise en charge par jour).

Lorsque l'on est professionnel, il est important d'être satisfait du travail que l'on réalise dans la journée. Comme le développe Christophe DEJOURS dans son livre « *Le choix : Souffrir au travail n'est pas une fatalité* », la satisfaction du travail est un élément motivationnel pour le professionnel. Chaque individu a des valeurs professionnelles à l'encontre desquelles il ne souhaite pas aller, « *c'est bien d'un*

⁵⁷ Association Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail, Pays de la Loire, [en ligne] disponible sur : <http://conditionsdetravail.com/index.php/comprendre/definitions/les-conditions-de-travail>, consulté le 19-04-18

⁵⁸ DEJOURS C. *Le choix : Souffrir au travail n'est pas une fatalité*, Bayard, 2015 pp42-102, p300

conflit en matière d'organisation du travail qu'il s'agit, qui incite les soignants à des compromis, voire des compromissions avec les règles du métier »⁵⁹ conflit à l'origine de souffrance éthique

2.5.5 Le salaire

Pour deux des professionnels interrogés, la question du salaire a été abordée souvent traitée avec l'évocation de comparatifs. Ces comparatifs ont été abordés soit en lien avec une caractéristique du poste, soit en lien avec des expériences, des généralités sur le métier. Ceci me permet de faire un lien avec les éléments précédemment émis à savoir que le salaire n'est pas l'élément prioritaire dans l'engagement au sein d'une structure même s'il peut constituer un frein à l'engagement sur une plus longue période.

2.5.6 L'investissement du professionnel et crainte du changement

Sur la question abordant l'envie de s'investir davantage dans la clinique par des projets, ou dans la conduite de groupes, les réponses ont été dans l'ensemble positives. Trois kinésithérapeutes souhaitent réaliser des projets, faire partie de projets ou faire évoluer la prise en charge tout en restant dans le domaine de compétences et champ d'action des kinésithérapeutes.

Lorsque j'ai évoqué ce versant de projet, les professionnels ont exposé un ensemble de craintes. En effet chaque changement va entraîner chez l'individu des résistances⁶⁰. Cette résistance, vient d'une conception négative de l'individu face au changement. Pierre COLLERETTE (professeur en gestion à l'Université du Québec), Gilles DELISLE (psychologue) et Richard PERRON (Président du Syndicat de professionnelles et professionnels du gouvernement du Québec (SPGQ)) *«précisent que le changement sera toujours synonyme de craintes, peurs, d'appréhension »⁶¹*. Les propos des rééducateurs corroborent avec ce sentiment. Les kinésithérapeutes évoquent la crainte et la peur de ce changement. En premier lieu une crainte de ce changement vis-à-vis de collègues du fait d'une appréhension d'être différent et sortir des prises en charges conventionnelles (individuelle en salle). Ensuite, ils ont exprimé une peur du changement qui les mettrait en difficulté sur la période de transition de mode de prise en charge tant du point de vue des difficultés organisationnelles que de la possible remise en question de la méthode d'approche de séance nouvelle.

Plusieurs éléments sont à prendre en compte pour que ces professionnels soient plus investis. Le fait tout d'abord qu'il n'y ait plus d'augmentation de tâches administratives (plannings, accueil de stagiaires, de nouveaux employés intérimaires) à réaliser en plus de celles obligatoires (traçabilité dans les dossiers, réalisation du PMSI). Certaines activités interstitielles évoquées amènent un surcroît d'activité que les rééducateurs doivent réaliser mais diminuant le temps pour la prise en charge du patient si l'on ne veut pas qu'il y ait des heures supplémentaires, même si lors de certaines périodes, la direction nous a proposé

⁵⁹ DEJOURS C. Le choix : Souffrir au travail n'est pas une fatalité, Bayard, 2015 p 76

⁶⁰ MARSAN, C., *« Réussir le changement : comment sortir des blocages individuels et collectifs ? »*, Partie 1 Comprendre les enjeux du changement aujourd'hui, chap.3 La résistance au changement pp99-108

⁶¹ MARSAN, C., *« Réussir le changement : comment sortir des blocages individuels et collectifs ? »*, Partie 1 Comprendre les enjeux du changement aujourd'hui, chap.3 La résistance au changement p101

la possibilité d'en réaliser si nécessaire. Dans un second temps un accompagnement actif pour la mise en place de nouveaux projets avec la participation du responsable au début du projet ou dans la mise en place de groupe serait un élément très important permettant aux professionnels de s'impliquer sans se mettre totalement en danger face à une situation nouvelle.

Pour obtenir une implication de la part des professionnels en rééducation, à un moment où le processus de changement impacte leur activité, le cadre supérieur doit éviter tout dirigisme qui consisterait, dans son mode de communication à n'utiliser que le mode descendant pour communiquer les informations. Le manager doit donc faire participer les professionnels à ce changement. Christine MARSAN (psychosociologue, psychothérapeute, consultante en accompagnement du changement) s'appuie sur COCH et FRENCH qui expliquent qu'en effet la résistance provenant d'une décision unique, en la subissant, sera mal vécue par les acteurs, à contrario « *les gens acceptent mieux le changement lorsqu'ils participent à sa conception* »⁶². Le cadre supérieur doit être à l'écoute de ses cadres, de son équipe qui lui font remonter les informations des professionnels de terrain. En réalisant ce *reporting*, chacun pourra expliquer ses questionnements, ses résistances au changement. C'est en mettant en place un cadre de référence, que le cadre supérieur amènera les professionnels à réfléchir sur des solutions envisageables bénéfiques au quotidien, ce qui les amènera indéniablement à une participation active à ce changement organisationnel. Chaque professionnel donnera un sens à ces évolutions. C'est en respectant ce principe que l'on pourra amener le professionnel à s'impliquer.

C'est en commençant par la prise en compte des besoins, des attentes et envies des professionnels que l'on pourra plus facilement les intégrer à des processus de changement. Ce dernier sera rendu possible par le processus de co-construction (groupe de travail, tableau, rédaction commune de procédure), notion développée dans l'ouvrage de Michel FOUURIAT (Sociologue. Enseignant à l'UPEC (Université Paris Est Créteil), Enseigne la sociologie des organisations)⁶³.

Ce processus reste toutefois complexe à mettre en place dans des organisations telle que celle de la clinique. Par la mise en place de ce processus, les acteurs doivent augmenter leur temps d'échange permettant l'apprentissage mutuel. Or lorsque l'on est en travail de groupe, les professionnels ne sont pas en activité de prise en charge. Par conséquent, cela représente un coût financier élevé, mais sur lequel la clinique espère un retour avec une amélioration de la communication, une adaptation des outils de prise en charge au quotidien. Lorsque les professionnels auront constaté par eux-mêmes le résultat alors le cadre pourra plus facilement les faire adhérer et participer à d'autres évolutions. En effet, comme le dit C.DEJOURS⁶⁴, lorsqu'un professionnel fait le choix de s'impliquer dans une situation, il ne pourra par la suite affirmer être contre telle ou telle activité puisqu'il y aura pris part même en s'y engageant que faiblement. Il faut que le responsable puisse encadrer la réalisation du projet, tout en laissant aux personnels de terrain initiative et autonomie dans leur manière de faire. Cela aboutira à un résultat qu'ils auront eux-mêmes contribué à faire émerger et auquel ils auront plus de facilité à adhérer. Ce processus d'accompagnement est long à mettre en place et à pérenniser du fait que chaque acteur est différent et n'a pas forcément les mêmes attentes ou besoin que son collègue pour s'épanouir.

⁶² MARSAN, C., « *Réussir le changement : comment sortir des blocages individuels et collectifs ?* », Partie 1 Comprendre les enjeux du changement aujourd'hui, chap.3 La résistance au changement p106

⁶³ FOUURIAT, M. « La co-construction. Une option managériale pour les chefs de service », *Le management des chefs de service dans le secteur social et médico-social*. Dunod, 2014, pp. 229-250.

⁶⁴ DEJOURS C. Le choix : Souffrir au travail n'est pas une fatalité, Bayard, 2015 pp47-102

Le fait que le cadre actuel de rééducation ne soit pas dédié entièrement à ce poste est un obstacle. Cela a généré des répercussions de tâches qui sont devenues de fait répétitives, tout en amenant des contraintes fortes (répartition de patients, accueil de stagiaires ou intérimaire, réception de commandes). Concrètement sur le terrain, se sont ajoutées aux prises en charges nombreuses les activités annexes évoquées précédemment.

La question de légitimité peut se poser au vue de la difficulté à manager l'équipe mais également organiser le travail dans l'optique d'absence, d'accueil de nouveaux professionnels par exemple. C'est une première expérience en tant que responsable pour notre référent, il n'a jamais exercé de poste avec ces responsabilités. C'est un professionnel venant du terrain puisqu'il vient d'une formation en STAPS spécialité APA. Il est rare qu'un professionnel non paramédical soit responsable d'une équipe de rééducation. La légitimité du responsable vis-à-vis des professionnels est liée au diplôme mais également au métier. Souvent de par les références légales, le référent de rééducation doit être diplômé d'Etat d'un métier de la rééducation, être inscrit au répertoire d'Automatisation Des Listes (ADELI) ou avoir un diplôme de cadre⁶⁵. La légitimité du professionnel à ce poste est fortement liée à sa capacité à gérer la ressource humaine qui est l'aspect le plus complexe à la clinique du Moulin de Viry.

Lors de mes échanges, certains m'ont parlé de situations répétitives de prise en charge d'un même profil de patient, ou de même pathologie (prothèse totale de hanche, prothèse totale de genoux par exemple). Pour décrire cela, le mot « d'encroûtement » professionnel a été utilisé. Pour amener les professionnels à s'investir, il est important qu'ils évitent d'être dans une routine de travail. Nous reviendrons dans l'analyse macroscopique sur cette dimension d' « encroûtement ».

2.5.6 Les intérimaires

J'ai par ailleurs été conduit à aborder la question de l'emploi d'intérimaires dans la structure. De nombreux points ont été soulevés ce qui a permis de faire émerger des réflexions plus larges par la suite et utiles dans la conduite de changement dans le service de rééducation, objet de ce projet managérial. Le tableau suivant permet de condenser l'ensemble des réponses obtenues lors des échanges avec les kinésithérapeutes.

⁶⁵ Code de la santé Publique – ArtL4371-1-2et 3

Code de la santé Publique - Art L4341-1 et suivants, Art R4341-1 et suivants, ArtR4381-17 et suivants

Emploi de professionnel intérimaire	
Avantages	Inconvénients
Regard neuf /esprit nouveau sur les prises en charge	Temps d'adaptation (connaissance patient)
Regard critique sur les problématiques organisationnelles	Peu de communication avec équipe soignante des services
Pallier au manque de professionnel pour assurer l'ensemble des prises en charge	Temps de formation (PMSI, organisationnelle)
	Relationnel avec le patient (questionnement sur le changement de professionnel, la confiance)
	Pas d'investissement dans la structure
	Coût financier supérieur pour la clinique
	Amène baisse de motivation pour les fixes (turn over important)
	Inégalité salariale

De ce tableau, nous constatons que d'après les kinésithérapeutes, l'emploi des professionnels intérimaires comporte plus de limites que d'avantages. De mon point de vue de cadre supérieur, il m'apparaît en revanche que ce recours à des professionnels intérimaires présente plus d'avantage, même si je prends en compte les inconvénients. En effet cela a un coût financier important mais si l'intérim passe en CDI, cela sera bénéfique pour l'équipe et pour la structure. Le fait d'avoir un nouveau regard aura un impact sur l'organisation de par le fait que ce professionnel ne soit pas dans le système et ait pris des habitudes, mais également permettra de réfléchir sur de nouveaux modes de prises en charges. Je peux donc comprendre l'inquiétude des professionnels fixes à court terme mais une organisation permettant au professionnel intérimaire de s'épanouir peut s'avérer bénéfique à moyen terme.

2.5.7 Pistes d'amélioration de l'existant

Pour terminer ces échanges j'ai abordé deux axes qui se complètent dans la logique de réflexion ayant amené ce projet. J'ai demandé dans un premier temps aux professionnels ce qui selon eux pourrait être fait pour améliorer ou du moins favoriser le recrutement de kinésithérapeutes. Dans un second temps, j'ai demandé ce qui pourrait être fait ou mis en place pour optimiser les prises en charge et donc comment faire du mieux possible avec ce que l'on a. En réalisant ce questionnement, les kinésithérapeutes se sentent concernés par la problématique et apprécient le fait qu'un responsable les consulte.

Il est intéressant de noter que dans la dizaine de propositions en réponse à ces questions, nous retrouvons des propositions qui avaient déjà été évoquées par la direction.

Pour l'ensemble des professionnels, il est important de mettre en valeur la clinique dans le cadre des annonces de recrutements en soulignant les éléments permettant de se démarquer des autres structures. Par ailleurs, au-delà des annonces en ligne, il conviendrait de pouvoir se déplacer pour présenter la clinique

et ses orientations dans le cadre de conférences, de colloques, de réunions voir d'aller au contact des étudiants dans les écoles. Ces rencontres seraient autant d'occasions d'apporter de la visibilité aux activités de la clinique dans des lieux où de nombreux professionnels susceptibles d'être intéressés par ces orientations sont présents.

Une autre idée envisagée est d'utiliser des moyens modernes de communication en ayant recours de manière plus fréquente et habituelle aux réseaux sociaux en entrant dans des groupes spécialisés pour les kinésithérapeutes, des pages dédiées au remplacement ou à des contrats de courtes durées permettant par exemple de toucher non seulement les professionnels du département et de la région mais également l'ensemble des professionnels en France. Ce souci de visibilité doit également se faire en direction des étudiants en recevant en stage un plus grand nombre d'étudiants de 3ème ou 4ème année, avec des possibilités de contrat d'apprentissage. Cette orientation permettrait d'attester du dynamisme dans la formation de futurs professionnels, d'amener un suivi avec une possibilité de prendre des stagiaires sur plusieurs années avec une idée de spécialisation selon un profil de patient pris en charge à la clinique. Cette piste de réflexion m'a été confirmée comme efficace par l'un des responsables de rééducation d'une autre clinique avec lequel j'ai pu échanger et ayant mis en place cette politique d'apprentissage depuis 2 ans. Cette augmentation de possibilités de prendre en stage des étudiants va de pair avec un accueil complet et personnalisé de l'étudiant ou des professionnels intérimaires.

Il est important surtout dans des structures telles que les cliniques privées, de montrer que des investissements importants sont réalisés sur des méthodes nouvelles de prise en charge, ou du matériel onéreux qu'il serait compliqué d'avoir dans un cabinet libéral par exemple.

L'une des possibilités qui est en cours de réflexion avec la direction de l'établissement est la possibilité pour les nouveaux professionnels d'une double activité (salariale/libérale) qui peut être un atout majeur pour de jeunes diplômés. Nous reviendrons sur ce point par la suite.

Les professionnels ne le mettent pas en avant et ne peut donc être considéré comme prioritaire, la revalorisation salariale doit rester un argument sensible. Cet élément, souvent mis en avant dans le cadre de consultation, ne doit cependant pas être pris en compte sans apporter un regard critique comme nous serons amenés à le voir.

Lors de ces entretiens j'ai également souhaité avoir des perspectives de solutions permettant d'améliorer la cohésion entre professionnels et surtout pour tenter de dégager les organisations envisageables pour pallier cette difficulté de personnel en kinésithérapie.

Concernant les axes d'améliorations sur le plan de la cohésion entre professionnels, de nombreuses possibilités ont été abordées lors de ces entretiens individuels. Dans un premier temps, a été évoqué le fait de permettre aux kinésithérapeutes de varier leurs prises en charge et par conséquent les pathologies, prenant en compte leur volonté déjà évoquée d'éviter l'« encroûtement professionnel ». Pour répondre à cette attente, une rotation des kinésithérapeutes sur les services aussi divers qu'intéressants que comprend la clinique serait une piste de réflexion. Dans cette optique, ce qui pourrait être positif serait de permettre à chaque professionnel de se questionner sur sa prise en charge, de réactualiser des connaissances face à un profil de patient peu pris en charge jusqu'à présent par le professionnel et que chacun puisse expérimenter de nouvelles situations de travail. De ces nouvelles situations de travail vont émerger

de nouvelles compétences. Ce point fait référence à une intervention⁶⁶ de X. MARCHAND et à son propos relatif à la compétence qui n'est pas transférable d'une situation à l'autre. La compétence est définie par la mise en pratique du professionnel face à une situation nouvelle autrement dit la compétence est une mobilisation de savoirs en situation. Chaque situation étant différente, les compétences utilisables dans une situation ne le seront pas dans une autre situation, même si de prime abord elle semble identique. Nous évoquerons l'importance de ce concept de compétence par la suite lors des scénarii possibles dans le changement.

Pour donner un exemple un professionnel peut appréhender le changement de prise en charge de patient estimant qu'il ne peut pas ou plus précisément n'a pas les compétences pour cette situation. Mais c'est en se confrontant à de nouvelles situations, donc en acceptant de se mettre en « danger » tout danger relatif soit-il que le kinésithérapeute pourra augmenter ses compétences vis-à-vis de ce nouveau profil. Cependant, cette organisation du changement ne peut pas se réaliser du jour au lendemain, car elle nécessite un accompagnement. Cet accompagnement doit être encadré par le cadre, mais réalisé par un professionnel ayant lui les compétences vis-à-vis de ce profil. Il y aura donc un temps d'adaptabilité où le professionnel exécutera plus lentement son travail mais pourra par la suite avoir ces nouvelles compétences. Nous pouvons donc envisager, et ce point sera développé un peu plus loin dans le projet, un échange entre professionnels pouvant amener à une meilleure communication entre les différents services au sein desquels les kinésithérapeutes interviennent.

Pour permettre aux professionnels de se retrouver en raison de la difficulté née de l'existence de 3 lieux différents de prise en charge sur le même site, des formations internes avec la venue d'un intervenant externe seraient un moyen d'échanger et permettre à chacun de réfléchir sur ses prises en charge, tout en utilisant si possible de nouvelles méthodes, techniques de rééducation. C'est une des possibilités à envisager pour permettre d'instaurer des retours d'expériences sur des problématiques ou des pathologies pouvant bénéficier des nouvelles techniques dont les professionnels bénéficieraient par ces formations internes.

Un deuxième élément important non négligeable qui serait un avantage pour créer un attrait supplémentaire à la clinique serait d'avoir du matériel à la pointe. Cette attente résulte des propos tenus lors des entretiens et des perspectives qui permettraient de faire évoluer les prises en charge et donc l'intérêt des kinésithérapeutes à dynamiser leurs prises en charge, le tout dans l'intérêt du patient.

Dans la même logique que les regroupements de kinésithérapeutes pour les formations, cette idée de regroupement pourrait être mise à profit pour former un groupement de professionnel en interne, pouvant être assimilé à un « collège de kinésithérapeutes » sans en avoir toute la structure et les obligations.

De ces entretiens, nous pouvons en conclure que les personnels fixes sont présents pour des conditions de travail sans modification d'horaire et permettant d'avoir une bonne qualité de vie. Mais ils s'accordent sur la charge de travail importante amenant à une baisse de qualité de prise en charge non pas au vu du patient mais de ce qu'eux considèrent comme étant une bonne qualité de travail. Cet avis nous ramène à la phrase « on fait du mieux possible avec ce que l'on a », laissant à penser que s'il y avait de meilleures conditions, elles pourraient permettre de faire mieux. A partir de constats et de l'analyse des différentes réponses d'entretiens, nous avons pu mettre en exergue les pistes de réflexions

⁶⁶X. MARCHAND, Place de la notion de compétences dans l'organisation du travail, cours Master 2 MOS, école Montsouris, Créteil, le 27-10-17

et de changement possibles. A partir de ces éléments, il nous ait apparu envisageable de mettre en place une stratégie de changement prenant en compte les pistes évoquées ci-dessus. Au regard de ces entretiens, une réflexion est apparue essentielle pour la suite du projet, à savoir que le changement envisagé doit-il s'envisager qu'en terme d'ETP ou pouvons-nous envisager un changement mettant en avant les compétences de chaque professionnel ? De cette interrogation découle inexorablement le fait de savoir si un kinésithérapeute avec de l'ancienneté présente les mêmes atouts et est aussi important pour la structure qu'un kinésithérapeute jeune diplômé ou étranger ?

2.6 Le profil des kinésithérapeutes

Suite à cette analyse que nous venons de conduire, nous pouvons donc nous demander si la réflexion doit se poursuivre en prenant en compte le nombre de professionnels ou doit-elle être conduite en termes de compétences. Devons-nous considérer qu'un kinésithérapeute fixe, expert, un kinésithérapeute tout juste diplômé, étranger ont la même équivalence en ETP ? La question de fond est bien de savoir si tout professionnel quel qu'il soit se vaut en terme d'expertise, de compétences et par conséquent quels sont les professionnels répondant aux besoins de l'entreprise. Mais il convient également de s'interroger sur le point de savoir comment apporter une gestion de ces ressources humaines aussi complexes soient-elles en prenant en compte dans un premier temps le nombre et dans un second temps les compétences et le profil de chaque professionnel, ceci à fin de parvenir à optimiser au mieux la ressource humaine dont nous disposons à un moment précis.

2.6.1 Organisation par ETP ou compétences

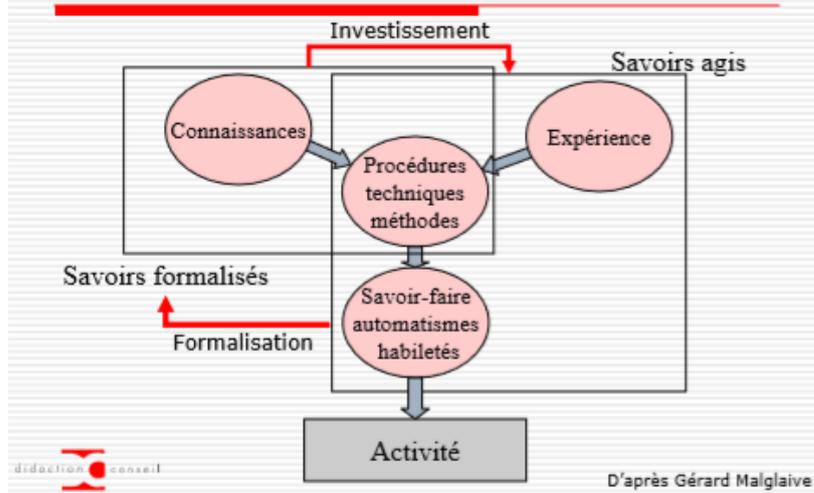
Si l'on veut être pragmatique il convient de rappeler que le nombre de kinésithérapeutes diminue ou fluctue alors même que le nombre de patients, lui en revanche, ne diminue pas et reste constant dans la structure soit 165 patients tous services confondus. Cette dimension quantitative de professionnels est également un enjeu réglementaire notamment sur le secteur de MPR comme nous avons pu le dire précédemment. Mais cet axe de réflexion, même s'il est très souvent privilégié du fait que les organisations s'appuient naturellement sur des chiffres, ne peut laisser ignorer qu'il est cependant important.

Les professionnels doivent être recrutés ou inscrits dans un service en fonction de leurs compétences, notamment pour éviter d'avoir un sentiment de « pion » ou « bouche-trou » lorsqu'il manque un collègue. La compétence est définie comme « *la relation dynamique d'une personne avec des situations*⁶⁷ ». La compétence reprend 4 composantes que sont le savoir théorique, le savoir-faire, le savoir procédural et l'expérience, comme le montre le schéma proposé par Gérard Malgaive et Francis Minet⁶⁸.

⁶⁷ Marchand X. « Place de la notion de compétences dans l'organisation du travail ». Cours M2-MOS 2017-2018 ; U.E 2.3 ; [réalisé le 27 octobre 2017].

⁶⁸ MINET F., Des compétences à la validation, GIP Alfa-centre, le 02-06-04, disponible sur www.alfacentre.org/vae/pdf/2004-06-02%20conference%20competences.pdf- consulté le 02-05-18

La Compétence : une articulation de savoirs



Transposé à notre contexte, pour mener son activité, le kinésithérapeute va utiliser ses connaissances qui, cumulées à son expérience sur le terrain vont aboutir à l'élaboration de procédures de prise en charge et ainsi permettre de développer des savoir-faire. Ces derniers vont amener une optimisation des savoirs formalisés. La compétence est un processus continu que le professionnel doit entretenir tout au long de sa carrière.

Le professionnel ne développant pas ce processus, peut risquer d'aboutir à une situation de sous qualification dans certaines prises en charge par exemple et donc une moins grande adaptabilité dans un service de rééducation.

Le cadre supérieur de santé doit réaliser une cartographie des compétences de chaque professionnel permettant de l'affecter au service adapté ces compétences, tout en mettant en place une stratégie pour amener au maintien du nombre de professionnel dans les services demandant des prises en charge obligatoires. Dans la suite de réflexion du projet, lors des scénarii possibles, nous verrons dans quelle mesure le cadre supérieur pourra amener ses collaborateurs à développer leurs compétences. Cette vision de développement des compétences, n'est pas ancrée dans les organisations où l'on place un professionnel en fonction du manque de ces derniers en nombre et non en fonction des situations qu'ils ont pu ou non déjà rencontrer. Nous ne travaillons pas en mettant en valeur le professionnel mais en l'utilisant pour permettre une rotation efficace au sein de l'entreprise pour les besoins notamment financier de cette dernière et de son image aux yeux des patients.

Ces institutions, fonctionnent soit par l'affectif en demandant au professionnel où il souhaite intervenir, ce qui correspond au domaine de compétence dans lequel le professionnel a déjà eu à exercer, amenant des déséquilibres dans la prise en soin sur certains profils de patients. Cela vaut également lorsque l'on parle des kinésithérapeutes qui restent nombreux à souhaiter éviter le secteur de la gériatrie par exemple⁶⁹. Ceci peut s'avérer complexe au regard de l'examen de la démographie française. Rappelons en effet, comme exposé en début d'analyse, que la population âgée va s'accroître et les besoins spécifiques en parallèle. Ce secteur n'est pas attractif car le professionnel ne prend pas en compte la seule pathologie mais il faut prendre en compte le risque de chute plus élevé, les déficiences auditives, visuelles et l'impact de la

⁶⁹Analyse entretiens individuels des professionnels à la Clinique du Moulin de Viry

rééducation qui est moins visible qu'avec des patients de 35-60 ans. De par leur activité professionnelle, le kinésithérapeute comme l'ensemble des rééducateurs apprécient constater les évolutions physiques des individus venant en rééducation. Pour le public âgé, c'est souvent un maintien des capacités physiques, amenant une moins grande visibilité du travail effectué.

Il faut également être attentif au fait qu'un personnel n'est pas égal à un autre notamment lorsque l'on réalise la cartographie des compétences des collaborateurs. Ces dernières sont encore plus disparates entre les kinésithérapeutes ayant obtenu leur diplôme en France et les Kinésithérapeutes ayant obtenu leur diplôme à l'étranger. Il en est pour preuve qu'un professionnel étranger peut avoir plus de compétences qu'un kinésithérapeute français et vice-versa, selon les situations diverses dans lesquelles le professionnel aura exercé, mais également de la formation qu'il aura suivie.

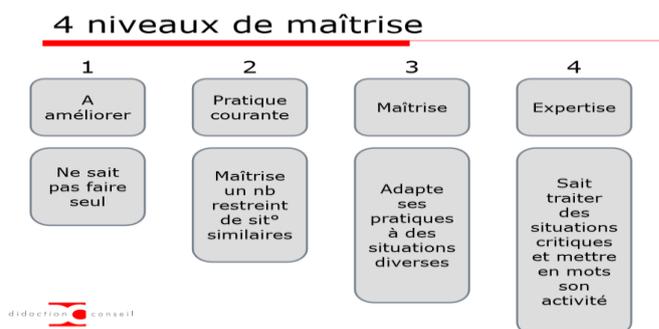
Avoir un capital expérience ne génère pas obligatoirement des compétences diverses, tout comme l'inverse est également possible. A l'inverse de certains professionnels, d'autres auront peu d'expérience mais beaucoup de compétences, celles-ci n'étant cependant pas toujours transférables. Si l'on demande à un kinésithérapeute de changer de service (passant de MPR à l'oncologie), il aura à développer une compétence autre que celle jusqu'alors témoignée en service de MPR, c'est à dire dans une situation spécifique.

Dès lors, il est important pour un cadre de rééducation souhaitant réaliser des changements organisationnels, d'être vigilant quant à l'impact de ces évolutions et éviter de mettre en difficulté ses collaborateurs. Pour se faire, le cadre supérieur dispose d'outils qui permettent cette diminution de nouveauté. L'outil de tutorat, permet d'avoir un échange entre professionnels, de limiter le temps d'adaptation à un nouveau service. Ceci ne signifie nullement qu'il conviendrait d'éviter des changements mais de faire en sorte que ces derniers soient positifs tant pour la personne concernée, les collaborateurs et par conséquent pour la structure. Cette progression pourrait s'avérer bénéfique par la suite dans la carrière de ce professionnel.

Nous venons donc de démontrer que l'on ne peut pas seulement parler de nombre mais que les compétences sont aussi importantes si ce n'est plus à répertorier dans un changement sur le long terme. Mais au-delà de cet axe de réflexion, il faut également réfléchir à la différence existante entre un kinésithérapeute expert et un kinésithérapeute novice.

2.6.2 Niveaux de maîtrise

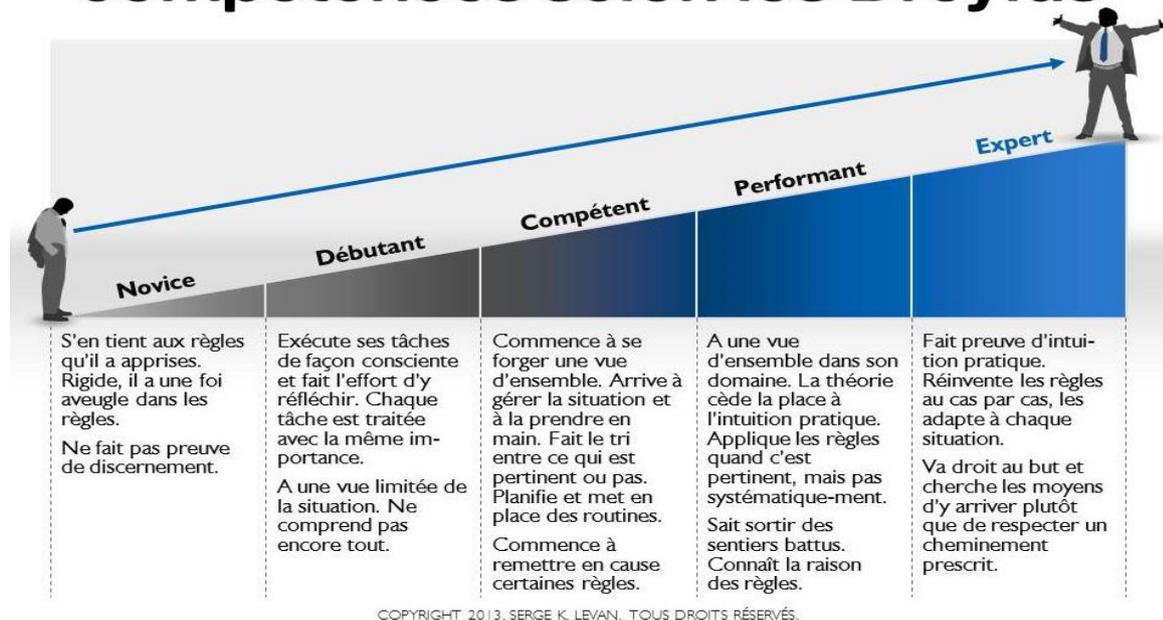
Le Ministère de la Santé reconnaît 4 niveaux de maîtrise d'une discipline, point déjà exposé par X. Marchand⁷⁰



⁷⁰ Marchand X., La culture de l'évaluation comme reconnaissance au travail, cours Master 2 MOS, école Montsouris, Créteil, le 24-11-17

Dans le milieu de la santé, la majorité des professionnels sont dans le niveau de « pratique courante » du fait du nombre restreint de situations rencontrées. Ces 4 niveaux ont été mis en avant par une professeure au Département des sciences infirmières physiologique à l'école des sciences infirmières de l'université de Californie (*department of Physiological Nursing in the School of Nursing at the University of California*), Patricia Benner qui a popularisé le modèle de S. Dreyfus (mathématicien-lyste) et H. Dreyfus (philosophe) (1986)⁷¹. Ils distinguent, 5 stades de développement des compétences pouvant être résumé par le schéma⁷² ci-dessous :

5 stades de développement des compétences selon les Dreyfus



Il existe une corrélation entre ces deux schémas, montrant que c'est bien un processus d'évolution et de développement dont il s'agit en prenant en considération que l'on peut développer des compétences et acquérir un niveau de maîtrise qu'en pratiquant et en variant les situations provenant d'une réflexion de la tâche à accomplir.

En ce qui concerne la définition de chacun des deux termes qui nous intéresse, un expert est une personne « *qui a acquis une grande habileté, un grand savoir-faire dans une profession, une discipline, grâce à une longue expérience* »⁷³. Cette notion est opposée à celle de novice défini comme celui « *qui manque d'expérience, de connaissances dans l'exercice d'un métier, d'une activité particulière, qui fait quelque chose pour la première fois* »⁷⁴.

Ainsi en juxtaposant le modèle de Dreyfus et Dreyfus, ainsi que les définitions précédentes, nous pouvons dire qu'un kinésithérapeute ayant de l'ancienneté n'est pas obligatoirement un kinésithérapeute expert car il n'aura pas

⁷¹ <https://fr.slideshare.net/ehsavoie/le-modle-dacquisition-de-comptences-de-dreyfus>, consulté le 15-05-17

⁷² Revue : Technologie n°188, novembre-décembre 2013 p 33, [en ligne] disponible sur <http://eduscol.education.fr/sti/sites/eduscol.education.fr/sti/files/ressources/techniques/5719/5719-188-p30.pdf> consulté le 16-05-18

⁷³ Centre National de ressources textuelle et lexicales, définition I.A.1, <http://www.cnrtl.fr/definition/expert> consulté le 03-02-18

⁷⁴ Centre National de ressources textuelle et lexicales, définition II.A, <http://www.cnrtl.fr/definition/novice>, consulté le 03-05-18

mis en place d'adaptation pour répondre à de nouvelles situations puisqu'il n'aura jamais changé de service, de typologie de patient. A l'inverse un kinésithérapeute jeune diplômé ou venant de l'étranger peut-être plus jeune dans le métier mais en capacité de faire preuve de plus d'expertise car ayant dû adapter ses compétences à diverses situations. Ce niveau de maîtrise, le cadre supérieur doit être en capacités de pouvoir le connaître pour pouvoir adapter au mieux les ressources humaines dont il dispose.

Lors de remplacement ou de recrutement, nous pourrions dire que nous sommes en effectif, mais du point de vue de notre analyse, un professionnel sans expérience ni ancienneté n'aura pas la même manière de travailler qu'un professionnel aguerri voir expert dans un domaine de prise en charge. Un kinésithérapeute qui est expert dans une prise en charge d'une pathologie, une prothèse d'épaule par exemple aura plus de facilité à expliquer, accompagner le patient qu'un kinésithérapeute novice qui prend pour la 5^{ème} fois une prothèse d'épaule. Se pose la question des besoins dans le service de rééducation et de la répartition utile entre experts et novices pour éviter d'avoir un nombre supérieur de novices pouvant avoir, et c'est une hypothèse, une influence sur la qualité de prise en soin du patient.

Au vue de ces interrogations et de ces difficultés à surmonter lors d'un recrutement, il ne faut pas réaliser l'entretien en partant du principe qu'il convient de recruter un nouveau kinésithérapeute quel que soit son profil. Si tout doit être mis en œuvre pour valider ce recrutement, il faut également connaître le parcours professionnel et ses expériences qui seront révélateurs d'un niveau d'expertise, feront apparaître certaines compétences, s'il a exercé dans le même type de structure. Je souligne ici l'importance de réaliser des entretiens avec si possible une mise en situation, car c'est en situation que l'on peut évaluer le professionnel.

Le service de rééducation a donc besoin d'un ensemble de profils divers : expert, novice, avec des compétences différentes, des professionnels ayant de l'ancienneté et d'autre moins, permettant ainsi de réaliser des changements d'organisation intégrant le professionnel au mieux dans la structure en fonction de ce qu'il est, permettant un épanouissement sur son lieu de travail. De nos jours les organisations cherchent des profils de plus en plus « mobile » donc avec une facilité d'adaptation importante, pour s'intégrer rapidement aux changements d'organisation et limitant la baisse d'activité ou de rentabilité de l'entreprise. Au vu des activités développées dans la clinique, il me semble intéressant d'avoir dans l'équipe :

Tableau de répartition idéale des professionnels selon leurs profils

	Novice	Expert	Ancienneté	Expérience
Gériatrie			1	
Oncologie	1			1
Polyvalent		1		1
MPR	1	1		1
HDJ			1	

Ce tableau est une proposition d'organisation des ressources humaines résultant d'une analyse personnelle avec une vision de cadre supérieur dans un idéal avec une équipe de kinésithérapeutes au complet. De manière plus précise, et en tenant compte des réflexions antérieures, l'équipe la plus polyvalente selon mon positionnement serait donc composée sur cette base. Ce n'est pas l'équipe actuelle puisqu'il nous manque 3 kinésithérapeutes (en avril 2018 au nombre de deux mais un des kinésithérapeutes est en CDD). Cette répartition, permet d'avoir deux professionnels ayant de l'ancienneté dans la structure et sur des plateaux différents encadrant les nouveaux arrivants et connaissant le système de la clinique. Les deux professionnels experts permettent d'avoir une réflexion sur quatre services, en raison d'une typologie de patients en service polyvalent proche de la typologie de gériatrie ce qui couvre deux services, et l'expert MPR peut avoir une réflexion sur l'HDJ qui a un profil de patient similaire à celui en MPR. Il serait intéressant d'avoir trois professionnels ayant de l'expérience sur trois services différents permettant une rotation interne prenant en considérations leurs capacités d'adaptation mais également leurs compétences. Les deux postes novices permettraient d'accueillir de nouveaux diplômés ayant peu d'activité mais encadrés par une équipe polyvalente, amenant par la suite à une rotation ou des remplacements internes plus aisés.

Pour inscrire un changement dans l'organisation, il est essentiel de donner du sens et de la visibilité permettant d'expliquer ce changement comme cela est souligné dans l'ouvrage de Chrstine MARSAN⁷⁵.

Le cadre supérieur dans le cas présent, va expliquer l'intérêt d'avoir plusieurs profils de kinésithérapeutes et donc encourager l'équipe à adhérer à ces nouvelles organisations. Si les professionnels font toujours la même chose, ils vont se sur-qualifier sur certains savoir-faire (prise en charge de fracture col du fémur par exemple) mais manquer de compétences utiles pour aborder d'autres types de prises en charge et donc faire preuve d'un savoir-faire insuffisant. Le cadre de rééducation a donc tout intérêt à faire travailler ses collaborateurs sur des situations de travail différentes en insistant sur le fait que ce n'est pas l'expérience sur un service qui fait que l'on est plus compétent qu'un intérimaire. Si ce dernier a travaillé dans de nombreuses structures il aura eu connaissance de plus de situations que le professionnel fixe. De ce fait, ce qui est de prime abord un frein, peut devenir un avantage grâce à son adaptabilité au service. Précédemment j'ai évoqué ce qualificatif de professionnel expert et professionnel novice, avec souvent un amalgame entre ancienneté et expérience. L'ensemble de ces éléments doivent être considérés distinctement lors d'un recrutement. Lors d'un entretien, le cadre supérieur devra connaître les besoins de son équipe de cadres qui eux-mêmes doivent cerner les profils dont ils ont besoin pour apporter une plus-value à leur équipe.

Lors d'un recrutement de nouveau kinésithérapeute, il en va de soi que les modalités de recrutement doivent être définies, avec une idée précise du service où l'on souhaite que le professionnel exerce tout en étant en adéquation avec ses compétences que l'on peut observer sur une évaluation de pratique. Mais l'accompagnement de ce nouveau professionnel est tout aussi important avec une implication des collègues pour qu'il puisse connaître l'ensemble des obligations de l'activité professionnelle au sein de la structure et savoir prendre en soin le patient suivant les processus mis en place par la clinique.

⁷⁵ Marsan C. Réussir le changement : Comment sortir des blocages individuels et collectifs, chap.6 La conduite humaine du changement pp215-249 édition DE BOECK 1ère édition, 2nd tirage 2015

Lors de ses premiers jours, le kinésithérapeute doit pouvoir, d'autant plus s'il est novice, bénéficier d'un tutorat non pas professionnel car il est diplômé mais d'un accompagnement sur son poste dans la structure et dans le service où il va devoir intervenir. Nous pourrions assimiler cela à du compagnonnage avec un objectif de transmissions d'informations et d'outils

A partir des éléments de définition que nous avons donnée ci-dessus, nous pouvons faire le parallèle avec la situation que connaît la Clinique du Moulin de Viry. Sans laisser à penser qu'il existe un manque d'expérience, il apparaît à l'analyse des parcours professionnels des praticiens les plus anciens, qu'il pourrait être intéressant d'organiser un travail leur permettant d'acquérir des connaissances et des pratiques autres que celles habituellement mises en œuvre.. Il ne faut donc pas confondre ancienneté et expérience. En effet l'ancienneté va correspondre à un grand nombre d'années dans une même structure sans avoir forcément eu une grande expérience car ayant réalisé toujours son métier dans les mêmes situations donc avec un développement relatif de ses compétences.

Avant d'apporter tout changement, il faut évaluer les compétences et allouer ces compétences en termes de ressources humaines en fonction des besoins de chaque service. Il convient donc allouer des ressources non pas en fonction d'un service mais à une situation en prenant en compte les tâches spécifiques dans chaque service. En résulte ainsi l'importance que peut avoir la venue d'intérimaire dans un service en situation de sous-effectif comme c'est le cas pour le service de rééducation permettant d'avoir des professionnels pouvant s'adapter rapidement même si ce n'est pas toujours le cas.

Ce sont des prises en charge individuelles non dédiées ou dédiées que les kinésithérapeutes réalisent quel que soit le service. Lorsque les prises en soin sont non dédiées les patients viennent sur le plateau technique, contrairement à la prise en soin dédiée qui se fait généralement en chambre.

Seuls les patients hospitalisés dans le service de médecine physique réadaptation bénéficient de 2 séances de rééducation par jour. Pour les autres services, une seule séance de rééducation est proposée⁷⁶.

2.7 Les différents modes de financements et les options

Nous allons aborder dans cette partie, la dimension financière. En effet il est important de pouvoir être éclairé sur cette notion notamment quant à la possibilité qui réside dans le choix de faire appel à des kinésithérapeutes intérimaires ou des kinésithérapeutes libéraux. Dans le budget prévisionnel, la direction de l'établissement fait une estimation la plus en adéquation avec les besoins de la structure à partir des éléments comptables de l'année N-1. Pour ce qui nous intéresse ici, nous allons nous centrer sur la partie financière traitant du paiement des intérimaires et des kinésithérapeutes libéraux.

A l'examen de la partie relative aux charges, plusieurs groupes sont identifiables, à savoir les salaires et honoraires, les charges variables et les charges fixes. Par charges variables nous entendons les dépenses liées à la restauration, la pharmacie, les produits d'entretien, la blanchisserie. Par charges fixes nous entendons les dépenses liées à l'énergie, les contrats, les contrats de maintenance,

⁷⁶ NIVET.L, SIDERATOS M-J., LEVINE M., Ministère de la santé et des solidarités, Synthèse des recommandations du groupe de travail sur les soins de suite et de réadaptation, Partie 1 : Les soins de suite et de réadaptation pour adulte pp6-20 / p 78, décembre 2006

les transports (société d'ambulance par exemple), équipements et petit matériel hors investissements et en dernier lieu les impôts/taxes.

Il faut noter que le chiffre d'affaire final est le net operating projet. De nos jours on parlera plus de l'EBITDA qui est un terme signifiant « *earnings before interest, taxes, depreciation, and amortization* ». Sa traduction française est relayée sous le sigle BAIIA pour « bénéfice avant intérêts, impôts, dépréciation et amortissement »

Dans le cadre de cet exposé, nous allons nous focaliser sur le groupe « salaire et honoraire », c'est à dire des rémunérations brutes et des congés payés, les charges sociales, les honoraires et de l'intérim. Nous convenons que moins un établissement a recours à l'intérim mieux il se porte financièrement. En effet lorsqu'une structure fait appel à l'intérim, il convient d'avoir à l'esprit qu'il n'y a pas que le salaire brut à payer contrairement à la rémunération d'un CDI. Lors de la prise de poste d'un professionnel intérimaire, il faut savoir que la clinique va payer non seulement le salaire mais également une somme égale aux 10% de congés payés et précarité ainsi que les primes de fin de mission.

Lorsque la clinique emploie donc un professionnel intérimaire, elle va dans un premier temps verser des frais d'intérim⁷⁷ pour que l'agence puisse par la suite proposer des professionnels en adéquation avec les besoins de la clinique mais également avec les conditions financières que souhaite le salarié en comparaison à ce que propose la structure. Si l'on donne un exemple de rémunération avec un salaire de base de 2300€ brut par mois, la structure payera 2800€ en fiche de paie prenant en compte l'ensemble des paramètres et caractéristique ci-dessus développés.

Nous comprenons qu'en tant que structure privée à but lucratif, la clinique doit mener une stratégie de gain financier. Or, si l'on compare un CDI et un intérimaire ou un CDD court renouvelable, la clinique devra assumer une charge financière plus importante dans le cadre des deux derniers types de contrats. L'intérêt de la clinique de recruter des employés kinésithérapeutes en CDI plutôt que de faire appel à des agences d'intérim réside dans le fait qu'avec un CDI il n'y aura pas d'intermédiaire telle que l'agence, intermédiaire que l'établissement employeur rémunère. Il convient en outre d'ajouter à cette dépense le salaire majoré du futur salarié. Notons que la durée moyenne de présence des professionnels intérimaires est de 15 jours, durée pouvant aller jusqu'à une durée d'un mois renouvelable pour les professionnels en CDD. Ces durées ne résultent pas d'une décision politique de la clinique mais d'une observation réalisée à partir des contrats passés ou en cours de l'année 2017-2018.

Pour avoir une vue plus complète permettant une plus grande justesse dans l'analyse, il nous faut aborder la question des kinésithérapeutes libéraux intervenant sur le service de médecine chirurgie obstétrique. Un premier constat consiste à rappeler que depuis plusieurs années, dans le service de MCO certains lits étaient occupés par des patients relevant de MCO et d'autres par des patients relevant de SSR. Cette pratique avait conduit à ce que le nombre de lits SSR s'accroissait. Cette pratique a depuis quelques mois tendance à se réguler, un nouveau médecin ayant fixé comme objectif que de voir diminuer ces affectations. Ce renversement de tendance à un retour de majorité de lits MCO va avoir un impact sur l'analyse qui va suivre.

⁷⁷La direction de l'établissement ne souhaite pas que les données chiffrées soient divulguées.

Les kinésithérapeutes « libéraux » qui interviennent connaissent de deux modes de rémunérations possibles :

- Lorsque le patient est sous statut « patient MCO », c'est la sécurité sociale qui prend en charge le paiement de l'acte réalisé par le professionnel. Le patient est dans le lit de la clinique mais c'est l'organisme de sécurité qui prend en charge l'acte.
- Lorsque le patient est sous statut « patient SSR » c'est la clinique qui va rémunérer le kinésithérapeute libéral alors même qu'il n'est pas salarié. Il est donc payé et enregistré dans la rubrique « salaire et honoraires » du budget de l'établissement.

En termes financiers, il est bien plus avantageux pour un établissement que les kinésithérapeutes libéraux n'interviennent qu'auprès des patients MCO, du fait que l'intervention en SSR amène une dépense⁷⁸ qui s'ajoute aux dépenses liées aux kinésithérapeutes en intérim.

L'idée est donc de limiter le nombre de patients en statut SSR dans le service de MCO permettant à la clinique de limiter des dépenses allouées aux professionnels libéraux. Cette stratégie aurait pour avantage de permettre ainsi de réserver une plus grande part à des professionnels intérimaires ou une éventuelle réflexion de revalorisation de salaire des professionnels en CDI. Cette revalorisation même si comme nous l'avons déjà évoqué n'est pas la principale raison d'implication d'un nouveau professionnel, reste un élément naturellement à prendre en compte.

⁷⁸La direction ne souhaite pas que les données soient divulguées.

3. Les stratégies du changement

Depuis plusieurs années et nous pouvons le constater chaque jour, la société change et ce qui était valorisé, mis en avant ne l'est plus aujourd'hui. Pour preuve, le nombre de recruteurs cherchant des profils ayant une forte possibilité de mobilité professionnelle.

Les entreprises et c'est également le cas pour le milieu de la santé, doivent aujourd'hui avoir un groupe de professionnels solide avec une grande ancienneté. Autour de ce groupe fort, les établissements doivent avoir un nombre important de profils de collaborateurs ayant des compétences nombreuses c'est-à-dire ayant exercé leur métier dans de nombreuses situations différentes. Ces profils permettent une adaptabilité rapide en lien avec les besoins et attentes des directions. Dans les périodes de changement les managers, quel que soit leur positionnement dans l'organisation, occupent un poste « pris en tenaille » entre les collaborateurs et la hiérarchie. Une situation d'intention éthique va émerger dans ce triptyque Manager – institution-collaborateur.

Le cadre supérieur tout comme les cadres doivent être attentifs à leurs collaborateurs, ces derniers étant dans une situation les conduisant à fournir un travail leur permettant de progresser et d'être dans une optique de satisfaction personnelle de chacun. Dans la situation à partir de laquelle nous développons nos analyses, certains signaux d'usure professionnelle⁷⁹ tels que l'augmentation de l'absentéisme, l'augmentation des mobilités (internes/externes), les difficultés à recruter ou remplacer du personnel, une augmentation des accidents du travail et une dégradation de la qualité de travail (la multiplicité des erreurs, un nombre de retards plus importants, l'oubli de prise en charge du patient) de la part de l'agent apparaissent de manière plus fréquente. Nous constatons une baisse notable du nombre de stagiaires en kinésithérapie, non seulement par la diminution du nombre de kinésithérapeutes en poste, mais également par un bouche-à-oreille pouvant être négatif de la part d'anciens stagiaires.

Ces commentaires négatifs peuvent porter sur divers points que sont les conditions d'accueil, le suivi par les différents cadres ayant déjà exercés à ce poste ou bien encore le fait de ne pas pouvoir évoluer sur les postes autant qu'ils le souhaiteraient pour découvrir des pathologies. Il est important d'entendre que c'est l'organisation du travail qui va entraîner des dysfonctionnements, ou qui induit des comportements et non l'inverse.⁸⁰ Nous ne développerons pas ici la prévention des risques psycho-sociaux mais nous donnons seulement l'information que la situation dans laquelle nous développons ce projet peut avoir des conséquences à ce titre pour les professionnels.

A partir des analyses que nous avons pu réaliser précédemment, nous réaliserons une esquisse qui permet d'envisager plusieurs scénarii :

3.1 La revalorisation humaine de l'activité de kinésithérapie

Il convient de comprendre cet objectif comme l'idée de revoir avec l'ensemble des kinésithérapeutes les actes qui ne relèveraient pas de leurs attributions mais pouvant entrer dans le champ de compétences des

⁷⁹ X. MARCHAND, L'usure professionnelle et prévention des risques psycho-sociaux, cours master 2 MOS, école Montsouris, Créteil le 22-12-17

⁸⁰C. DEJOURS, Le choix, souffrir au travail n'est pas une fatalité, p47-107 édition Bayard 2015

ergothérapeutes ou des EAPA. Par exemple, le renforcement musculaire ainsi que le reconditionnement à l'effort et l'équilibre pourraient être dédiés à la prise en charge par un EAPA. Les ergothérapeutes rééduquent, réadaptent les personnes atteintes de déficience, d'incapacité ou de handicap. Ils conçoivent et réalisent des appareillages (orthèses, attelles, ...). Ils auraient la prise en charge de la rééducation du membre supérieur ainsi que la stimulation cognitive, mais également l'évaluation de l'environnement du patient pour lui permettre le maintien de l'autonomie à domicile. Le kinésithérapeute rééduque et réadapte les déficiences motrices, les limitations fonctionnelles de la personne dans un but d'entretien, de restauration, d'adaptation de la gestuelle ou d'optimisation de la fonction motrice. Suite à un audit des pathologies et des prises en charge il serait possible d'observer que certaines activités de renforcement musculaire ou de marche pourraient être prises en charge par un autre professionnel libérant ainsi à l'activité de kinésithérapeute une plage horaire pour prendre des patients « spécifiques ».

Cet axe pourrait permettre de valoriser l'activité des kinésithérapeutes et augmenter l'activité des EAPA avec l'hypothèse que l'on ait besoin en priorité d'un EAPA et non de kinésithérapeutes. En effet, il est plus aisé de recruter des éducateurs en activités physiques adaptées, par le fait qu'ils se dirigent plus vers une activité de salarié (même si dans ce domaine l'activité libérale commence à se développer,) mais également par le fait qu'il y ait une plus grande souplesse tant dans l'adaptation de la rémunération que dans le diplôme requis pour ces prises en charge (licence STAPS / études d'éducateur sportif avec une formation au handicap par exemple).

3.2 La ressource externe

La possibilité de recourir à cette solution est envisageable si l'on utilise la notion de quota de prise en charge par kinésithérapeute. Les kinésithérapeutes sont présents du lundi au vendredi et ont un contrat de 35h. Chaque professionnel a une idée du nombre maximal de prises en charge par jour qu'il ne faudrait pas dépasser pour maintenir une qualité de bonne prise en charge. Par « bonne prise en charge », les professionnels s'accordent sur le fait que le temps de présence avec le patient soit en adéquation avec la pathologie, mais soit également le fait de prendre le temps d'expliquer les actes appliqués au patient : les techniques utilisées, les muscles travaillés, l'intérêt de l'exercice et le relationnel dans son ensemble plus développé qu'avec une charge importante de patients. Cela pourrait être un élément permettant de faire appel à de la ressource humaine extérieure, encore faut-il que celle-ci existe.

La clinique devrait avoir un groupe fixe de kinésithérapeutes pouvant s'entraider sur différents services, ce qui se fait de manière ponctuelle, avec un soutien humain venant des intérimaires de manière ponctuelle. Ce groupe fixe peut-être identifié par la présence de 5 kinésithérapeutes en CDI avec une présence dans chacun des services de la clinique (hors MCO). A partir de cette situation, nous pourrions faire appel à des kinésithérapeutes intérimaires ayant déjà exercé à la clinique. Cela aurait comme avantage, qu'ils connaissent l'environnement et sont prêts à intervenir lorsque la clinique en ressent le besoin. Cette hypothèse est tout de même aléatoire puisque ces professionnels changent énormément de structures.

La clinique doit donc avoir un attrait spécifique répondant aux souhaits du professionnel intérimaire, dans un objectif de fidélisation. Deux freins demeurent cependant présents, à savoir celui lié à la diminution de kinésithérapeutes au sein même des agences d'intérim et le coût financier pour la clinique. Notons toutefois que jusqu'à présent la direction ne nous a pas refusé de poste intérimaire pour des raisons financières, même si cette éventualité possible. En résumé, considérons que dans l'idéal, il conviendrait d'avoir un groupe de kinésithérapeutes présent dans la clinique et de pouvoir faire appel autant que de besoin à un groupe de professionnels de remplacement ou de suppléants prêts à intervenir, permettant de ce fait d'adapter les compétences de ces praticiens occasionnels aux pathologies les plus diverses rencontrées.

Nous venons d'aborder la dimension quantitative relative au nombre de patients, mais il faut également prendre en compte la pathologie du patient. Cette pathologie peut être plus ou moins complexe et amener le professionnel à être plus ou moins présent auprès du patient en fonction de son degré de dépendance. Il convient donc de ne pas négliger la complexité pouvant se révéler dans la prise en charge de certains patients, source de changements possibles quant au nombre de patients pouvant être pris en charge. Nous pouvons d'ailleurs illustrer ce propos en nous appuyant sur une situation qui s'est présentée au cours de l'année : 2 kinésithérapeutes prenaient en charge chacun 18 patients, mais l'un des 2 professionnels avait un patient hémiplegique, en surcharge pondérale. Il va de soi que le temps nécessaire auprès de ce patient est important. Par conséquent pour avoir une équité de prise en charge l'un des deux professionnels a pris 19 patients en charge soulageant son collègue d'un patient, amenant un temps dédié plus adapté durant cette heure de prise en charge.

Nous pouvons donc dire que pour faire appel à une ressource externe, il est nécessaire en premier lieu de faire une analyse précise du nombre mais également des pathologies prises en charge par les kinésithérapeutes. Ce croisement de données relève de la responsabilité du cadre supérieur grâce à un tableau apportant une visibilité macroscopique de la charge de travail des professionnels de rééducation sur l'ensemble de la clinique. A cette donnée, le cadre supérieur croise la pathologie, tout du moins le motif d'hospitalisation grâce au retour de terrain des kinésithérapeutes. A la suite de ce croisement dynamique et en fonction d'un seuil limite défini, le cadre supérieur lance la procédure lui offrant la possibilité de faire appel à des kinésithérapeutes externes.

3.3 La rotation des kinésithérapeutes sur l'établissement

L'analyse de la situation, m'a conduit à envisager un changement radical sur plusieurs plans faisant intervenir plusieurs professions de rééducation (pas seulement les kinésithérapeutes) avec la mise en place de rotation des rééducateurs sur les 5 services de la clinique. Ce changement fonctionnel pourrait être un moyen d'amener une transformation de l'organisation, car chaque professionnel amènerait un regard sur l'intervention même du kinésithérapeute ou des autres professionnels. Chaque kinésithérapeute n'a pas la même façon de réaliser son exercice (en fonction des pathologies, de son adaptabilité), chacun a sa propre organisation de journée et sa logique (toutes aboutissant à la prise en charge de l'ensemble des patients).

L'idée consisterait à organiser un cycle de rotation (exemple tous les 6 mois) des rééducateurs dans les services, organisation qui aurait pour intérêt de casser une « routine » mise en évidence par la durée de présence dans un service et le

caractère répétitif des prises en charge. Toujours dans la même logique de limiter la routine, la mise en œuvre de cette spécificité organisationnelle, à savoir la rotation dans les services pourrait avoir un attrait pour de futurs employés mais également pour des stagiaires.

En effet, chaque étudiant venant en stage suit différents professionnels et par conséquent différentes manières d'intervenir et différentes pathologies pouvant être prises en charge par un kinésithérapeute. Cette découverte de pathologies peut amener l'étudiant à avoir une attirance plus ou moins importante vers des prises en charges spécifiques (traumatologie, neurologie, orthopédie ou spécialité gériatrique, oncologique, Médecine physique réadaptation). Mais il est important dans ce tutorat que l'étudiant puisse constater par lui-même l'importance de ne pas se focaliser sur un profil de pathologie lui permettant de mettre en pratique l'ensemble des connaissances acquises durant son année. Il est tout aussi important qu'il évite de se spécialiser trop tôt dans sa formation.

Les structures cherchent des profils de kinésithérapeutes pouvant s'adapter rapidement à tout public du fait d'être dans un environnement en perpétuel mouvement. Cette réflexion est exactement la même pour des professionnels déjà en poste sur une structure. Cette organisation serait envisageable à effectif complet mais de l'avis des kinésithérapeutes ou médecins, reste à ce jour difficilement applicable au vue de la situation. Cette difficulté est notamment liée au changement immédiat de rééducateur vis-à-vis du patient, mais également au fait que l'ensemble des kinésithérapeutes peuvent intervenir sur plusieurs services lors d'absence alors même que cette organisation n'est pas officiellement mise en place. En effet l'organisation s'adapte à la situation et aux absences. Pour les médecins, leur crainte est de perdre leurs habitudes de travail avec tel ou tel kinésithérapeute amenant un risque d'erreur de transmission durant la période d'adaptation de l'ensemble des acteurs.

« Dans le domaine de l'organisation du travail, la notion de polyvalence renvoie aux liaisons établies entre un homme d'une part et des postes de travail ou des fonctions d'autre part »⁸¹. « Contrairement à la spécialisation des tâches, qui stipule « un homme, une tâche, un poste de travail », le principe de la polyvalence suppose, dans le champ de l'organisation du travail, la possibilité d'affecter alternativement et/ou successivement, un homme à deux tâches différentes, à deux postes de travail différents, à deux fonctions différentes⁸² ». Si nous mettons en lien la dimension de polyvalence avec celle du terrain que nous avons développée précédemment, il est de plus en plus courant de constater cette polyvalence dans le secteur hospitalier. Comme nous l'avons décrit, la clinique est divisée en services avec leur spécialité, mais les rééducateurs, notamment kinésithérapeutes sont amenés à élargir et enrichir leur travail et leurs interventions. Cette exigence de la fonction est d'autant plus évidente actuellement que le manque de kinésithérapeutes oblige ces derniers à être transversaux. Malgré cette constatation, les professionnels ne s'accordent pas tous sur le fait d'être polyvalent, ce qui montre une fois de plus la difficulté de définition de ce terme pourtant utilisé usuellement.

⁸¹ <http://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.1999.gprunet&part=7511> consulté le 03-03-18

⁸² DADOY (M) et collectif d'auteurs : " Les analyses du travail, enjeux et formes " Cereq. Collection des études. N° 54. Mars 1990, 240 pages, P. 125

Un des inconvénients serait notamment le temps d'adaptation de chaque professionnel à un nouveau service et donc une perte d'efficacité et d'optimisation de prise en charge. Cette réflexion managériale aurait un autre sens d'un point de vue organisationnel.

Ce que je souhaite exposer ici est mis en lien avec ce qui a pu être évoqué précédemment. En effet chaque professionnel n'ayant pas la même manière d'intervenir et de s'organiser, certaines problématiques de prise en charge (que ce soit en nombre, en charge de travail, en organisation de service) pourraient bénéficier d'un regard neuf. Cet apport permettrait dans la mesure du possible d'engendrer des modifications sur ces problématiques et de modifier des routines d'organisation. Ainsi chaque kinésithérapeute aurait la possibilité d'acquérir de nouvelles compétences liées au fait d'être confronté à de nouvelles situations professionnelles. Les compétences ne se développent qu'en se mettant en situation nouvelles ou dans lesquelles le professionnel mobilise un certain nombre de connaissances pour répondre à un ensemble de nouveautés (services, collègue, patients).

Pour définir la compétence nous nous appuyerons sur la définition suivante : « *Capacité que possède une personne de porter un jugement de valeur dans un domaine dont elle a une connaissance approfondie* »⁸³. Comme nous avons pu le dire la compétence est en lien avec une situation. L'objectif est ici que chaque professionnel puisse développer des compétences sur un ensemble de pathologies diverses pouvant permettre une plus grande possibilité d'organisation pour le cadre. En effet si peu de personnes sont compétentes pour prendre en charge des patients en gériatrie ou en oncologie, cela limite les changements d'organisation, même si ce dernier peut avoir lieu avec un accompagnement sur le terrain sous une forme de tutorat de la part du kinésithérapeute du service vers son binôme. Cette transmission aurait pour intérêt de ne pas mettre son collègue dans une situation de « danger » face à un environnement non connu.

3.4 Ouverture du plateau technique aux kinésithérapeutes libéraux

En parallèle une autre question est soulevée et est d'actualité, à savoir celle d'une possibilité d'exercice partiel ou mixte de l'activité de kinésithérapie. Pour que cette possibilité puisse être envisageable, des modalités doivent être instaurées, qu'elles soient de l'ordre organisationnel, financier.

Dans un premier temps les processus organisationnels consistent à préciser le lien que le kinésithérapeute aura avec la structure et déterminer la manière selon laquelle il pourra organiser son activité pendant son temps de présence à la clinique. Pour ce faire, nous allons développer le fonctionnement et l'organisation puis nous évoquerons les modalités financières. Le professionnel sera employé en CDI temps plein de préférence, suite aux analyses que nous avons pu réaliser précédemment, mais il pourra exercer une activité libérale hors horaires de contrat avec la clinique. Durant les horaires d'emploi à la clinique le kinésithérapeute réaliserait ses prises en charge de patients hospitalisés sur les horaires définis de 9h à 12h30 et de 13h30 à 17h. En dehors de ces horaires le professionnel pourrait accueillir au sein de la clinique des patients extérieurs dans le cadre de son activité libérale. Il faudra convenir avec la direction de l'organisation d'accueil des patients, mais également le lieu d'arrivée.

⁸³ <http://www.cnrtl.fr/definition/competence> consulté le 06-02-18

Ces éléments sont importants à prendre en compte dans l'analyse de l'ouverture de cette possibilité pour éviter qu'il y ait des « plaintes » ou des remarques de la part des patients hospitalisés, concernant les horaires de prise en charge ou la durée des séances par exemple. Par conséquent les deux activités seraient distinctes avec un cadre horaire fixé au préalable. Le professionnel gérerait son planning libéral, ses prises de rendez-vous sans que la clinique n'intervienne en aucune manière dans cette activité libérale. Ces processus organisationnels d'accueil et de prise en charge définis, il convient d'aborder les modalités de financement, élément d'importance dans ce contexte particulier.

Les modalités financières vont devoir être fixées au préalable entre la clinique et ce professionnel. Ce dernier percevra son salaire de kinésithérapeute temps plein versé par la clinique, auxquels s'ajouteront les revenus de son activité libérale, cette dernière s'organisant dans les créneaux des horaires d'ouverture et de fermeture de la clinique. A ce cumul de revenu, il conviendra, dans le cadre d'une convention ou à minima d'un accord écrit avec la direction, que le professionnel prenne l'engagement de rétrocéder une partie de ses gains à la clinique. Le montant de cette rétrocession sera décidé par les deux parties prenant en compte le prêt de locaux, de matériel et éventuellement un pourcentage du chiffre d'affaire.

Cette possibilité d'ouverture du plateau technique, dédiée aux professionnels souhaitant débiter une activité libérale mais étant réfractaires au principe d'un salaire variable ou à l'accumulation de documents administratifs présenteraient des avantages. Elle permettrait à ces derniers d'assurer un emploi complet sans avoir à supporter les inconvénients liés à l'investissement dans le matériel et les locaux. Cette pratique se développe de plus en plus et pas seulement dans le cadre des kinésithérapeutes ou des centres de rééducation. Ainsi, on peut citer par exemple le projet réalisé par l'une de mes collègues de promotion Mme V. CINTAS qui mène comme initiative d'ouvrir l'accès à des sages-femmes libérales aux salles d'une maternité sur le Centre Hospitalier Nord Deux-Sèvres dans la région Nouvelle-Aquitaine.

3.5 Le rassemblement des kinésithérapeutes de l'établissement en collège

L'aspect architectural de l'établissement amène un isolement de certains services, notamment ceux de la gériatrie et de l'hôpital de jour. Chacun ayant son plateau technique cela ne favorise pas la communication entre professionnels. L'objectif n'est pas d'apporter un changement radical qui aurait des conséquences négatives dans un premier temps (difficulté d'adaptation, perte de productivité donc baisse de rentabilité dans le cadre d'une clinique privée à but lucratif) mais de faire en sorte de pouvoir intégrer un temps d'échange plus important entre les services et donc pour les professionnels entre eux. Nous pouvons nous interroger sur cette volonté de mettre en place une possibilité de communication plus importante ?

Les 3 plateaux techniques constituent le service de rééducation qui est par erreur souvent assimilé à un seul endroit de prise en charge à savoir le lieu où l'on prend en soin le plus de patients. Cela a pour effet de générer un isolement plus ou moins important des 2 autres plateaux techniques et par voie de conséquence de leurs professionnels.

Le cadre de santé doit mettre en place des temps d'échange. Ces échanges doivent permettre de faire des retours d'expérience sur des pathologies plus ou moins compliquées mais également sur des charges de travail. Il est en effet de plus en plus souvent constaté que plus aucun professionnel ne prend le temps de réfléchir sur le point de savoir par exemple si le nombre de patients est trop important ou pas. Ils prennent en charge, considérant que c'est une normalité acceptée que d'avoir 18-20 patients journée. Avec une équipe en difficulté, il est important que chacun puisse exprimer ses besoins et échanger avec les collègues pour exposer la lourdeur de certaines prises en soins de patients. Ce scénario semblerait le plus plausible selon mon positionnement.

3.5.1 Les leviers de cette organisation

L'ensemble des kinésithérapeutes de la structure se regrouperait suivant une fréquence définie de manière commune. Ce temps serait mis à profit pour avoir un lieu d'échange entre professionnels d'une même corporation. Dans un même temps chacun pourrait réaliser la charge de travail de son collègue dans l'optique de mener une dynamique d'entraide. Cela permettrait de répartir équitablement et de manière égale la charge de travail. Si nous ne sommes pas en accord, le premier élément pris en compte sera la « majorité » souhaitant ce modèle d'organisation. A contrario s'il n'y a pas de majorité, alors il relèvera de mon supérieur hiérarchique de trancher après que je lui ai exposé le retour de l'équipe ainsi que mon analyse de la situation.

Pour accompagner ce changement fonctionnel, le cadre de santé serait présent lui permettant de constater les dysfonctionnements et les avantages de cette organisation. Ce serait un regroupement hebdomadaire dans un premier temps. Je fais la proposition de la périodicité hebdomadaire, car le nombre de patients est conséquent puisque prenant en compte l'ensemble de l'établissement.

A la dénomination de réunion serait préféré celui d'atelier professionnel. Je privilégie cette appellation car les professionnels sont impliqués dans le processus de changement. Cela permet d'informer les professionnels concernés sur le fait qu'ils vont participer activement à ce regroupement cadré par le responsable Ce management intégrant les professionnels, me paraîtrait des plus intéressants puisqu'il permettrait à chacun de partager ses difficultés de prise en charge, d'organisation et se rendre compte du travail réalisé par son collègue qui n'intervient pas sur le même plateau technique. Cela favoriserait également un échange sur le profil de patient et de savoir s'il s'agit de patients avec une charge en soins lourde ou non.

Cette organisation amènerait au cadre des informations sur le travail réalisé. Il adaptera et mettra en place une réorganisation des prises en charge avec un management transversal, prenant soin d'expliquer aux professionnels ce choix ainsi qu'en les impliquant pour un résultat co-construit. Le rythme de la séance hebdomadaire, aura pour intérêt commun de réadapter chaque semaine les dispositions prises si l'organisation précédente a connue des dysfonctionnements. Par la suite après une période de test, le cadre pourrait ne plus être présent permettant une autonomie dans la gestion des plannings n'intervenant que pour arbitrer ou prendre une décision sur une situation complexe.

Cet outil d'accompagnement au changement qu'est l'atelier aurait un triple avantage :

Dans un premier temps, il aurait pour intérêt d'échanger avec l'ensemble des kinésithérapeutes et pas seulement avec les kinésithérapeutes du même étage,

ou exerçant sur le même plateau technique. Ainsi les relations seraient transversales et non plus verticales.

Dans un second temps, cette réunion amènerait un allègement de la tâche de certains professionnels ayant des prises en soins plus lourde que d'autres en fonction des profils du service. Cela apporterait une dimension équitable et non pas seulement égalitaire en termes de nombre de prises en soin. Lorsque l'on échange entre nous, on parle beaucoup du nombre de patients mais peu de la lourdeur en termes de charge en soins du patient.

Dans un troisième temps et dans l'idéal, on pourrait ajouter à ce regroupement une dimension de partage professionnel qui ne serait plus liée à la charge de travail. Elle porterait sur un échange de connaissances et de pratiques face à une difficulté de prise en soins d'un patient (soit liée à la pathologie, soit une problématique spécifique) susceptible de profiter à l'ensemble de l'équipe.

Ce changement organisationnel amène la possibilité de varier les profils de patients pris en charge souvent similaires, bien entendu liés au fait du service où intervient le kinésithérapeute. Cela permettrait un décloisonnement certain lié au service et donc un échange plus important entre l'ensemble des professionnels quels qu'ils soient du fait de plusieurs kinésithérapeutes intervenant dans les services.

Par conséquent chaque kinésithérapeute aurait une activité principale dans un service comme c'est le cas actuellement, avec par exemple 1 ou 2 patients venant d'un autre service. On pourrait assimiler cela à un système d'échange de patients pris en charge entre professionnels. Dans une perspective d'anticipation, lorsqu'un intérimaire serait recruté (ou possiblement un emploi CDI), le nouveau professionnel pourrait reprendre un ensemble de patients divers et variés de plusieurs services, car les kinésithérapeutes donneraient en priorité les patients qu'ils ont des autres services. Ainsi la diversité faisant défaut actuellement pourrait devenir un attrait pour un futur professionnel et même certains professionnels en fixe qui réitéreraient cette pratique avec un nouveau collègue.

3.5.2 Les freins de cette organisation

Face à ces scénarii possibles, de nombreux freins fonctionnels et culturels aux changements peuvent cependant apparaître. Dans le déroulé de ce projet, il n'est fait référence qu'aux professionnels directement concernés par ce changement. Mais c'est tout un ensemble de professionnels qui en réalité impacté.

En effet, à ce jour, le rééducateur échange en collaboration avec le médecin du service. Dans le cas où plusieurs intervenants prendraient en soins des patients, le nombre d'interlocuteurs aurait vocation à augmenter. Ceci serait alors susceptible d'entraîner une augmentation du risque d'erreurs de transmissions. Il est possible également que cette organisation fasse naître un questionnement lié aux transmissions lors du staff pluridisciplinaire. Par ailleurs, le kinésithérapeute référent du service doit-il collecter l'ensemble des transmissions de ses collègues intervenants sur le service ou chacun doit-il intervenir pour ses patients aux staffs. Ces modalités seraient susceptibles de générer une multiplication du nombre de réunions, avec le risque d'aller à l'encontre de l'objectif de ce rassemblement hebdomadaire qui est d'optimiser la charge de travail et répartir équitablement les prises en charge sans avoir un impact sur le temps passé avec les patients.

De plus dans la culture partagée par les professionnels, même si elle tend à évoluer, le médecin est habituellement entouré d'une même équipe, qu'il considère comme son équipe (infirmière, aide-soignant, kinésithérapeute, éducateur en activité physique). Cette habitude peut constituer un frein lorsque l'on veut multiplier les intervenants de rééducation dans le cas présent. A cela s'ajoute également le fait de coordonner les soins infirmiers/aides-soignants avec les horaires d'interventions des kinésithérapeutes. Avec 2 intervenants (APA et kiné) cela réduit les aléas liés au planning de chacun. D'où l'intérêt d'améliorer l'utilisation d'un outil de coordination commun utilisable et partagé par tous.

Cette première piste de réflexion certes, bien que ne permettant pas à elle seule d'être attractive au point de faire venir en masse les kinésithérapeutes, serait une possibilité d'attrait puisqu'il n'y aurait pas un seul profil de patient à prendre en charge mais plusieurs, situation intéressante et souvent recherchée par les nouveaux diplômés. En situation de sous-effectif, cela diminuerait dans une certaine mesure la répétitivité des pathologies (chute/prothèse/ fracture), stimulerait certains professionnels ayant émis le souhait potentiel de varier les prises en charge et éviterait un « *encroûtement massif* ». Ce terme est utilisé ici, comme un mécanisme qui amène le professionnel à s'inscrire dans une routine de travail, la même pathologie conduisant à réaliser les mêmes gestes techniques, sans demander aux professionnels une réflexion sur ce qu'il peut faire. Le professionnel s'enferme dans une routine qui peut l'amener dans une surqualification de certaines prises en charge. A contrario, la notion d'encroûtement est également liée au fait d'une disqualification du professionnel dans certaines pathologies à prendre en charge, revenant à l'intérêt de connaître les compétences de chaque professionnel évoqué en amont de ces scénarii.

Prenons l'exemple d'un kinésithérapeute assurant essentiellement la prise en charge des patients ayant eu une intervention de prothèse de genoux. Il va se sur-qualifier sur des compétences telles que réaliser un bilan prothèse de genou, identifier les besoins du patient ayant eu cette intervention, connaître les étapes de cicatrisation car souvent il sera face à la même situation de prise en soin. A contrario, s'il doit intervenir auprès de profil de patient tel que des patients en oncologie ou en neurologie, les compétences seront plus compliquées à solliciter car situation de travail sera différente. Le professionnel, entre donc dans une routine qui peut être confortable pour certains qui ne souhaitent pas se mettre en « danger ». Cette approche leur permet d'être dans une situation de bien-être au travail, non soumis à une adaptation régulière. Ils peuvent en outre être des professionnels reconnus par le fait d'être expert dans ce « type » de prise en charge ce qui les conforte dans le fait de ne pas vouloir sortir de cette situation. Cela peut être une des raisons possibles de résistance aux changements.

Pour éviter une mise en difficulté non pas d'un collaborateur mais au minimum de 2 (avec des échanges de services), il faut que le responsable puisse accompagner le changement en utilisant des outils dédiés et adaptés à la situation. Pour que cet accompagnement soit optimal, le cadre supérieur doit s'appuyer sur des données recensées dans le tableau ci-dessous

Tableau d'outils pour le changement⁸⁴

Changelement Outils	Faible	Moyen	Élevé
Accompagnement	Diagnostic/critères/ tableau de bord	Aide à la compréhension	Atelier pratique avec professionnel
Formation/ développement de compétences	Formation technique interne (par échange entre professionnels)	Processus méthodologique (qui s'approche d'atelier)	Mini conférence / approche conceptuelle
Communication	Supports passifs	Interactif (video- newsletter)	Discours par une personne de référence

Lorsque l'on est dans une conduite de changement, le cadre supérieur doit pouvoir connaître les leviers de changement, les habitudes des acteurs et adapter par conséquent ces outils au niveau de changement qu'il soit faible, moyen ou élevé. Ce niveau de changement peut varier en fonction de la position de l'individu qui mènera le changement.

Cet accompagnement permettra d'amorcer des apprentissages de ce qui était fait avant pour amener un nouvel apprentissage en lien avec le nouveau service, le nouveau public pris en charge. L'accompagnement au changement doit s'effectuer par étape et surtout avec des mises en situations et des échanges constants.

En général, l'individu se contente d'avoir un environnement sécurisant avec des repères. Cela nous rassure sur le fait que « je fais quelque chose que je sais faire » il n'y a pas de surprise, ou d'imprévu. KOTTER (professeur à la Harvard Business school) et SCHLESINGER (économiste américain et professeur à la Harvard Business School)⁸⁵ décrivent quatre raisons pouvant expliquer une attitude de résistance au changement et qui pourraient dans notre situation être soulevées par les collaborateurs.

La première raison consiste à dire que l'intérêt individuel prime sur l'intérêt collectif. Cependant les kinésithérapeutes pourraient trouver un double intérêt qui est la valorisation professionnelle avec une nouvelle forme de travail, une nouvelle organisation et un attrait personnel permettant de prendre en soin de nombreux profils de patients. A ces intérêts individuels, viendrait s'ajouter l'intérêt collectif de former une identité au sein même du service de rééducation.

La seconde raison d'appréhender le changement réside dans le manque de confiance vis-à-vis des managers à l'origine d'un nouveau regard. Cette crainte est légitime au vu du nombre de cadres que nous avons connus en poste n'ayant

⁸⁴ MARCHAND X., le Management dans les transitions (GHT, transformation, mutualisation, déménagement), cours Master 2 MOS, école Montsouris, Créteil, le 26-01-2018

⁸⁵ Christine MARSAN Réussir le changement, comment sortir des blocages individuels et collectifs. p15

pour certains pas voulu amener des changements par crainte de générer un plus grand dysfonctionnement dans l'organisation et la résistance exprimée par les rééducateurs. Il peut néanmoins être admis que ces craintes pourraient être atténuées sous réserve d'un changement accompagné par des temps d'échanges, par des outils appropriés que nous avons vu précédemment.

La troisième crainte face au changement est liée à la crainte des professionnels de ne pas être capables de développer des compétences ou de changer son organisation professionnelle entraînant par conséquent une « faible tolérance au changement ». Dans l'organisation envisagée nous solliciterions certaines nouvelles compétences, mais le plus grand changement serait d'un point de vue organisationnel. Cette crainte de « ne pas être capable de » peut être atténuée par un changement progressif.

Pour finir, la dernière raison émergente, consiste à dire que les acteurs principalement impliqués par le changement estiment le process différemment de celui qui initie le projet. Là encore, pour atténuer ces inconvénients, il est intéressant de réaliser des temps d'échange avec les professionnels pour obtenir leur vision et leurs remarques / suggestions amenant à une implication plus grande et plus aisée des acteurs dans les évolutions organisationnelles.

3.5.3 La mise en place de l'hypothèse de travail choisie

J'ai pu lors d'une réunion, exposer l'ensemble des scénarii évoqués précédemment à l'ensemble des kinésithérapeutes qui avaient répondu favorablement ou non à l'entretien individuel évoqué au début de l'analyse. Nous avons épuré ces scénarii par une proposition de maquette concernant la mise en place d'un collège de kinésithérapeutes. Face à cette présentation de scénarii et le choix collectif, il a fallu que j'intègre certaines suggestions. Comme la nomme Roger FISHER (professeur émérite de droit à la Harvard Law School et directeur du Harvard Negotiation Project) et William URY (directeur du *Global Negotiation Project* à l'université de Harvard, spécialisé dans les méthodes de négociations internationales)⁸⁶, la négociation raisonnée est l'aboutissement de l'échange que j'ai pu avoir avec les kinésithérapeutes. Celle-ci s'est avérée être une alternative constructive de l'adversariat, c'est-à-dire que j'ai pu construire avec eux, qui pourraient être assimilée à des adversaires, et non aller contre eux. L'objectif est dans cette étape de préparer les rééducateurs à ce changement.

Les professionnels souhaitent que le cadre de rééducation centralise les charges de travail, ce qui est réalisé depuis janvier 2018, apporte une analyse de charge de travail individuelle, ce qui est également réalisé. Les professionnels s'impliqueraient dans cette démarche de changement mettant en œuvre un temps d'échange pour permettre à l'équipe d'avoir une vision globale du travail des kinésithérapeutes. Ceci aurait le mérite de constituer un changement par rapport à ce qui est en place actuellement, c'est-à-dire que le cadre rencontre de manière informelle chaque kinésithérapeute pour ajuster la charge en soins. L'objectif est donc de mettre en place un temps d'échange à partir d'une analyse du responsable qui serait présent pour arbitrer et décider des répartitions.

⁸⁶ FISHER, Roger, URY, William, PATTON, Bruce, et al. Comment réussir une négociation. Edition. du Seuil, octobre 2006

Cette organisation aurait une phase test sur la période de début juin à fin juillet 2018 où je collaborerais avec le cadre de rééducation pour mener à terme ces changements. Deux hypothèses de travail sont envisageables. La première consiste à réaliser ce temps d'échange avec l'ensemble des kinésithérapeutes de la clinique permettant d'avoir la vision la plus complète possible de l'activité de chacun, la seconde repose sur l'idée à réaliser durant la phase de test des groupes de travail regroupant pour l'un 2 services et pour l'autre 3 services. Ainsi l'échelle de changement serait moindre dans un premier temps. Cette période d'essai permettrait de faire émerger les freins et les leviers de manière concrète pour une mise en œuvre avec une implication complète de chacun. Après ajustements, nous devrions être en mesure de nous engager dans la voie de la réunion plénière des kinésithérapeutes.

Ce changement peut contenir également des limites vis-à-vis du patient. Pour ces raisons, il faudra pouvoir adapter l'organisation en fonction de certaines contraintes comme par exemple la barrière de la langue. Dans ce cas concret le professionnel sera orienté en fonction de ses compétences linguistiques et non pas seulement au regard de ses seules compétences professionnelles. Le patient pouvait jusqu'à présent émettre un souhait d'être pris en rééducation par tel kinésithérapeute, dans des situations spécifiques, ou tel autre sans que celui-ci ne soit toujours respecté en raison de la charge de travail de chacun. Dans un futur proche, les patients risquent de perdre cette possibilité de par l'organisation qui sera mise en place. Une des limites que nous pouvons signifier est le risque d'avoir un bilan initial réalisé par le kinésithérapeute un peu plus tardif et pour lequel il conviendra par la suite d'y remédier

L'idée serait ultérieurement de peaufiner cette maquette en élaborant des prototypes. Pour chaque coopération nous cadrerons le mode d'intervention pour que ce ne soit plus un kinésithérapeute qui intervienne sur un service dans un premier temps. Les situations professionnelles (apporter du matériel, transmettre une prescription médicale par exemple) permettraient à l'ensemble des acteurs (médecins, infirmière et soignants) de connaître les personnes ressources communes. Comme évoqué ci-dessus cette expérimentation est réalisée avec les kinésithérapeutes ainsi que les autres professionnels des services et l'implication des médecins des deux services dans les transmissions. Cette mise en place serait en expérimentation sur deux groupes cités précédemment permettant une mise en commun des deux groupes après retour d'expérience. Ce changement pourrait être élargi par la suite à d'autres professions comme les éducateurs en APA, ou bien les ergothérapeutes.

Face à l'ensemble de ces bénéfices que l'on pourrait attribuer à ces axes de changement qui sont fonctionnels et culturels, je souhaite m'arrêter un instant sur l'impact que cela aura sur le kinésithérapeute en tant que professionnel mais également en tant qu'humain. Comme a pu nous le démontrer X. MARCHAND⁸⁷ dans le cadre de la formation de master management des organisations soignantes, il est important d'avoir une concordance entre l'activité prescrite et l'activité réelle, mais également d'avoir une vision de la manière dont est réalisé le travail du professionnel. En effet, on ne peut pas parler uniquement en termes d'ETP, même si dans notre problématique c'est un élément très important. Le professionnel réalise les actes pour lesquels il a un travail prescrit, en lien avec sa fiche métier. Un lien peut être réalisé avec le fait que l'on intervienne sur « prescription » et donc que le professionnel réalise les actes écrits. Mais dans son activité, il existe

⁸⁷ X. MARCHAND, la culture de l'évaluation comme reconnaissance au travail, Ecole Montsouris, Créteil, cours Master 2 MOS, du 24-11-17

un écart puisqu'il ne réalise pas que ce qui est écrit sur la prescription mais d'autres actes qui complètent la prise en charge du patient tout en restant dans son domaine de compétence.

Un cadre supérieur de santé comme un cadre de santé doivent avoir le discours clair avec les équipes sur le fait que dans le travail prescrit il existe une part acceptable du travail sur laquelle nous pouvons négocier ce que André ZEITLER⁸⁸ (maître de conférence en STAPS, à l'université de Brest, membre Centre de recherche sur l'éducation, les apprentissages et la didactique) nomme la part discrétionnaire et une part non négociable sur laquelle il n'est pas envisageable d'avoir une quelconque interprétation, ce qui correspond aux procédures, aux règles d'hygiène, de sécurité notamment.

⁸⁸ ZEITLER A., GUERIN J. et BARBIER J-M., « La construction de l'expérience », *Recherche et formation*, 70 | 2012, pp9-14

4. L'évaluation du projet

4.1 L'intérêt de ce changement

Pour amener ce changement, nous avons pu délimiter 3 angles d'analyse qui seront impactés plus ou moins directement.

4.1.1 Le changement fonctionnel

Nous avons pu constater qu'il fallait proposer plusieurs hypothèses de travail pour en mettre une en exergue. Cette solution envisagée est celle qui lors d'une analyse bénéfice-risque est la plus viable d'un point de vue humain et de sa faisabilité. De ce changement fonctionnel naît un objectif commun pour l'ensemble des rééducateurs impliqués ou concernés. Comme j'ai pu le dire lors de l'introduction, ce changement ne peut se réaliser qu'avec les collaborateurs. Et c'est bien de l'organisation du service de rééducation dont il a été question dans ce projet.

4.1.2 Le changement politique

L'axe politique était un élément extrêmement important à prendre en compte dans la conduite de ce projet devant être développé dans un contexte de certification des établissements de santé. Par conséquent, il a fallu user de stratégie pour obtenir les informations, mais également pour mener des réunions sans pour autant évincer les personnes qui pouvaient durant ce projet nous aider à certaines fins. Pour cela, j'ai dû me positionner en tant que consultant interne auprès de mon responsable direct mais également comme un acteur privilégié avec la direction sur certaines situations permettant de mettre en place ce projet.

Par la suite, une fois mis en place et testé à minima, nous pourrions envisager de présenter ce projet et le cas échéant l'étendre à d'autres structures. Cependant cette étape ne pourra être envisagée que dans un second temps. Il est cependant indispensable pour chaque cadre supérieur de se positionner et d'user de stratégies parfois complexes, pour atteindre un objectif tout en étant professionnel de terrain au sein de l'établissement. L'objectif était donc de mener un projet managérial, sans avoir la main sur un certain nombre d'éléments pourtant nécessaires à l'accomplissement de ce projet. Je veux bien évidemment parler du nombre de recrutements possibles, de l'anticipation d'absence ou de recherche de professionnel pour amener une aide en période de sous-effectif ou tout simplement du changement organisationnel sur le terrain qui revenait en décision au référent de la rééducation. Cependant tout au long de ce projet, la direction de l'établissement a soutenu ces réflexions en apportant les éléments factuels permettant une analyse la plus complète possible

4.1.3 Le changement culturel

D'un point de vue culturel, ce projet a eu pour mission d'amener les professionnels à agir sur différents secteurs lors d'absence ou de répartition de charge de travail. Par cette réflexion que nous avons essayé d'amener à l'ensemble de l'équipe sans leur imposer ce changement, les professionnels ont pour certains amené un raisonnement ou même des interprétations moins négatives dans la multiplication des prises en charges ou encore de la variété des pathologies.

Pour ce qui est de la dimension de communication d'équipe inter-plateau

technique, cela reste toujours complexe de par la disposition des locaux, mais ceci tend à se réduire d'après mes observations avec un échange plus régulier notamment entre l'hôpital de jour et le plateau technique au rez-de-chaussée.

Ce changement se fera sur le long cours en apportant des éléments d'amélioration constant dans la prise en charge de patient mais également dans la mise en place de projet inter-services.

Pour que ces changements puissent être évalués, des indicateurs d'évaluation doivent être définis. La Haute Autorité de Santé (HAS) définit les indicateurs comme des outils de mesure qui permettent d'évaluer de manière valide et fiable la qualité du travail et ses variations dans le temps et l'espace. Ils doivent également être reproductibles. L'HAS distingue trois types d'indicateurs tels que les indicateurs de structures, les indicateurs de processus et les indicateurs de résultats.

Pour qu'un indicateur soit utilisable, il doit donc réunir l'ensemble de ces critères. Nous utiliserons donc des questions internes à l'institution, comme le questionnaire de satisfaction des patients, les retours des professionnels permettront d'avoir un indicateur de satisfaction de ces derniers sur le changement d'organisation.

4.2 Les indicateurs

Ce qu'il est aisé d'obtenir et de comparer est le nombre de prises en charge de patients par professionnel et ce sera notre premier indicateur. C'est par conséquent un indicateur quantitatif pouvant être audité de manière fiable et valide. Nous demanderons à chaque professionnel kinésithérapeute, et par la suite à l'ensemble des autres professions, de mettre à jour le nombre de prises en charge quotidienne. Cela permettra au cadre supérieur de visualiser la répartition de la charge de travail et rééquilibrer si nécessaire en faisant intervenir les kinésithérapeutes sur l'ensemble des services. Il faudra également prendre en compte la complexité de la prise en charge. Pour ce faire, un tableau avec un coefficient de majoration pourra être utilisé entrant dans le calcul de l'équité de prise en charge de chacun. Ce coefficient sera fixé en doublant la charge de travail.

Le second indicateur qu'il est intéressant d'analyser est pris en compte lors des réunions par profession. Les professionnels étant obligé d'assister à ces réunions, ce n'est pas par leur présence que nous pourrions juger de l'utilité de ces réunions mais plus en notant scrupuleusement les interventions de chacun que ce soit dans le but de soulever une problématique ou de proposer des pistes de réflexion collectives. Nous pourrions de cette manière observer le degré d'implication de chacun, mais également avoir un visuel sur ceux qui subissent ce changement et qui devront être plus accompagnés que d'autres. Cette analyse, serait très utile à réaliser à partir d'enregistrement vidéo. Cette méthode toutefois très formatrice est complexe à mettre en place pour cause de droit à l'image, de l'impact que cela peut avoir sur le professionnel et le déroulé de la réunion. En effet dès lors que l'on garde une trace visuelle, le professionnel peut être inhibé et restreindre sa parole. A partir de cette vidéo, nous pourrions analyser les postures, les attitudes de chacun amenant à une stratégie de co-construction par la suite pour former des groupes de travail par exemple ou le développement de projets.

La vidéo permettrait également de connaître le nombre d'échanges réalisés durant la réunion, et de connaître le temps de parole du cadre supérieur, et des professionnels. Ces éléments permettraient de savoir si nous avons répondu à l'une des problématiques soulevées durant ce projet qu'était la communication inter professionnelle au sein de la rééducation. Plus les échanges entre professionnels sont nombreux, plus il est permis de penser que la résolution de difficulté de communication inter-plateau technique serait en voie de résolution. Cet indicateur du nombre d'échange peut toutefois être utilisé sans l'outil vidéo.

Le troisième et dernier indicateur s'appuierait sur une fiche de prise en charge prenant en compte la pathologie des patients selon chaque professionnel. Chacun compléterait une fiche en même temps que les tableaux de nombre de prises en charge. Ces informations auraient à constituer un outil d'analyse à destination du cadre supérieur pour un développement des compétences de chacun en utilisant les différents outils expliqués tout au long de ce projet managérial. Si un professionnel a tendance à augmenter son nombre de prise en soin de patient en orthopédie, le cadre se devra de l'accompagner vers d'autres pathologies entrant dans le champ de la neurologie par exemple ou de la traumatologie, dans un souci d'épanouissement au travail.

4.3 Les impacts sur les patients : indicateurs de satisfaction et de qualité

Lors de changements organisationnel, culturel et éventuellement politique, il va de soi que ceux-ci vont impacter les professionnels mais également les patients.

Les patients pourront changer de rééducateur en fonction de l'évolution de la pathologie mais également pourront avoir un kinésithérapeute différent d'un séjour à l'autre lorsqu'ils reviennent en hospitalisation complète pour une prise en charge post-opératoire. Ces changements trouveront leur justification dans le fait que le kinésithérapeute prenant en charge le patient sera soit un professionnel expert de cette pathologie dans le cadre d'une rééducation complexe soit par un kinésithérapeute polyvalent pouvant prendre en rééducation une situation qui n'est pas complexe. Pour évaluer si le changement organisationnel a eu un impact, nous utiliserons le questionnaire de satisfaction que chaque patient complète lors de sa sortie d'hospitalisation. Nous pourrions ainsi comparer le niveau de satisfaction de la prise en charge en kinésithérapie par rapport aux années précédentes.

En ce qui concerne la qualité de prise en charge, nous optimiserons la répartition de la ressource humaine en fonction des besoins du patient, et pour le patient lui-même une meilleure prise en soin pourra être effectuée sans pour autant juger ou dévaloriser le travail réalisé jusqu'à présent. De plus le patient sera acteur de sa prise en charge d'autant plus si le professionnel est d'origine étrangère car il devra pouvoir s'adapter au professionnel même si le professionnel doit s'adapter à tous profils de patients. La qualité sera notamment évaluée sur le délai d'intervention du kinésithérapeute à l'arrivée du patient. Celui-ci doit être évalué dans les 24 heures suivant son entrée.

4.4 L'évaluation auprès des professionnels : indicateurs de satisfaction

Les professionnels concernés devraient pouvoir trouver des intérêts à ce changement d'organisation sur plusieurs plans. En effet pour certains cette organisation va pouvoir répondre à un souci de développement de leurs compétences en variant les situations de travail, les services mais également les pathologies prises en charge sur une journée. Par conséquent « l'encroûtement » que nous avons pu évoquer en début de ce projet sera moindre.

Ce changement organisationnel va permettre à chacun de s'exprimer professionnellement par des retours sur expériences, conduisant ainsi l'ensemble des professionnels à se questionner sur les méthodes de rééducation et donc d'apporter une vision nouvelle de la prise en charge. Ces bénéfices seront visibles je l'espère au niveau de la communication inter-plateau technique permettant d'augmenter les échanges inter et intra professionnel. Si ce volet organisationnel et managérial aboutit, il sera alors possible de concrétiser la création du groupe de kinésithérapeutes dont nous avons parlé durant ce projet managérial et qui permettrait d'amener un renouveau dans la clinique du Moulin de Viry.

Dans la pratique, un outil évoqué précédemment existe pour coordonner les prises en charge et permettre que chaque professionnel puisse créer son planning. Avec ce changement organisationnel, cet outil devra être utilisé de manière plus optimale avec une mise à jour quotidienne par les rééducateurs. Cette pratique permettra alors au cadre supérieur d'avoir une vision macroscopique de la charge de chacun et d'adapter les interventions de l'ensemble des kinésithérapeutes.

Une période d'adaptation sera nécessaire pour s'habituer à ne plus intervenir sur un seul et unique service mais sur plusieurs, amenant une période d'incertitude et de « malaise » pour chacun ayant été bousculé dans ses routines, ses habitudes de travail et dans ses relations inter professionnelles.

Pour l'évaluation du changement auprès des professionnels, plusieurs indicateurs seront donc utilisés qu'ils soient qualitatifs ou quantitatifs, permettant d'être réutilisables par la suite pour un suivi du projet.

La limite que nous pouvons avoir sur cette organisation est une limite humaine que le cadre supérieur ne peut ignorer. C'est-à-dire qu'avec un changement vers le macroscopique, la dimension d'équipe sera d'autant plus réelle que l'existence de binôme-trinôme voir de groupe est extrêmement forte au sein de la rééducation. Il va de l'intérêt de tous, pour les professionnels, pour le patient et pour le cadre supérieur de comprendre l'objectif commun de ce changement.

4.5 Les limites de ce changement

4.5.1 Projet transposable ?

Si nous prenons en compte l'ensemble des éléments ayant permis d'aboutir à ce projet, nous ne pouvons dès à présent assurer que c'est un projet transposable tel que dans d'autres structures, ne serait qu'en raison de la dimension architecturale de la clinique et dans lequel s'est inscrit ce projet. Néanmoins, cette idée de création de regroupement en interne par profession est transposable dans grand nombre de structures et essentiellement dans des

établissements à activité SSR à échelle petite ou moyenne c'est-à-dire avec une équipe de rééducation d'environ 15 personnes. Il est d'autant plus transposable que cela permet d'amener aux professionnels une réflexion sur leur propre organisation et donc les amener à remettre en question non pas leur personne mais leurs méthodes d'intervention, leurs outils de prises en charge et leur vision du métier.

Au-delà de la faisabilité structurelle, et humaine, la faisabilité financière est un élément qui pourrait conditionner la réalisation d'un projet. En effet tout temps de réunion, de regroupement sont des temps de non prise en charge de patient. Dans un contexte actuel où le nombre de réunions augmente, il est important de prioriser les réunions mais également de cibler l'importance des présences aux réunions en fonction des professionnels ainsi que l'intérêt de tous être présents. Des *reportings* peuvent se mettre en place permettant la monopolisation d'un professionnel à défaut de plusieurs. Par conséquent le coût financier peut devenir élevé si les professionnels doivent réaliser des heures supplémentaires. Il en va de même si cette organisation conduit ou limite certaines prises en charge pouvant avoir pour conséquences soit des coûts supplémentaires liés à un recrutement de personnels supplémentaires, soit des patients non satisfaits de la prise en charge alors même que c'est l'objectif principal de réduire les patients.

Ce projet peut également être transposable dans des établissements autres que des établissements de santé connaissant les mêmes problématiques de recrutement d'un profil de professionnel. Cependant, tout projet est mené à partir d'une analyse de l'existant et suivant des données spécifiques à chaque établissement. Par conséquent tout projet ne peut être pris en l'état sans connaître de modification répondant aux besoins et attentes de l'établissement concerné.

4.5.2 Changement court-moyen-long terme ?

A court terme, ce changement aura eu pour intérêt d'amener les professionnels à réaliser que leur travail ne leur permettait pas du fait du contexte d'avoir une analyse sur ce qu'ils faisaient comme travail réellement. Cette prise de conscience pour certains a permis d'amener une diminution de la vision négative du travail liée à la surcharge de travail pouvant amener à une frustration de ce que chacun réalisait sans pour autant le réaliser de manière la plus optimale et efficace possible. Ce changement va se poursuivre et l'organisation sera testée notamment durant la période estivale où les répartitions de charge de travail seront constantes, surtout sans remplacement.

A moyen terme, ce changement demandera la mise en place de réunions régulières avec une implication des professionnels non seulement sur le terrain mais également dans le cadre des améliorations de prise en charge. Cette dernière ne pourra se faire qu'en intégrant de nouveaux collègues, mais également de nouvelles technologies comme par exemple l'utilisation de casque virtuel, ou la co-rééducation pour des patients étant hospitalisés pour les mêmes raisons médicales (prothèse, fracture). A moyen terme, ce projet vise comme ambition d'accueillir de nouveaux collaborateurs kinésithérapeutes pour renforcer l'équipe, diminuer le nombre de patients par professionnel et par conséquent améliorer la prise en charge en individualisant plus encore les parcours.

A long terme, l'objectif est de recréer une équipe de rééducation à effectif complet, grâce à un recrutement plus en adéquation avec les besoins de la clinique et avec des profils divers comme nous avons pu l'évoquer tout au long de ce projet managérial. C'est également l'ouverture vers les professionnels de ville qu'il faudra dynamiser pour répondre au parcours de soin du patient notamment avec l'orientation de l'ambulatorio présent dans les politiques de santé actuelle.

5. CONCLUSION

La rééducation déclarée priorité mondiale en santé publique⁸⁹, amène à se poser les questions sur les professionnels réalisant cette activité. Notre pays doit faire face dans l'espace européen à une progression non maîtrisée du nombre de kinésithérapeutes. Il est surtout dans l'incapacité flagrante de définir l'offre de soin en kinésithérapie dont il souhaite se doter pour correctement prendre en charge sa population. Or celle-ci comme dans tous les pays développés doit faire face à une progression des pathologies liées au vieillissement et ALD. Or les autorités françaises, par le maintien du *numerus clausus* prennent un axe défini au regard de contingences budgétaires sans jamais mettre en concordance l'offre de soin « idéale » et les besoins de la population. Malgré les orientations de l'Organisation Mondiale de la Santé, que nous nous sommes efforcés de porter dans le cadre de ce travail, il existe une discordance entre les recommandations et la réalité du terrain notamment avec la profession de kinésithérapeutes dont l'activité n'est pas mise en valeur dans les structures essentiellement.

Comme nous avons pu le démontrer tout au long de ce projet managérial, l'efficacité de ce dernier « repose sur l'accroissement du capital humain et sa pleine utilisation via l'autonomie individuelle, la coopération et la prise de décision collective »⁹⁰. Dans une période complexe telle que décrite, cette citation est des plus pertinentes puisqu'elle montre indirectement le rôle que doit avoir un cadre supérieur. Il doit donc pouvoir mener à bien ces trois caractéristiques du management d'une équipe tout en étant dans un système de contraintes qu'est l'entreprise. La kinésithérapie connaît quelques difficultés liées aux évolutions sociétales mais si les établissements de soins mettaient en liens les besoins de la structure, les organisations pourraient subir de façon moindre cette pénurie de personnels salariés. Il faudrait pour ce faire que le recrutement des professionnels soit organisé non pas pour atteindre un nombre mais en prenant en compte des profils de professionnels pouvant se compléter. Cela permettrait à chacun de s'épanouir personnellement et professionnellement, mais également d'avoir une explication de l'intérêt de ces changements fonctionnels. La non acceptation des professionnels au départ de tout changement est un frein de peur de l'inconnu et de la mise en danger au travail face à des situations nouvelles. C'est par conséquent le rôle du cadre supérieur d'accompagner les équipes sur tout changement notamment fonctionnel. C'est bien de manière collective et par l'action que l'on pourra mettre en place des stratégies nouvelles dans des organisations de santé mais également dans d'autres domaines grâce à l'utilisation de nouvelles technologies, de nouveaux modes d'organisation. Pour cela les structures de soins, qu'elles soient publiques, privée lucrative ou non lucrative doivent s'éloigner de l'hospitalocentré et ouvrir leur structure sur la ville et ses professionnels libéraux. A contrario de ce que les organisations tendent à développer, en l'occurrence l'individualisme, le cadre supérieur via ses cadres devra comme nous l'avons fait, convaincre ses collaborateurs que les organisations de demain ne sont pas basées sur de multiples individualités que l'on juxtapose mais sur une conscience collective développant le management relationnel. La difficulté comme nous l'avons démontré est de recollectiviser la pensée et l'action face à un individualisme exacerbé.

⁸⁹ http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/09/rapport_demographie_2017.pdf consulté le 22-04-18

⁹⁰ CLOT Y., GOLLAC M. Le travail peut-il devenir supportable ? 2^{ème} édition, ARMAND COLIN, 2017 p99, 248p

C'est par l'ensemble de ces éléments en perpétuel mouvement que le cadre supérieur doit adapter les réponses de son management devant se fondre dans un système, en y apportant des réponses concrètes et réalisables sur le long terme. Il est complexe d'évaluer un projet tel que celui mené et défendu tout au long de l'année, dépendant également des liens d'offre et de demande vis-à-vis de la profession de kinésithérapie, mais cela va également de pair avec l'adaptabilité de réponse du manager. Les conséquences envisagées peuvent être celles espérées et décrites, mais il est également fort probable que travaillant essentiellement sur le volet humain, les retombées d'un tel projet puissent être différentes tout en restant aussi bénéfique à l'organisation.

Par l'engagement dans ce projet professionnel, il m'a été possible tout au long de cette année de confronter mes points de vue à la théorie, mais également à la réalité du terrain. Cette réflexion et analyse m'ont conforté dans ma conduite de l'encadrement et l'accompagnement d'une équipe. Elles m'ont conforté dans l'idée l'idée que le management ne doit pas être basé uniquement sur des conceptions mais que l'humain reste la donnée la plus précieuse dont le manager dispose. Il est donc essentiel qu'en tant que futur cadre supérieur sur un ensemble d'unités fonctionnelles, je puisse adapter mon management pour répondre à l'ensemble des problématiques devant constamment être en adéquation à la mouvance de ce milieu sanitaire tout en développant les compétences des collaborateurs. Terminons par cette citation d'Antoine DE SAINT EXUPERY « Pour ce qui est de l'avenir, il ne s'agit pas de le prévoir mais de le rendre possible ». Tel a été l'objectif de ce présent projet managérial.

Bibliographie

Périodiques :

BARONIAN L. L'âge du nouveau taylorisme, Critique des théories sur les nouvelles organisations du travail industriel, *Revue de la régulation, Capitalisme, institutions, pouvoirs*, 2e semestre / Autumn 2013, n°14, pp35 mis en ligne le 12 décembre 2013, [en ligne] disponible sur : <http://journals.openedition.org/regulation/10324>

DADOY M. ; HENRY C. ; HILLAU B., " Les analyses du travail, enjeux et formes " *Collection des études du CEREQ*. Mars 1990, n°54 239 pages, pp 125

TABELLION E., Etudes de kinésithérapie ; le très grand écart des frais de scolarité, Le monde campus, mis à jour le 24-02-17, [consulté le 19-03-18] disponible :

MARC E. ; Picard Dominique. De la communication à l'interaction : l'évolution des modèles. « In » Communication et langages, Paris, P.U.F, 3ème trimestre 1992. n°93 pp. 69-83

SARDON J.P, L'Europe face au défi du déclin, juin 2006, Constructif n°14,

ZEITLER A., GUERIN J. et BARBIER J-M., « La construction de l'expérience », *Recherche et formation*, 70 | 2012, pp9-14

Ouvrages

DEJOURS C., Le choix : souffrir au travail n'est pas une fatalité, p47-107 édition bayard 2015

FISHER R. ; URY W. ; PATTON B. , Comment réussir une négociation, Paris, Seuil, 2006

MARSAN C. Réussir le changement : comment sortir des blocages individuels et collectifs. Louvain-la-Neuve, De Boeck, 2015 p15

MAULINI, O. Travail, travail prescrit, travail réel. In FORDIF-Formation en direction d'institutions de formation, Glossaire (p. 23). Lausanne : FORDIF. (2010)

Chapitre de livre

DELALOY M. ; FOUURIAT M. ; NOBLE F., La co-construction, une option managériale pour les chefs de service « In », Le management des chefs de service dans le secteur social et médico-social, Dunod, 2014, pp. 229-250.

Rapport :

MATHIEU P, DUMAS J-F, ANTOINE J-F, « Démographie des masseurs-kinésithérapeutes, une expansion incapable de répondre à la pénurie hospitalière et à la disparité ville/campagne » septembre 2017

SENECAL N., TELLE_LAMBERTON M., CAMARD J-P, Repères sur la santé en Île – de-France, Observatoire de santé Île-de-France,2015

Webographie

Ministère des solidarités et de la santé, [consulté le 18-10-2017], disponible : <http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/agnes-buzyn-devoile-sa-feuille-de-route>

Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Les établissements de santé [Consulté le 15-12-17] disponible : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche23-2.pdf>, chapitre 23 Les établissement de soins de suite et réadaptation, édition 2016

Agence Régionale de Santé, [consulté en octobre 2017], disponible URL : <http://www.sante-iledefrance.fr/PRS/2013-2017/ars-idf-prs-schema-orga-soins-hospitalier-volets-thematiques.pdf> chap.11 Soins de suite et réadaptation

Agence Régionale de Santé, Bilan des partenariats et de l'animation territoriale en Essonne, [consulté en décembre 2017] disponible : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-05/BILAN-PRS-2010-2017-Essonne.pdf>

Fédération Française des masseurs-kinésithérapeutes Rééducateur, DREES, RÉPERTOIRE ADELI. ASIP-RPPS 2016, mise à jour le 16/10/17, [consulté le 20-01-2018] disponible : <https://www.ffmkr.org/pratique-professionnelle/masso-kinesitherapie-ref79/la-kine-en-chiffres>

REMONDIERE R., « L'institution de la kinésithérapie en France (1840-1946) », *Les Cahiers du Centre de Recherches Historiques*, 12 | 1994, mis en ligne le 27 février 2009, [consulté le 17-03-18] disponible : <http://journals.openedition.org/ccrh/2753>

LEFAUCONNIER N. L'étudiant ; infirmier, kiné, psychomotricien, orthophoniste : Les numérisés clausus 2017-2018, publié le 18 avril 2017 [consulté le 03-02-18] disponible : <http://www.letudiant.fr/etudes/medecine-sante/paramedical-infirmier-kine-psychomotricien-orthophoniste-les-numeris-clausus-2017-2018.html>

MINET F., Des compétences à la validation, GIP Alfa-centre, le 02-06-04, [consulté le 02-05-18] disponible : www.alfacentre.org/vae/pdf/2004-06-02%20conference%20competences.pdf

Fédération Française des Masseurs-kinésithérapeutes Rééducateurs, septembre 2011 [consulté le 26-11-17] disponible : https://www.ffmkr.org/upload/ressources/divers/chiffres_de_la_kine/Note%20MK%20au%201er%20janvier%202011%20site.pdf

REMONDIERE R. , « L'institution de la kinésithérapie en France (1840-1946) », *Les Cahiers du Centre de Recherches Historiques*, 12 | 1994, mis en ligne le 27 février 2009, [consulté le 11-02-18]. Disponible : <http://journals.openedition.org/ccrh/2753>

Fédération Française des Masseurs-kinésithérapeutes Rééducateurs, la kinésithérapie au 1^{er} janvier 2016, [consulté le 18-11-17] disponible : <https://www.ffmkr.org/pratique-professionnelle/masso-kinesitherapie-ref79/la-kine-en-chiffres>

L'Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes, les diplômés [consulté le 25-03-18] disponible : <http://www.ordremk.fr/ordre/diplomes>

Ministère des Solidarités et de la santé, Le répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie, fonction publique hospitalière ; Masseur-kinésithérapeute [consulté le 28-01-18] disponible : <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=9>

Ministère des Solidarités et de la santé, Le répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie, fonction publique hospitalière ; éducateur sportif [consulté le 28-01-18]] disponible : <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=177#ancre6>

Allodocteurs, Inquiétude autour de l'accès partiel aux professions de santé, mis à jour le 18-01-2018 [consulté le 18-01-18] disponible : https://www.allodocteurs.fr/se-soigner/politique-sante/inquietudes-autour-de-l-acces-partiel-aux-professions-de-sante_24012.html

GUAY P.L, Communication : théories et modèles-schématisation/modélisation, [consulté le 27-04-18] disponible : <https://pierrelucguay.wordpress.com/cours-obligatoires/communication-theories-et-modeles/communication-theories-et-modeles-schematisationmodelisation/#riley>

Le Centre National de la Recherche Scientifique, définition de la compétence, définition d'expert [consulté le 03-02-18] ; disponible : <http://www.cnrtl.fr/definition/expert>

Université Lyon 2, Chapitre 7 La polyvalence : un concept pluridimensionnel, [consulté le 28-12-17] disponible : <http://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.1999.gprunet&part=7511>

Le Centre National de la Recherche Scientifique, définition de la compétence, [consulté le 09-03-18] disponible sur : <http://www.cnrtl.fr/definition/competence>

Loi/articles/décrets :

Loi Hôpital Patient Santé Territoire du 21 juillet 2009

Le ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute [en ligne], disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000872015> (consulté le 13 mars 2018)

Ministre de la santé, conditions de fonctionnement des écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, journal officiel n°152, du 03 juillet 1998 disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000754758&categorieLien=id> (consulté le 6 février 2018)

Loi no 46-857 Ation de l'exercice des professions de masseur gymnaste médical, de masseur-kinésithérapeute et de pédicure Journal officiel, du 1^{er} mai 1946, disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000315340&categorieLien=id> (consulté le 6 janvier 2018)

Nomenclature des actes professionnels, [en ligne] Journal officiel du 31 mars 1972, disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000835384&categorieLien=id> (consulté 20 décembre 2017)

Création du certificat de moniteur cadre de masso-kinésithérapie[en ligne]. Journal officiel du 12 septembre 1976 page 5494, disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000861794&categorieLien=> (consulté le 27 nombre 2017)

LENOIR- SALFATI. M., BONNAFOUS. S. Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute. Journal officiel n°0204 du 4 septembre 2015, disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031127778&categorieLien=id> (consulté le 29 octobre 2017)

BUZYN. A., BLANQUER J.M. Décret n° 2017-1520 du 2 novembre 2017 relatif à la reconnaissance des qualifications professionnelles dans le domaine de la santé. Journal officiel, n°0257 du 3 nombre 2017 disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000035943892&categorieLien=id> (consulté le 29 octobre 2017)

Documents Officiels :

Agence régionale de Santé, Projet Régional de Santé Île-de France 2013-2017, chapitre 11 Soins de suite et réadaptation p275

Agence Régionale de l'Hospitalisation de l'Île-de-France (ARHIF), Cahiers des charges pour la prise en charge en SSR – Décembre 2009 Socle commun général et cahiers des charges spécialisés pp1-20, 71p

DREES, SAE 2014, traitements DREES ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2014

INSEE, Recensement de la population. Populations légales en vigueur à compter du 1er janvier 2016. 91-Essonne, décembre 2015, p 91-2

NIVET.L, SIDERATOS M-J., LEVINE M., Ministère de la santé et des solidarités, Synthèse des recommandations du groupe de travail sur les soins de suite et de réadaptation, Partie 1 : Les soins de suite et de réadaptation pour adulte pp6-20 / p 78, décembre 2006

Observatoire régional de la santé en île de France, Repère sur la santé en Île-de-France, 2015

Message Personnel :

PAGE, Nicolas. Demande d'informations sur les kinésithérapeutes en Essonne. Conseil Départemental de l'Ordre des Kinésithérapeutes de l'Essonne, Communication personnelle le 23/11/2017

Interventions / Conférence :

LAURENT E. Les mesures de la fécondité comme support pédagogique à l'enseignement de la statistique ; Statistique et Enseignement, Société Française de statistique, Décembre 2013 p 68

DAVID, J.P. ; L'essor de la kinésithérapie en France à la fin du XXème siècle « in », Histoire de la kinésithérapie au XXème siècle : quelles avancées ? le 08-09-2015, Hôpital Saint-Maurice

MARCHAND, X.; consultant didaction conseil, le Management dans les transitions (GHT, transformation, mutualisation, déménagement) « in », cours Master 2 Management des Organisations Soignantes, Créteil Ecole Supérieure Montsouris le 26-01-2018,

MARCHAND, X. ; consultant didaction conseil, Place de la notion de compétences dans l'organisation du travail « in », cours Master 2 Management des Organisations Soignantes, le 27-10-2017, Créteil Ecole Supérieure Montsouris

MARCHAND, X. ; consultant didaction conseil, La culture de l'évaluation comme reconnaissance au travail, « in », cours Master 2 Management des Organisations Soignantes, le 24-11-2017, Créteil Ecole Supérieure Montsouris

Table des annexes

Annexe 1 : Carte de densité de capacité en lits et place en SSR en 2014

Annexe 2 : Carte de densité des masseurs kinésithérapeute en 2012

Annexe 3 : Organigramme de la Clinique du Moulin de Viry

Annexe 4 : Fiche ROME Masseur kinésithérapeute

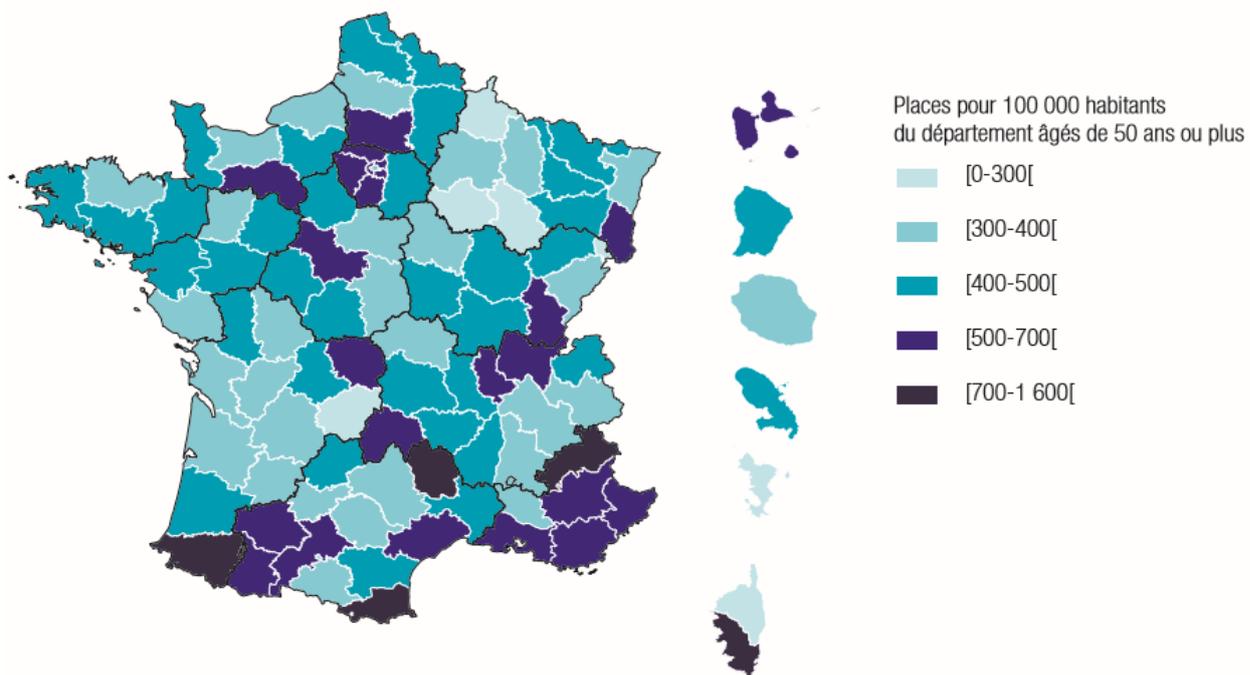
Annexe 5 : Fiche ROME Educateur sportif

Annexe 6 : Questionnaire d'entretien avec les kinésithérapeutes

Annexe 7 : Questionnaire d'entretien avec les cadres de rééducation

Annexe 1

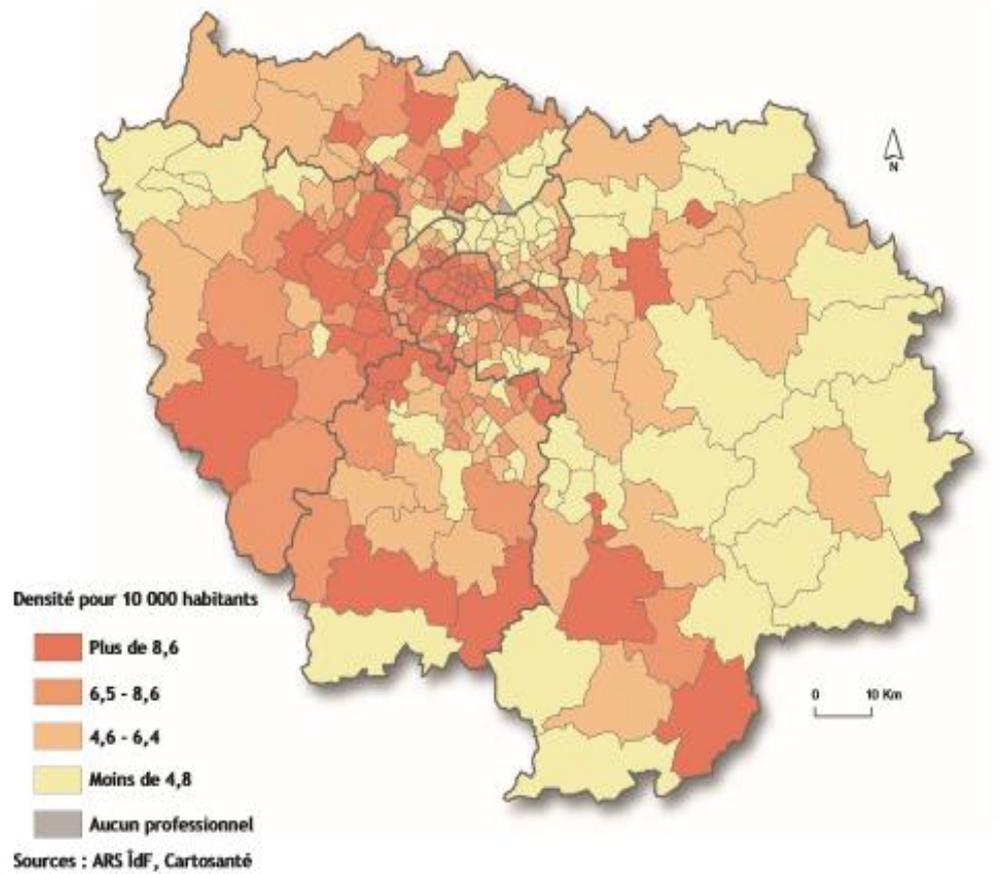
Carte Densité de capacités en lits et en places de SSR en 2014



Sources > DREES, SAE 2014, traitements DREES ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2014.

Annexe 2

Densité de masseurs kinésithérapeutes en 2012

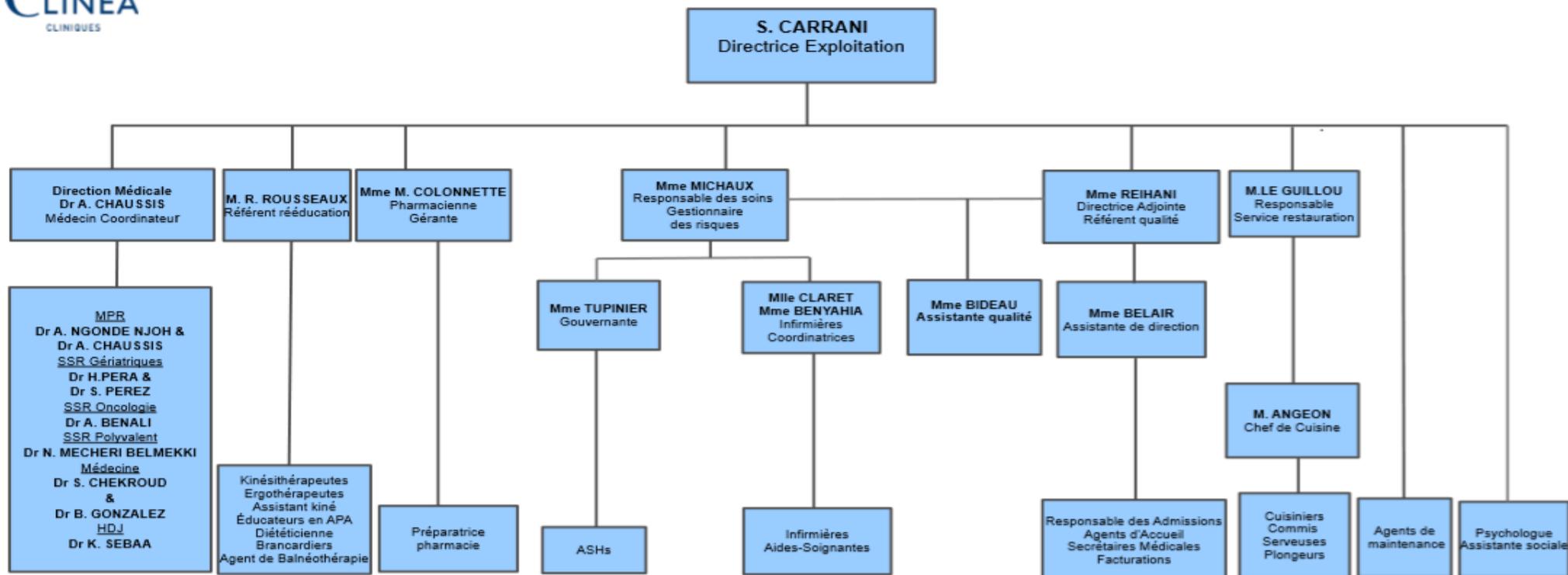


Île-de-France
7,9 pour 10 000 habitants

Annexe 3



ORGANIGRAMME CLINIQUE LE MOULIN DE VIRY





Masseur(euse) kinésithérapeute

Famille : SOINS
Sous-famille : Soins de rééducation
Code métier : 05130

▶ Information générale

Définition :

Elaborer un diagnostic kinésithérapique et des objectifs de soins.
Mettre en oeuvre des actes et techniques de soins de rééducation de façon manuelle ou instrumentale dans un but thérapeutique ou non pour favoriser le maintien ou l'amélioration de la santé physique, psychique et sociale et la gestion de l'handicap.

Autres appellations :

Kinésithérapeute
Masseur
Physiothérapeute (Québec)

Prérequis réglementaires pour exercer le métier :

Diplôme d'état de masseur kinésithérapeute

▶ Activités

- Conseil, éducation, prévention et dépistage en kinésithérapie et en santé publique
- Etudes et recherches dans les domaines en lien avec la kinésithérapie, la rééducation, réadaptation et réhabilitation
- Examen, recueil de données, d'informations et diagnostic nécessaire à l'intervention du kinésithérapeute
- Formation et information de nouveaux personnels et de stagiaires
- Interventions et soins en kinésithérapie
- Organisation des activités et gestion des ressources
- Organisation et coordination des soins
- Veille professionnelle et développement professionnel continu

▶ Savoir-Faire

- Analyser et faire évoluer sa pratique professionnelle
- Concevoir et conduire un projet de soins, dans son domaine de compétence
- Concevoir et conduire une démarche de conseil, d'éducation, de prévention et dépistage en kinésithérapie et en santé publique
- Conduire une relation dans un contexte d'intervention kinésithérapique
- Elaborer un diagnostic en kinésithérapie
- Gérer une structure et ses ressources
- Informer et former des professionnels et des personnes en formation
- Mettre en oeuvre les activités de rééducation, de réadaptation et de réinsertion dans le domaine de la kinésithérapie
- Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs
- Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques

▶ Connaissances requises

Description	Niveau de connaissance
Communication et relation d'aide	Connaissances opérationnelles
Éducation santé	Connaissances opérationnelles
Ergonomie	Connaissances opérationnelles
Éthique et déontologie professionnelles	Connaissances opérationnelles
Kinésithérapie	Connaissances approfondies
Médicales générales et/ ou scientifiques	Connaissances approfondies
Méthodes de recherche en soins	Connaissances générales
Psychosociologie du handicap	Connaissances opérationnelles
Qualité	Connaissances générales
Santé publique	Connaissances générales
Sport et techniques sportives	Connaissances opérationnelles
Technologies de l'information et de la communication (NTIC)	Connaissances générales

Connaissances opérationnelles :

Connaissances détaillées, pratiques et théoriques, d'un champ ou d'un domaine particulier incluant la connaissance des processus, des techniques et procédés, des matériaux, des instruments, de l'équipement, de la terminologie et de quelques idées théoriques. Ces connaissances sont contextualisées. Durée d'acquisition de quelques mois à un / deux ans.

Connaissances approfondies :

Connaissances théoriques et pratiques approfondies dans un champ donné. Maîtrise des principes fondamentaux du domaine, permettant la modélisation. Une partie de ces connaissances sont des connaissances avancées ou de pointe. Durée d'acquisition de 2 à 4/ 5 ans.

Connaissances générales :

Connaissances générales propres à un champ. L'étendue des connaissances concernées est limitée à des faits et des idées principales. Connaissances des notions de base, des principaux termes. Savoirs le plus souvent fragmentaires et peu contextualisés. Durée d'acquisition courte de quelques semaines maximum.

► Informations complémentaires

Relations professionnelles les plus fréquentes :

- Médecins prescripteurs ou consultés pour avis et prescriptions
- Equipe soignante inter-professionnelle pour la coordination des soins
- Services sociaux pour l'orientation des patients
- Psychologues et neuro-psychologues pour avis
- Fournisseurs d'orthopédie médicale et orthoprothésiste pour la fourniture et la pose de matériels

Nature et niveau de formation pour exercer le métier :

- Diplôme d'état de masseur kinésithérapeute

Correspondances statutaires éventuelles :

- Masseur kinésithérapeute

Passerelles :

- Formateur des professionnels de santé
- Coordinateur de parcours en santé
- Encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales



Éducateur(trice) sportif(ve)

Famille : SOCIAL, EDUCATIF, PSYCHOLOGIE ET CULTUREL
Sous-famille : Conception et développement des projets socio-éducatifs
Code métier : 10F80

► Information générale

Définition :

Rééduquer ou maintenir une autonomie, par la pratique sportive, des personnes ou publics divers en difficulté, dans un environnement adapté

Autres appellations :

Animateur(trice) sportif
Moniteur(trice) sportif
Moniteur(trice) de sport
Animateur(trice) -éducateur (trice) sportif

Spécificités :

En fonction des différents publics : adolescents, personnes âgées, handicaps...

Prérequis réglementaires pour exercer le métier :

Titulaire du PSC1 Premier

► Activités

- Accueil et prise en charge des personnes (agents, patients, usagers, etc.), dans son domaine
- Accueil, encadrement et accompagnement pédagogique de personnes (agents, étudiants, stagiaires, etc.)
- Bilan clinique d'un patient, spécifique au domaine (entretien / examen, recueil d'information, travail de synthèse, restitution...)
- Élaboration et mise en place du projet individuel concernant la personne et le groupe dans son domaine d'activité
- Formation de personnes aux techniques et procédures de son domaine, et à leur application
- Information et conseil auprès des personnels / utilisateurs / usagers, relatif au domaine d'activité
- Organisation, animation et suivi d'activités spécifiques au domaine d'activité
- Recensement et analyse des besoins des utilisateurs, spécifiques à son domaine
- Rédaction de comptes-rendus relatifs aux observations / aux interventions, dans son domaine d'activité

► Savoir-Faire

- Accompagner une personne dans la réalisation de ses activités quotidiennes
- Adapter son comportement, sa pratique professionnelle à des situations critiques / particulières, dans son domaine de compétence
- Analyser, traduire et formuler un besoin utilisateur en études de faisabilité, en solutions, en programmes
- Animer et développer un réseau professionnel
- Concevoir et organiser des événements
- Concevoir, piloter et évaluer un projet / un processus relevant de son domaine de compétence
- Évaluer l'intégration d'une personne dans un milieu social, de travail
- Évaluer le degré d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes
- Organiser / animer des activités spécifiques à son domaine de compétence pour des patients, des personnels/des

groupes

- Stimuler les capacités affectives, intellectuelles, psychomotrices et sociales d'une personne

► Connaissances requises

Description	Niveau de connaissance
Anatomie, physiologie	Connaissances opérationnelles
Animation de groupe	Connaissances opérationnelles
Communication / relations interpersonnelles	Connaissances opérationnelles
Conduite de projet	Connaissances générales
Pédagogie	Connaissances opérationnelles
Sport et techniques sportives	Connaissances approfondies

Connaissances opérationnelles :

Connaissances détaillées, pratiques et théoriques, d'un champ ou d'un domaine particulier incluant la connaissance des processus, des techniques et procédés, des matériaux, des instruments, de l'équipement, de la terminologie et de quelques idées théoriques. Ces connaissances sont contextualisées. Durée d'acquisition de quelques mois à un / deux ans.

Connaissances générales :

Connaissances générales propres à un champ. L'étendue des connaissances concernées est limitée à des faits et des idées principales.

Connaissances des notions de base, des principaux termes. Savoirs le plus souvent fragmentaires et peu contextualisés. Durée d'acquisition courte de quelques semaines maximum.

Connaissances approfondies :

Connaissances théoriques et pratiques approfondies dans un champ donné. Maîtrise des principes fondamentaux du domaine, permettant la modélisation. Une partie de ces connaissances sont des connaissances avancées ou de pointe. Durée d'acquisition de 2 à 4/ 5 ans.

► Informations complémentaires

Relations professionnelles les plus fréquentes :

- Equipe éducative pour la mise en oeuvre et le suivi des projets individualisés
- Professeurs de sport pour l'actualisation de ses connaissances

Nature et niveau de formation pour exercer le métier :

- Licence science et technique des activités physiques et sportives (STAPS)
- Maîtrise science et technique des activités physiques et sportives (STAPS) option APA (Activités Physiques Adaptées)
- Brevet d'état d'éducateur sportif
- Brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation (BPJEPS) dans le domaine du sport
- Diplôme d'État de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport (DEJEPS) perfectionnement sportif
- Diplôme d'État de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport (DEJEPS) performance sportive.

Correspondances statutaires éventuelles :

- Animateur
- Assistant socio-éducatif
- Moniteur-éducateur

Passerelles :

- Éducateur spécialisé

Annexe 6

Entretien avec les kinésithérapeutes fixes à la clinique

J'ai demandé à vous rencontrer car dans le cadre de mon master, je réalise un projet managérial. Ce projet va essentiellement parler de la problématique du recrutement de la profession de kinésithérapeute en salarié. Je suis donc face à vous en tant qu'étudiant de master et non en tant que collègue, donc n'appréhendez pas de dire les éléments tels quels.

Je vous informe donc que cet échange restera confidentiel, que je ne citerais jamais votre nom dans le projet. Cet échange aura donc pour objectif de recueillir un maximum d'informations permettant d'analyser la situation. Les résultats de cette enquête vous seront communiqués.

1 / Depuis combien de temps travailles tu au sein de la Clinique ?

2/ As-tu exercé autre part avant de commencer ici ?

Si oui : en libéral ? En salarié ? En intérim ?
Pourquoi avoir décidé de changer ?

3/ Quel élément ou quelle raison vous motive à rester salarié à la Clinique ?

- Financier (si financier en profiter pour demander le seuil)
- condition de travail (matériel / charge de travail/ambiance avec les collègues)
- qualité de vie (horaires fixes)
- organisationnelle (exercer dans un service / peu de changement /avec les mêmes profils de patient)
- autres ?

5/ Actuellement combien avez-vous de PEC réelle par jour ?

4 / Combien de PEC faudrait-il au maximum pour maintenir un travail de qualité, par kinésithérapeutes, par jour selon vous?

6/ Dans la pratique professionnelle vous prenez en charge des patients, avez-vous envisagé de vous investir dans des projets plus structurés ?

Si oui qu'est-ce qui vous amènerait à vous investir plus dans la clinique ?

7/ Pensez-vous que d'avoir des intérimaires employés pour pallier au manque de kinésithérapeutes est un avantage ? OUI NON Pourquoi ?

Pensez-vous que d'avoir des intérimaires employés pour pallier au manque de kinésithérapeutes est un inconvénient ? OUI NON Pourquoi ?

8/ Y a-t-il des éléments que nous n'avons pas abordés et qui paraissent importants à me communiquer ?

Entretien avec les
kinésithérapeutes
intérimaires à la clinique

J'ai demandé à vous rencontrer car dans le cadre de mon master, je réalise un projet managérial. Ce projet va essentiellement parler de la problématique du recrutement de la profession de kinésithérapeute en salarié. Je suis donc face à vous en tant qu'étudiant de master et non en tant que collègue, donc n'appréhendez pas de dire les éléments tels quels.

Je vous informe donc que cet échange restera confidentiel, que je ne citerais jamais votre nom dans le projet. Cet échange aura donc pour objectif de recueillir un maximum d'informations permettant d'analyser la situation.

Les résultats de cette enquête vous seront communiqués.

1 / Depuis combien de temps travaillez-vous au sein de la Clinique ?

2/ Avez-vous exercé dans d'autres lieux avant de commencer ici ?

Si oui : en libéral ? En salarié? En intérim ?
Pourquoi avoir décidé de changer ?

3/ Quel élément ou quelle raison vous a motivé à venir travailler à la Clinique ?

- financière
- condition de travail (matériel / charge de travail)
- qualité de vie (horaires fixe)
- autres ?

4/ Pensez-vous que d'avoir des intérimaires employés pour pallier au manque de kinésithérapeutes est un avantage ? OUI NON Pourquoi ?
Pensez-vous que d'avoir des intérimaires employés pour pallier au manque de kinésithérapeutes est un inconvénient ? OUI NON Pourquoi ?

5 / Combien de prise en charge faudrait-il au maximum pour maintenir un travail de qualité, par kinésithérapeutes, par jour selon vous?

6/ Quelles sont les conditions qui inciterait à signer un CDI ?

7/ Actuellement combien avez-vous de prise en charge réelle par jour ?

8/ Dans la pratique professionnelle vous prenez en charge des patients, avez-vous envisagé de vous investir dans des projets plus structurés ?

Si oui qu'est-ce qui vous amènerait à vous investir dans la clinique, à en devenir salarié ?

9/ Y a-t-il des éléments que nous n'avons pas abordé et qui te paraissent importants à me communiquer ?

Entretien avec les
kinésithérapeutes
n'exerçant plus à la clinique

J'ai demandé à vous rencontrer car dans le cadre de mon master, je réalise un projet managérial. Ce projet va essentiellement parler de la problématique du recrutement de la profession de kinésithérapeute en salarié. Je suis donc face à vous en tant qu'étudiant de master et non en tant que collègue, donc n'appréhendez pas de dire les éléments tels quels.

Je vous informe donc que cet échange restera confidentiel, que je ne citerais jamais votre nom dans le projet. Cet échange aura donc pour objectif de recueillir un maximum d'informations permettant d'analyser la situation.

Les résultats de cette enquête vous seront communiqués.

1 / Combien de temps avez-vous travaillé au sein de la Clinique ?

2/ Avez-vous exercé autre part avant de commencer ici ?

Si oui : en libéral ? En salarié ? En intérim ?
Pourquoi avoir décidé de changer ?

3/ Quel élément vous a motivé à venir travailler à la Clinique ?

- financière
- condition de travail (matériel / charge de travail)
- qualité de vie (horaires fixe)

4/ Quelles sont les raisons de votre départ de la clinique ?

- financière
- condition de travail (matériel / charge de travail)
- qualité de vie (horaires fixe)
- autres ?

5 / Combien de prise en charge faudrait-il au maximum pour maintenir un travail de qualité, par kinésithérapeutes, par jour selon vous?

6/ Y a-t-il des éléments que nous n'avons pas abordé et qui te paraissent importants à me communiquer ?

Annexe 7

Questionnaire à destination des responsables de rééducation

1 / Combien d'ETP Kinésithérapeutes devriez-vous avoir en effectif de référence ?

2 / Combien avez-vous de kinésithérapeutes en poste dans votre établissements ? (En fixe / en intérim)

3 / A quand remonte votre dernière période où votre équipe était en sous-effectif ? (si vous êtes complet)

4 / A quand remonte la dernière période à effectif complet ? (si en sous-effectif)

5 / Quelles sont les raisons selon vous de ce sous -effectif ?

6 / Qu'avez-vous fait /qu'envisagez-vous de faire pour pallier ce sous-effectif ?

7 / Si vous êtes en sous-effectif, ne serait-ce pas lié à une difficulté de recrutement ?

8 / Qu'est ce qui selon vous pourrait expliquer le problème de recrutement ?