

# Kinéscope

La lettre & L'Esprit du CNKS

Solidarité aux populations

et aux hospitaliers ukrainiens

n° 24

nov. 2022

jan 2023



## KINESI THERAPIE THERAPEUTES

# Effectifs vers des ratios : le champ des possibles ?

Kinésithérapie salariée &...

URGENCES



RATIOS (dossier)



cnks

Collège National de la  
Kinésithérapie Salariée

Association des Kinésithérapeutes et Cadres Kinésithérapeutes  
Vecteur d'idées & lien des kinésithérapeutes salariés

[www.cnks.org](http://www.cnks.org)

[contact.cnks@gmail.com](mailto:contact.cnks@gmail.com)



## SOMMAIRE

<b>PERISCOPE</b> L'édito du Président : Usage & Mésusage des Normes P-H Haller	p. 3
<b>TELESCOPE</b> Les maux des mots : Ratios La rédaction	p.05 à 06
<b>RETROSCOPE : RETOURS &amp; PARTAGES D'EXPERIENCES</b>	
• <b>KS &amp; Recherche</b> : « <b>retraite rédactionnelle</b> » T. Rulleau, M. Guemman, J. Robertson, A. Rambaud, N. Duclos	p.07 à 10
• <b>KS &amp; Urgences</b> : « <b>expérimentation au CHU de Nantes</b> » M. Blandin, M. Gallet, M. Peltier, G. Le Sant	p.11 à 19
• <b>KS &amp; Interprofessionnalité</b> : « <b>communautés de pratiques</b> » L. Buisson & M. Chevalier	p.20 à 25
• <b>KS &amp; Interprofessionnalité</b> : « <b>cadres de santé &amp; résilience</b> » D. Combarrous	p.27 à 29
<b>PRATICOSCOPE</b>	
• <b>KS... et formation continue</b> C. Le Moteux	p.30 à 34
• <b>KS... Transition SSR en SMR</b> BO ministériel La rédaction	p.35 à 36
<b>KALEIDOSCOPE</b>	
• <b>Lu pour nous</b> Note de lecture CRAPS J-P Ségade	p.37 à 39
<b>ASSOSCOPE</b>	
• <b>La vie et l'agenda du CNKS</b> : CA / ADHESION / STKS / JNKS	p.40 à 43
<b>ANNONCES D'EMPLOIS</b> : page 25 & page 44	

## SUPPLEMENT à KINESCOPE 24 : DOSSIER EXERCICE SALARIE : EFFECTIFS ... VERS DES RATIOS

<b>Des ratios de rééducateurs dans les SMR ?</b> O. Saltarelli, Secrétaire Général CNKS	p.05 à 08
<b>Ratios « soignants par patient » et activités de réadaptation</b> J-Pascal Devailly, Président du SYFMER	p.09 à 16

### Directeur de publication :

Pierre-Henri Haller

### Rédacteurs en chef :

Olivier Saltarelli & Yves Cottret

### Comité de rédaction :

Valérie Corre, Christophe Dinet,  
Andrée Gibelin, Véronique Grattard,  
Julien Grouès, Valérie Martel

### Photos et images

libres de droit ou DR

« Rien n'est plus difficile  
pour chacun d'entre nous  
que de situer ce qu'il a fait  
et de se situer soi-même à sa juste mesure. »

(Jean D'Ormesson)

## PERI Edito du Président SCOPE

### USAGE(S) & MESUSAGE(S) DES NORMES : pour une juste mesure et des mesures justes !

Comment ne pas s'intéresser aux normes ?

A leur usage raisonné pour garantir à la fois la qualité et la sécurité des soins mais aussi le sens et la qualité de vie au travail. Prenons trois points de vue.

A propos de « ratios » : trop peu de données recueillies avec un réel « pour quoi ? » permettent de déterminer le nombre de kinésithérapeutes utiles et nécessaires par patient en situation de handicap ; trop peu de données permettent de déterminer combien de patients peuvent et doivent être légitimement accompagnés par un kinésithérapeute.

Les effectifs s'imposent hélas souvent sous couvert d'arguments uniquement médico-économiques de production d'actes, par exemple en SMR avec le CSARR. Imposer des normes permet de rendre opposables des effectifs ... mais est-ce suffisant ? Ne faut-il pas préalablement analyser l'activité et la charge en soin (1) pour penser ensuite leur chiffrage ?

A propos de « performance » : la certification des établissements et la certification des professionnels s'inscrit dans une garantie sociale de service rendu. La compétence individuelle conjuguée à la compétence collective individuelle participe de cette performance, mais ne suffit pourtant pas (2). Le contexte des organisations, des coopérations interprofessionnelles, de leur pilotage par l'encadrements, rend la performance plus complexe à évaluer. Le discours du bénéficiaire, le recueil de son expérience, l'écoute de sa satisfaction comme de ses plaintes constituent les indices d'une démocratie sanitaire centrée sur une performance utile.

A propos « d'épistémologie » : la norme permet de déterminer le seuil de la normalité...de la pathologie. Elle permet de déterminer des recommandations, des arbres décisionnels, dans une approche post positiviste. Néanmoins, la singularité intime de la maladie nous façonne une normativité (3) individuelle et inaliénable. Une même intensité de douleur sur une échelle ne constitue pas la même expérience sensorielle et émotionnelle chez deux différents patients, précisément parce derrière la norme il y a des doutes, des histoires, des vécus, des projets... un sens.

Usons des normes avec tact et mesure.

Pierre-Henri Haller

(1) INTHAVONG K et coll, 2022

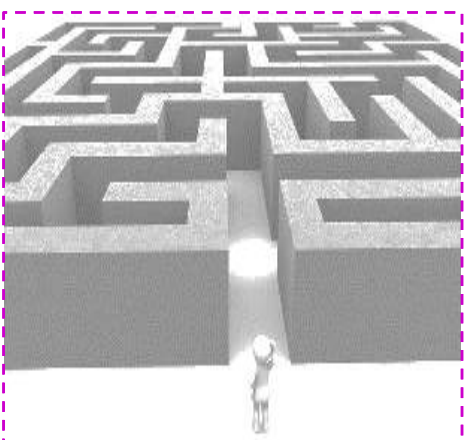
(2) HALLER, 2022.

(3) CANGUILHEM, 1943.

## TELESCOPE *Maux des mots*

Les discours et écrits, des politiques, de la presse, des professionnels ... foisonnent de mots et de locutions dont l'emploi est pour le moins interrogant et parfois aléatoire, voire hasardeux ; au rang de ces mots et locutions « accès direct - première intention - premier recours - pratique(s) avancée(s), autonomie-indépendance, fonction-mission, décret de compétences-décret relatif aux actes et à l'exercice de la profession, métier-profession, garde-astreinte, emploi-grade, territoire. Le CNKS, via KINESCOPE, fidèle à son plaidoyer pour un juste langage s'efforce avec un souci didactique d'alerter sur l'utilisation aléatoire, raccourcie, elliptique, de mots, d'expressions, de concepts qui colportés à tort, en font des « vérités fausses » qui deviennent légendes, contre-sens, non-sens, faux-sens ?

A quoi ou à qui ces termes se rapportent-ils ? Quelles origines lexicologiques, sémantiques ? Quelles références juridiques, légales, réglementaires ? Quelles représentations leurs emplois en confusion l'un pour l'autre induisent-ils ?



Sans prétendre traiter systématiquement et exhaustivement de toutes ces dimensions la rubrique « TELESCOPE, les maux des mots » se propose de générer et inciter la réflexion de tout un chacun sur le(s) sens des mots et de leurs contextualisations par le regard posé et exprimé de plusieurs auteurs issus de la profession, d'une autre profession de santé ou des diverses sciences dont les sciences humaines et sociales.

## Enquête d'effectifs ? Enquête de Ratios ? Effectifs ↔ Ratios ?

« M'en voudrez-vous beaucoup si je vous dis un monde ... » où depuis des années, peut être décennies, une lancinante plainte, en sourdine ou en éclats, remonte du monde du travail et très particulièrement des « services de sécurité » dont le monde de la santé : celle du manque d'effectifs.

Au travers de groupes de travail, d'enquêtes, de rencontres lors des JNKS par exemple, ou encore d'écrits publiés dans les colonnes de KINESCOPE, cette question « d'effectifs » est exprimée de façon claire ou sous-entendue, en pleins ou en déliés.

De fait tout individu, mais aussi tout groupe, est au cours de sa vie - en permanence ou épisodiquement - **en quête d'efficience, de satisfaction, ....** De fait tous les individus ne sont pas identiques, ne poursuivent pas les mêmes intérêts, n'ont pas la même motivation et n'investissent pas le travail avec la même échelle de priorités.

De fait aussi l'efficience et la satisfaction au travail semble être particulièrement liées - pas uniquement mais quand même - aux conditions de travail au rang desquelles la question des « effectifs ». Et cette question d'effectifs, justes ou adaptés, de leur(s) calcul(s) est immédiatement corrélée au(x) « possible(s) qui ne recouvre(nt) pas forcément le faisable ».

Alors définir « une bonne fois pour toutes » qu'il faut x patients par kinésithérapeute - voire entre x et x - est-il la solution ? N'est-il pas plus probant de disposer d'un outil d'analyse de la charge de travail modulable et adaptable aux situations réelles et à leurs évolutions ? Evidemment dans un contexte médico-économique bien posé et à l'aune d'une utilité sociale bien démontrée.

**RETROUVEZ &  
CONSULTEZ  
EN SUPPLEMENT DE  
KINESCOPE n°24 LE  
DOSSIER**



## **EXERCICE SALARIE : EFFECTIFS ...VERS DES RATIOS**

" Il y a dans l'univers beaucoup de possibles qui se perdent, beaucoup de virtualités en réserve et qui s'étiolent faute d'un hasard pour les actualiser. "

Vladimir Jankélévitch - Œuvre : L'aventure, l'ennui, le sérieux (1963)

## RETOURS D'EXPERIENCES TROSCOPE



La rubrique de KINESCOPE qui s'efforce de rapporter

- des retours d'expériences
- & des partages d'expériences

de différents types d'activité et d'organisation  
du métier de Kinésithérapeute Salarié





Le CNKS en avait salué l'initiative « phare » dès son annonce sur les Réseaux Sociaux ainsi que dans KINESCOPE n° 20 confirmant l'intérêt que son conseil d'administration porte depuis longtemps au sujet et à la dynamique « de recherche en kinésithérapie, en réadaptation, et en sante plus généralement.

Retour d'expérience - Retraite rédactionnelle de la SFP : à vos marques, prêts, rédigez !

Sous l'impulsion de la *Société Française de Kinésithérapie* et de l'*European Rehabilitation Journal*, une retraite rédactionnelle a été organisée du 11 au 13 novembre 2022 au Croisic.

L'émergence de ce projet vient du constat qu'il existe de nombreux travaux de qualité, issus de mémoires et thèses de fin d'études, qui n'aboutissent jamais à une production scientifique. Les résultats restent alors de la connaissance de l'auteur et des quelques personnes ayant pu suivre ces travaux. C'est une perte de savoir pour les professionnels, les patients et la société.

Les kinésithérapeutes français ne sont pas les seuls dans cette situation. Pour faire face à un constat similaire, nos cousins canadiens

## KINESITHERAPIE SALARIEE & RECHERCHE

ont mis en place des initiatives permettant d'aider à la rédaction (de rendus universitaires, thèses, articles, demandes de subvention...). Nous avons choisi de collaborer avec les membres de l'organisme québécois à but non lucratif « Thèsez-vous » qui organisent ces initiatives, que Noémie Duclos a pu vivre durant son post-doc outre atlantique. L'objectif des initiatives de Thèsez-vous est de donner les conditions idéales aux participants pour optimiser leur rédaction en « prenant rendez-vous avec » leur travail.

Les projets de recherche et d'écriture étaient représentatifs de la diversité des personnes présentes, issues du monde libéral et salarié. Par exemple, des projets de rédaction menés par des kinésithérapeutes salariés portaient sur le réentraînement cardiovasculaire en phase subaigüe de l'AVC ou l'intérêt de l'examen de la cinématique du genou dans le vécu du patient.

Après plus de 6 mois, des réunions de préparation, une formation à la bienveillance et aux micro-agressions, l'inclusion, aux outils « Pomodoro » et « SMART-ER », la retraite rédactionnelle de la SFP a pu avoir lieu.





Pour cette première édition, 10 personnes ont pu s'y inscrire.



Le programme était constitué de « tomates » rythmant la journée en tranches de 50 minutes de rédaction, entrecoupées de 10 minutes de pause obligatoire et de préférence avec une activité dynamique (ex. stretching).

Une pause plus longue était organisée à intervalle régulier.



Des objectifs  
« Spécifique »,  
« Mesurable »,  
« Adapté »,  
« Réaliste »,  
« Temporellement défini »,  
« Évaluable » et  
« Réajustable »  
étaient à définir avant chaque session.



Les participants inscrivait leurs objectifs sur des post-its, qu'ils faisaient évoluer au cours du week-end dans un tableau de « à faire »



vers « en cours » puis « réalisés » pour certains.

En complément, des sessions de mentorat et des ateliers spécifiques (« anglais scientifique », « édition », « statistiques », « produire un abstract de congrès » ou encore « contraintes éthiques et législatives ») étaient proposés.

L'engouement des participants, mais aussi des encadrants, a permis la réalisation d'un beau week-end scientifique.

Les retours du questionnaire de satisfaction suite à l'événement sont excellents et nous amènent déjà à penser à la prochaine édition. Une évaluation des résultats sera effectuée à moyens et longs termes pour évaluer l'accomplissement des objectifs rédactionnels d'articles et/ ou de thèses.

T. Rulleau, M. Guemman,  
J. Robertson, A. Rambaud, N. Duclos

L'occasion pour le CNKS de rappeler ici la rédaction et l'édition par la CNCRP \* d'un Livre Blanc « pour le développement de la recherche paramédicale en France ».



Retrouvez le : <https://girci-idf.fr/livre-blanc-pour-developper-recherche-en-soins-hopital/>

Un ouvrage utile, nécessaire, voire indispensable ; un **rapport instructif à lire** ... pour celles et ceux de nos collègues kinésithérapeutes salarié-e-s qui souhaitent entrer dans la dynamique valorisante et satisfaisante de pratiques professionnelles empruntées d'une volonté permanente d'amélioration de la qualité de ces dernières par le questionnement, l'analyse, la vérification de l'efficacité et de la sécurité.

(\*) **Commission Nationale des Coordonnateurs Paramédicaux de la Recherche en Soins des CHU** qui compte dans ses rangs nos collègues *Thomas Rulleau*, coordonnateur paramédical de la recherche (CHU de Nantes), *Marc Beaumont*, coordonnateur paramédical de la recherche (CHU de Brest) et *Pierre-Henri Haller*, coordonnateur paramédical de la recherche (CHU de Marseille).

## R et Ex



## KINESITHERAPIE SALARIEE & URGENCES

Le sujet, la question, de la participation aux « urgences » de la kinésithérapie et des kinésithérapeutes n'est pas « neuve ». Les anciens ont connus des débats autour de la question « l'urgence en Kinésithérapie » existe-t-elle ? Ce sont d'ailleurs plus essentiellement les confrères – libéraux comme salariés - ayant un exercice (quasi) exclusif en respiratoire, pneumologie, cardio-respiratoire qui en étaient jusqu'à présent – et en sont encore souvent – les professionnels intéressés au premier chef.

Certains anciens ont même de fait effectués ponctuellement des actions, missions de bilans et préconisations d'orientation au sein de services d'urgences ! et ce avant même que les mentalités et les réglementations n'ouvrent un peu la voie de cette possible diversification d'activité et de reconnaissance d'une expertise ;

une expertise contributive de façon efficiente au dispositif de réponse aux soins non programmés.

Avec les récentes évolutions législatives, réglementaires, abouties ou en cours, la question des difficultés d'accès aux soins ... sont venues s'incrémenter d'autres acceptations d'une possible « prise en soins » hors prescription médicale dite en première intention, ou en accès direct (pour le patient) ; il en est ainsi des « entorses de cheville et les lombalgies » qui sont devenues, pour certains (cf. site URPS IDF) , une nouvelle voie d'entrée dans la réflexion et/ou la recherche d'expérimentation d'une modalité de participation des kinésithérapeutes « aux soins d'urgences ») ; il en est autrement pour d'autres qui, au sein du CHU de Nantes, réalisent effectivement d'autres modalités de participations « aux soins d'urgences ». C'est l'objet de l'article « retour d'expérience ci-après en exclusivité pour Kinéscope.

## Les « compétences » du kinésithérapeute salarié en services d'urgences hospitalières : retour d'expérience au sein du CHU de Nantes

Marie Blandin, kinésithérapeute<sup>1</sup>, Marie Gallet,  
kinésithérapeute<sup>1</sup>, Muriel Peltier, kinésithérapeute cadre  
supérieur de santé<sup>1</sup>, Guillaume Le Sant, kinésithérapeute,  
PhD<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Nantes Université, CHU de Nantes, F-44000 Nantes, France

<sup>2</sup>Nantes Université, CHU de Nantes, Motricité - Interactions -  
Performance, MIP, UR 4334, F-44000 Nantes, France

<sup>3</sup>Institut Régional aux Métiers de la Rééducation et de la  
Réadaptation des Pays de la Loire, IFM3R, F-44230 St-  
Sébastien/Loire, France

L'actualité des services d'urgences (SU) hospitalières est un témoin majeur des difficultés du système de santé français à répondre aux besoins de santé de la population. Outre une sollicitation de plus en plus importante (Cour des Comptes, 2019), la question des SU illustre la tension hospitalière – en particulier pour le grand public – et permet à chacun de prendre conscience de la pression et de l'excès de violence exercées sur les équipes soignantes hospitalières (Adriaenssens *et al.*, 2015).

La situation des SU fait régulièrement l'objet d'analyses et de propositions visant à améliorer le service rendu à la population. Par exemple, les récents rapport Mesnier&Carli (2019) et mission « flash » Braun *et al.* (2022) évoquent le recours aux personnels paramédicaux des structures hospitalières pour lutter contre le manque de temps médical et l'engorgement de la prise en charge des patients dans les SU.

Par ce retour d'expérience, nous souhaitons mettre en lumière le possible recours aux compétences du kinésithérapeute pour réaliser des actes utiles au sein des SU adultes du CHU de Nantes (PHU 3) au service des équipes et au bénéfice des patients.

## Activité et organisation des services d'urgences du CHU de Nantes

Les rapports d'activité nationaux (FEDORU, 2022) et régionaux (Observatoire Régional des Urgences des Pays de la Loire, 2022) mettent en évidence un certain nombre d'indicateurs.

Le CHU de Nantes est la 1<sup>ère</sup> structure de la région Pays de la Loire en termes de SU avec chaque jour en moyenne 216 résumés de passages aux SU adultes. Brièvement en 2021, au CHU de Nantes : 56% des passages concernent un diagnostic « médico-chirurgical », et 27% un motif « traumatologique » (61% et 28% au niveau national, respectivement).

Ces chiffres recouvrent en réalité des situations très variables selon les périodes de l'année ou les jours de la semaine.

Par exemple, le lundi est le jour de la semaine où le nombre de passages en SU adultes est le plus élevé : + 10 % à celui observé un jour moyen.

D'un point de vue journalier : le nombre d'entrées augmente très nettement à partir de 8h, reste globalement stable à un niveau élevé (entre 9h et 19h) puis décroît lentement. Les flux du week-end sont légèrement plus importants la nuit entre minuit et 5h en comparaison aux jours ouvrés.

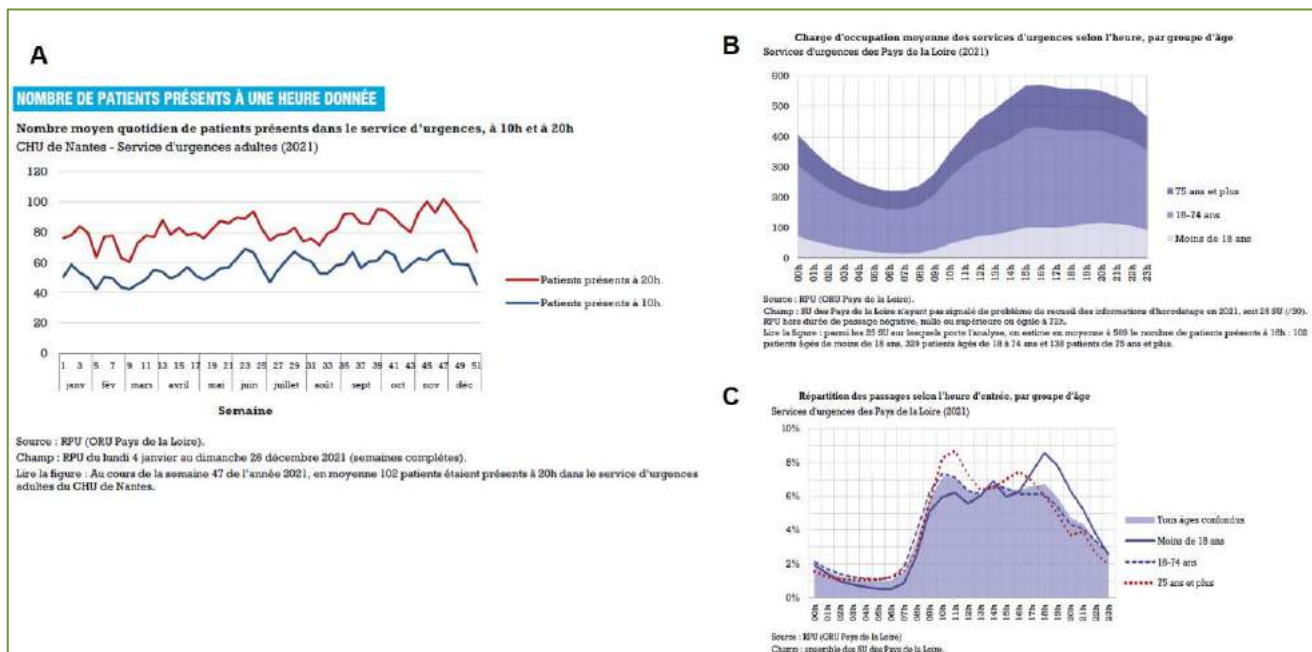


Figure 1 – Illustration de l'activité des SU adulte du CHU de Nantes (A) ainsi qu'au niveau de la région des Pays de la Loire (B, C), d'après le Rapport de Observatoire Régional des Urgences des Pays de la Loire (2022)

Les personnes âgées (75 ans et plus, 14% total des patients) entrent plus fréquemment en fin de matinée et en milieu d'après-midi, alors que le flux d'entrée des adultes de 18-74 ans est plus continu (Figure 1).

La durée moyenne de passage en SU s'établit à 7h35 min (37% en moins de 4h, 34% au niveau national). La durée moyenne de passage augmente de manière régulière avec l'âge. Un temps de passage prolongé aux urgences > 10h augmente fortement le risque de dégradation sévère, en particulier pour les populations âgées (risque de syndrome confusionnel) ou celui d'hospitalisation ultérieure.

La grande majorité (70 %) des passages aux urgences se concluent par un retour au domicile du patient et 30 % par une hospitalisation (incluant le passage en unité d'hospitalisation de courte durée - UHCD).

En croisant les données d'entrées et de durées de passage : la charge d'occupation des SU du CHU de Nantes augmente au cours de la journée, et est maximale en milieu d'après-midi (~vers 16h).

Les personnes âgées de 18-74 ans retournent majoritairement à domicile. **Celles** de +75 ans présentent un risque accru d'hospitalisation en sortie des SU.

Au CHU de Nantes, coexistent plusieurs secteurs au sein des SU : l'accueil (circuit debout et circuit allongé), le secteur de traumatologie, le secteur de médecine, le SAUV (service d'accueil urgence vitale) et la ZAD (zone attente-départ). Tous ces secteurs sont regroupés sous le terme de SAU (Service d'accueil des Urgences). Une hospitalisation de 48 à 72h est possible au sein de l'UHCD (unité d'hospitalisation de courte durée). Ce service comporte 21 lits. (Figure 2)

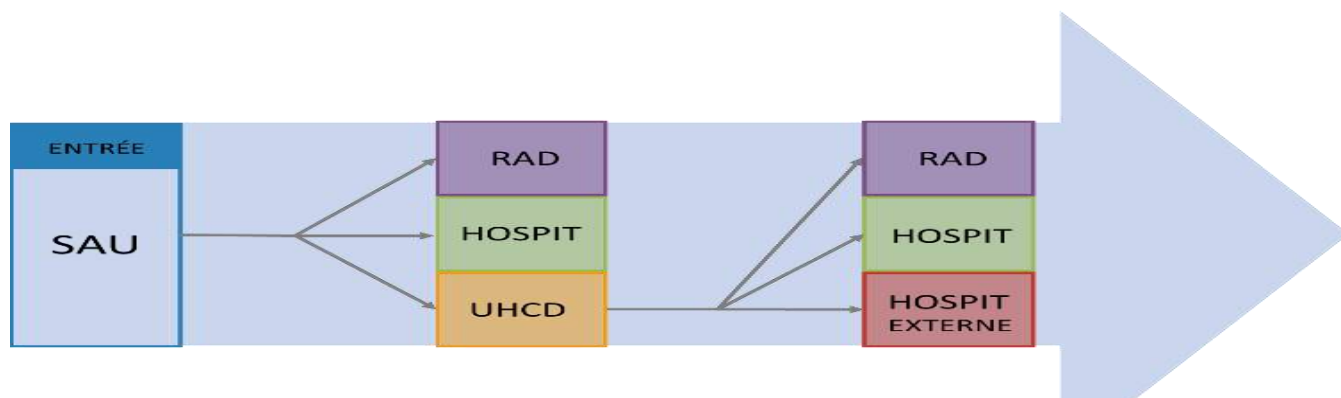


Figure 2 - Parcours de soin pour les patients admis en services d'urgences hospitalières adultes au sein du CHU de Nantes. L'admission du patient se fait en SAU (SAU : Service d'accueil des urgences (SAU) avant d'envisager un Retour à domicile (RAD), une hospitalisation (HOSPIT) ou un passage vers le deuxième secteur des urgences, l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). À l'UHCD, de nouveau plusieurs parcours sont possibles : RAD, HOSPIT à temps complet ou externe.

## Modalités d'intervention des kinésithérapeutes aux urgences du CHU de Nantes

Le CHU de Nantes propose actuellement 0.2 ETP MK dédié, au sein du SU. Ce 0.2 ETP représente 1h30/jour, du lundi au vendredi. Ce poste est à notre connaissance établi depuis le début des années 2010.

Initialement, l'activité du MK impliquait surtout un passage quotidien du MK à l'UHCD. Le SAU pouvait bénéficier de kinésithérapie uniquement sur appel interne (bip) en cas de besoin.

La demande médicale croissante au sein du SAU ainsi que le souhait des médecins de s'appuyer sur les bilans MK pour établir les décisions de sortie des patients ont mené à une réflexion sur la place du MK au sein des Services d'Urgences.

Depuis janvier 2022, et renforcé par le nombre de prescriptions médicales qui ne cesse d'augmenter en SAU, l'activité du MK est devenue quotidienne, sur les deux secteurs : UHCD et SAU.

L'activité MK est formalisée par les prescriptions médicales écrites, mais à ce jour, aucune fiche de poste sur les missions précises du MK n'a encore été réalisée malgré le temps dédié.

À des fins illustratives, nous avons réalisé un relevé quotidien des patients admis au SAU qui auraient pu relever d'une prise en charge MK, sur une semaine (Figure 2).

Nous observons que sur cette période (moyenne±écart-type), que 33.4±12.9% des patients admis aux SU du CHU de Nantes auraient pu *dans l'absolu* bénéficier d'une expertise en kinésithérapie, en comparant les motifs d'admission au décret relatif aux actes et à l'exercice de la profession

De façon plus précise :

- les admissions pour motifs gériatologiques (14.0±8.4%) et neurologiques (7.5±3.4%) sont les motifs les plus fréquents où l'apport d'un kinésithérapeute pourrait être bénéfique ;
- les motifs orthopédiques (e.g admission pour suspicion d'une entorse de cheville) et rhumatologiques (douleur lombopelvienne) sont très minoritaires : 6.5±1.7%.

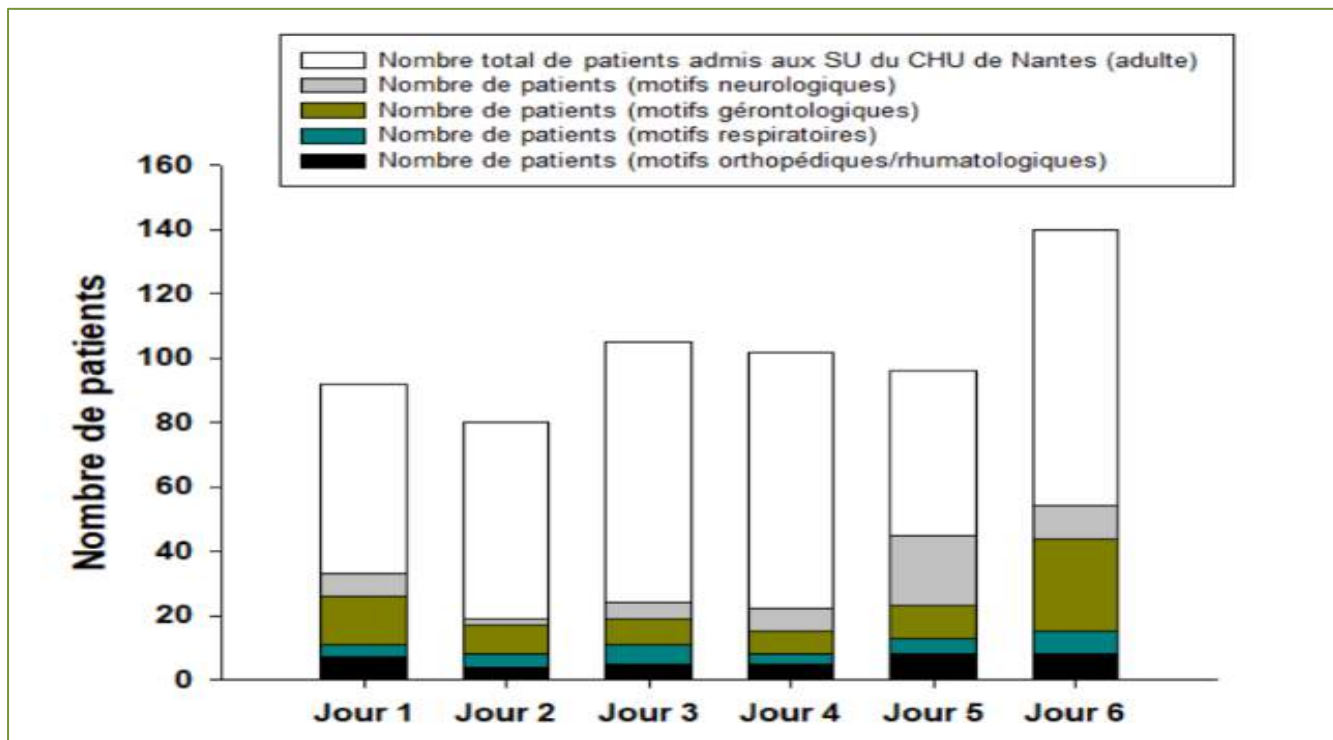


Figure 3 – Estimation du nombre de patients qui auraient pu bénéficier des compétences du kinésithérapeute en services d'urgences hospitalières au sein du CHU de Nantes, tenant compte du motif d'admission (données issues du logiciel d'activité du service)

Les données ramenées en nombre de patients/jour font ressortir qu'en moyenne 13 personnes âgées pourraient bénéficier chaque jour de l'expertise du kinésithérapeute pour une finalité d'évaluation ou d'intervention (e.g. conséquences d'un syndrome post-chute ou de désorientation) ; 7 patients pour agir sur des problématiques neurologiques (e.g. troubles de la déglutition) ; 5 patients pour améliorer des problématiques liées à un encombrement respiratoire (e.g. décompensations suite une BPCO)... pour environ 2 patients présentant une entorse de cheville et 4 patients ayant une douleur lombo-pelvienne.

Nous avons également mesuré le nombre de prescriptions médicales de kinésithérapie réalisées mensuellement au début de l'année 2022 : 119 (janvier), 116 (février), 139 (mars), 164 (avril) prescriptions ont été établies.

Compte-tenu de l'effectif en place (0.2 ETP), celles-ci n'ont naturellement pas pu être toutes honorées (environ 10 %)

La quantité de prescriptions médicales n'est donc plus en adéquation avec le temps MK budgétisé. Après relevé des prescriptions médicales écrites, la priorité est donnée aux prises en charge respiratoires et aux bilans moteurs sollicités pour la décision médicale de sortie.

Ces éléments laissent apparaître toutefois une réelle attente au sein des équipes du CHU de Nantes, sur l'utilisation des compétences du MK.

De façon intéressante, ces sollicitations concernent aussi des champs autres que ceux classiquement retrouvés dans les pays anglo-saxons (orthopédiques/rhumatologiques).

Les principaux domaines d'intervention dans lesquels les prescriptions médicales sont établies actuellement concernent :

- la gériatrie : évaluation du risque de chute, bilan de marche avec verticalisation précoce, évaluation de l'autonomie et optimisation du retour à domicile ;
- la pneumologie : désencombrement bronchique (manuel et instrumental), ECBC, travail des volumes respiratoires ;
- la neurologie : mobilisation précoce, verticalisation, bilan de déglutition, reprise de la marche ;
- le vestibulaire : bilan et manœuvres.

La proportion de ces différents domaines d'intervention varie au cours de l'année (épidémie respiratoire, conditions météorologiques, place en hospitalisation,...).

Toutes pathologies confondues, l'objectif de la kinésithérapie au SAU est d'avoir une qualité de soin rééducative la plus précoce possible.

Cette prise en charge précoce pourrait avoir un impact sur l'état clinique du patient (stabiliser, engager un traitement le plus rapidement possible, optimiser la récupération), mais également sur le parcours de soin et la décision médicale d'orientation/de sortie du patient.

## Quelques mots au sein du service

Dans cette partie, nous souhaitons rendre compte de commentaires recueillis au sein du service, auprès de différents interlocuteurs des SU (SAU et UHCD) <sup>1</sup>:

Christelle VALIN, cadre infirmier au SAU, a été interrogée sur les bénéfices de la MK au sein du SAU, qui selon elle, sont :

- « La plus-value est d'avoir des bilans d'emblée pour des patients qui arrivent avec un problème de maintien à domicile »
- « Un apport ergonomique pour le patient et pour le personnel »
- « La plus-value sur la prise en charge traumatologique et l'installation des patients, je suis étonnée que vous ne soyez pas plus sollicitée sur ce domaine »
- « Etant donné que nous avons des temps de prise en charge qui s'allongent aux urgences, il est intéressant de pouvoir mobiliser et verticaliser les patients précocement »
- « Et évidemment la prise en charge respiratoire »

Sophie COSSOU, cadre infirmier de l'UHCD, a également répondu sur ce sujet :

- « Bénéfice pour la prise en charge des patients (bilan de chute, bilan de déglutition, ...) »
- « Rassure les équipes soignantes, et leur apporte une nouvelle compétence »
- « Un maillon important pour la prise en soin du patient »
- « La communication entre MK et équipe amplifie le maillage de l'équipe »
- « Vous faites partie de l'équipe et vous amenez votre expertise »
- « Les entrées de l'après-midi à l'UHCD sont facilitées par les transmissions du bilan MK réalisé le matin au SAU »

Les deux cadres s'accordent sur le fait que « **le temps MK est insuffisant pour répondre aux besoins** » de ces services.

<sup>1</sup> Chaque interlocuteur ayant accepté d'apparaître nominativement



En ce qui concerne un regard médical, le Professeur Philippe LE CONTE, chef de service de l'UHCD, évoque les éléments pertinents de la prise en charge MK actuelle, qui sont selon lui :

- « La kinésithérapie respiratoire chez les patients BPCO en décompensation respiratoire »
- « L'évaluation de la marche chez des sujets âgés souvent chuteurs »
- « La reprise de la marche chez ces mêmes patients chuteurs »
- « La kinésithérapie vestibulaire pour les patients porteurs de VPPB, la consultation des patients avec cheville douloureuse post-traumatique et des lombalgies aiguës peuvent être des pistes à développer pour l'avenir »

En conclusion, ce retour d'expérience permet de mettre en lumière une pratique réelle de kinésithérapie en services d'urgences hospitalières, au sein du CHU de Nantes.

Bien que celle-ci s'inscrive sur un temps restreint (0.2 ETP), l'activité ne demande qu'à être développée ! Nous sommes convaincus que celle-ci doit être connue, entendue, et soutenue.

Il est important de constater que les sollicitations font appel aux compétences d'évaluation et d'intervention du MK, et dans les domaines d'intervention allant au-delà de la traumatologie/orthopédie et de la rhumatologie.

La mise en place d'une activité MK en SU pourrait aussi, selon nous être une source d'attractivité (voire de fidélisation) de praticiens vers le milieu hospitalier, au vu de la demande et des retours positifs au sein du service.

Au-delà, le développement de cette pratique passe aussi selon nous par une démarche active de validation (via la recherche clinique) pour justifier de sa pertinence. Nous avons engagé une démarche d'analyse de cette pratique dont une partie a été présentée dans cet article. D'autres projets sont aussi en cours afin d'évaluer les effets de nos interventions, et ont obtenu le soutien institutionnel (Lauréat à l'appel d'offres interne de recherche paramédicale du CHU de Nantes 2022).

**Parmi ces projets, nous souhaitons échanger avec d'autres kinésithérapeutes salariés qui interviennent/sont intervenus de façon formelle (inscrit dans une fiche de poste, et/ou identifié au sein d'un emploi du temps), ou informelle (sur demande, appel/bip...) en services d'urgences hospitalières.**

Au-delà de recenser cette pratique, ce travail permettra de mieux circonscrire ses modalités précises.

**N'hésitez pas à nous contacter !**



Marie GALLET (à gauche) & Marie BLANDIN (à droite),  
masseurs-kinésithérapeutes salariées au CHU de Nantes  
intervenant au sein des services d'urgence adultes du PHU 3 - Urgences, Médecines et Prévention



## **Vous êtes kinésithérapeute?**

**Vous intervenez (ou êtes intervenu.e)  
dans un service d'urgence ?**

**Venez participer à notre étude !**

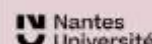
Entretien semi-directif d'une durée de  
20 minutes, en présentiel ou distanciel



**Contact :**

Marie Blandin

marie.blandin@chu-nantes.fr



Votre participation est libre et confidentielle. Cette étude respecte la réglementation sur la recherche non interventionnelle.

## **POUR ALLER PLUS LOIN**

### **Kinésithérapie en SU hospitalières : l'expérience étrangère**

La kinésithérapie en SU hospitalières est développée dans les pays anglo-saxons depuis les années 1970 (Crane & Delany, 2013). Traditionnellement dirigée vers les champs orthopédique/traumatologique et rhumatologique, la kinésithérapie s'y inscrit selon : un rôle traditionnel d'évaluation et/ou de traitement sous couvert d'une référence (médicale) ou en première ligne de soins comprenant l'accès direct du patient au MK, l'élaboration du plan de traitement et le congé du patient (Desmeules *et al.*, 2012; Matifat *et al.*, 2019).

Une littérature foisonnante [e.g. Gordon *et al.* (2010) ; Crane&Delany (2013) ; Gill&Stella (2013) ; Fruth&Wiley (2016) ; Jin&Zhao (2018) ; Matifat *et al.* (2019) ; Lafrance *et al.* (2021)...] évoque une amélioration du service rendu en SU, en faisant appel aux compétences du kinésithérapeute à travers :

- une diminution du temps total passé aux urgences par le patient, ainsi que de celui lui permettant d'accéder à un service « optimal » (i.e. établir des décisions basées sur les recommandations internationales) ;
- une diminution du recours à des actes/thérapeutiques inutiles ;
- une meilleure gestion du temps médical, consacré vers des situations plus complexes, nécessitant des compétences expertes – et donc une diminution de la charge globale à supporter par le personnel médical ;
- une gestion sécuritaire des soins (i.e. pas d'augmentation du risque d'erreurs) et une bonne gestion des coûts médico-économiques directs (liés aux traitements) et indirects (e.g. liés à un arrêt de travail).

Cette pratique est aussi tout à fait bien acceptée par les équipes soignantes et les patients, qui reconnaissent le niveau d'expertise et la plus-value de l'intervention du kinésithérapeute en regard de son champ de compétences.

## Références

- Adriaenssens, J., De Gucht, V., & Maes, S. (2015). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: a systematic review of 25 years of research. *Int J Nurs Stud*, 52(2), 649-661. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.11.004
- Braun, F., Tazarourte, K., Leveueur, A., & Tortiget, D. (2022). Mission Flash sur les urgences et soins non programmés. 60.
- Cour des Comptes. (2019). Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités (Vol. Tome 2, pp. 29).
- Crane, J., & Delany, C. (2013). Physiotherapists in emergency departments: responsibilities, accountability and education. *Physiotherapy*, 99(2), 95-100. doi: 10.1016/j.physio.2012.05.003
- Desmeules, F., Roy, J. S., MacDermid, J. C., Champagne, F., Hinse, O., & Woodhouse, L. J. (2012). Advanced practice physiotherapy in patients with musculoskeletal disorders: a systematic review. *BMC Musculoskelet Disord*, 13, 107. doi: 10.1186/1471-2474-13-107
- FEDORU. (2022). Panorama des Urgences 2021. Recueil et analyse des données des structures d'urgence de toutes les régions de l'hexagone pour l'année 2021 (pp. 94): Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences.
- Fruth, S. J., & Wiley, S. (2016). Physician Impressions of Physical Therapist Practice in the Emergency Department: Descriptive, Comparative Analysis Over Time. *Phys Ther*, 96(9), 1333-1341. doi: 10.2522/ptj.20150306
- Gill, S. D., & Stella, J. (2013). Implementation and performance evaluation of an emergency department primary practitioner physiotherapy service for patients with musculoskeletal conditions. *Emerg Med Australas*, 25(6), 558-564. doi: 10.1111/1742-6723.12134
- Gordon, J., Sheppard, L. A., & Anaf, S. (2010). The patient experience in the emergency department: A systematic synthesis of qualitative research. *Int Emerg Nurs*, 18(2), 80-88. doi: 10.1016/j.ienj.2009.05.004
- Jin, Y., & Zhao, Y. (2018). Post-stroke Upper Limb Spasticity Incidence for Different Cerebral Infarction Site. *Open Med (Wars)*, 13, 227-231. doi: 10.1515/med-2018-0035
- Lafrance, S., Demont, A., Thavorn, K., Fernandes, J., Santaguida, C., & Desmeules, F. (2021). Economic evaluation of advanced practice physiotherapy models of care: a systematic review with meta-analyses. *BMC Health Serv Res*, 21(1), 1214. doi: 10.1186/s12913-021-07221-6
- Matifat, E., Mequignon, M., Cunningham, C., Blake, C., Fennelly, O., & Desmeules, F. (2019). Benefits of Musculoskeletal Physical Therapy in Emergency Departments: A Systematic Review. *Phys Ther*, 99(9), 1150-1166. doi: 10.1093/ptj/pzz082
- Mesnier, T., & Carli, P. (2019). Pour un pacte de refondation des urgences. In M. d. S. e. d. I. Santé (Ed.), (pp. 259).
- Observatoire Régional des Urgences des Pays de la Loire. (2022). Panorama Urgences 2021 - Activité des services d'urgences des Pays de la Loire. In A. r. d. s. P. d. I. Loire (Ed.), (pp. 166).

**R**et**E**x



## KINESITHERAPIE SALARIEE & INTERPROFESSIONNALITE : « COMMUNAUTES DE PRATIQUES » L'OUTIL D'ATTRACTIVITE & DE FIDELISATION ?

### La création du Collectif des Rééducateurs au Centre Hospitalier de Plaisir (Yvelines)

#### Le CH de Plaisir et ses rééducateurs

Le Centre Hospitalier de Plaisir est situé dans le sud des Yvelines (78). Cet établissement de la fonction publique hospitalière appartient au Groupement Hospitalier de Territoire Yvelines sud dont l'établissement support est le CH de Versailles.

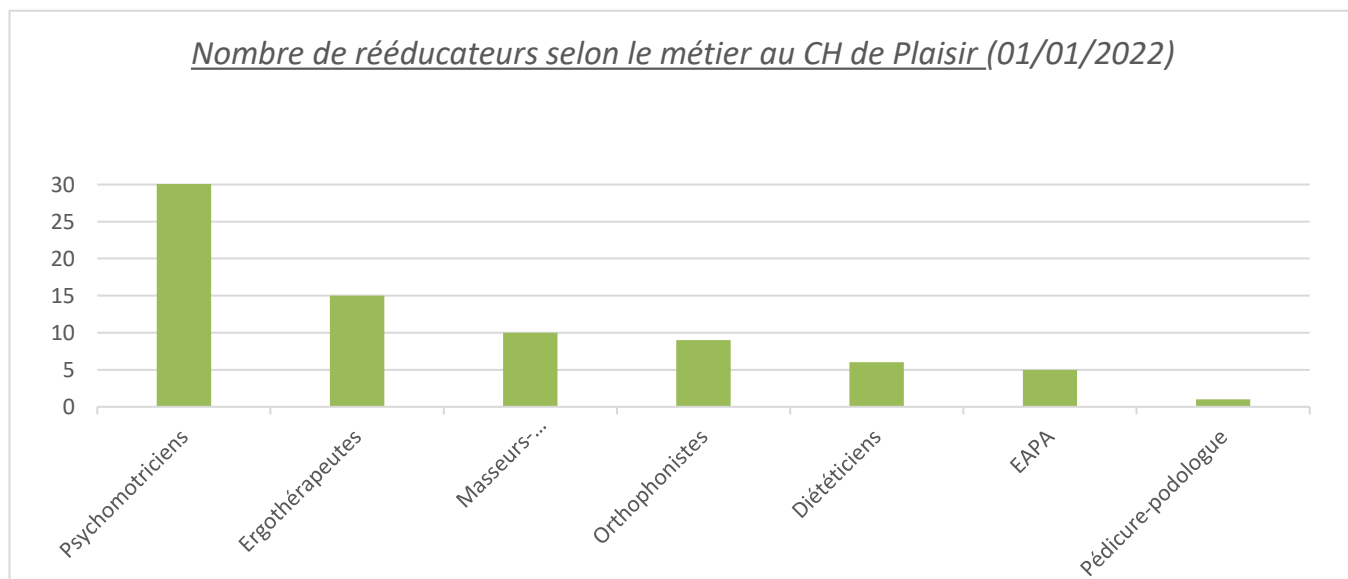
Il est spécialisé dans la prévention et la prise en charge de la maladie mentale de la population du Sud-Yvelines.

Il dispose également d'une filière de soin complète en gériatrie, en Médecine Physique et Réadaptation, ainsi que dans le champ du handicap avec plusieurs établissements médico-sociaux pour adultes et enfants.

Sa capacité d'accueil est de 1170 lits et places.

Plus de 80 rééducateurs y exercent et 6 des 7 métiers des soins de rééducation sont représentés : diététiciens, ergothérapeutes, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, pédicure-podologue et psychomotriciens. Les Enseignants en Activité Physique Adaptée (EAPA) sont naturellement rattachés et assimilés aux autres métiers de la rééducation.

*Nombre de rééducateurs selon le métier au CH de Plaisir (01/01/2022)*



## Le contexte de métiers en tension et de besoin de partage d'expériences entre pairs

De nombreux rééducateurs du Centre Hospitalier de Plaisir sont, dans leurs fonctions, isolés de leurs pairs, en raison notamment de l'étendue géographique du Centre Hospitalier et de son organisation. Le CH de Plaisir a en effet la particularité d'être composé de plusieurs sites et de nombreuses structures extrahospitalières qui sont dispersées sur le territoire sud des Yvelines. À cette étendue géographique s'ajoute une organisation hétérogène. Le rattachement hiérarchique des rééducateurs est historique : la moitié d'entre eux, travaillant dans les services de soins somatiques, est rassemblée autour d'un même cadre, la cadre de pôle de MPR, tandis que les autres sont dispersés dans les différentes services de psychiatrie, rattachés de fait aux cadres de leurs unités. L'isolement de nombreux rééducateurs à une incidence sur la Qualité de Vie au Travail (QVT) : de nombreux rééducateurs apparaissent insatisfaits et ont manifesté le besoin de partage entre pairs<sup>2</sup>.

Dans la perspective d'améliorer les conditions de travail des rééducateurs placés sous sa responsabilité, Laëtitia Buisson, nouvelle cadre de santé du pôle MPR, en charge des rééducateurs de l'établissement, a eu à cœur de réfléchir à cette problématique. Masseur-kinésithérapeute de formation initiale, elle a souhaité, dans un premier temps, réaliser un diagnostic qui a objectivé l'insatisfaction de nombreux rééducateurs et révélé un enjeu de fidélisation et d'attractivité de l'établissement pour certains métiers de la rééducation<sup>3</sup>.

<sup>2</sup> Enquête sur la qualité de vie au travail des rééducateurs du CH de Plaisir réalisée par Laëtitia Buisson en mars 2022. Enquête à laquelle plus de 70% d'entre eux ont participé.

<sup>3</sup> Etude de la population des rééducateurs menée au CH de Plaisir au 01/01/2022.

Comme la plupart des hôpitaux de la FPH, Fonction Publique Hospitalière, quatre métiers sont en tension : ergothérapeute, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, et psychomotricien<sup>4</sup>. « *Si aucune action n'est menée, dans une dizaine d'années, 70% des rééducateurs du CH de Plaisir auront quitté l'établissement, avec une difficulté majeure de les remplacer* » indique Laëtitia Buisson.

Aussi, « *Plusieurs rééducateurs ont exprimé le besoin de bénéficier de temps d'échanges significatifs et signifiants entre pairs autour de leurs pratiques* ».

Face à ces constats et besoins repérés, plusieurs questions se sont posées :

- Par quel moyen réunir et fédérer l'ensemble des rééducateurs du CH de Plaisir ?
- Comment accroître la dimension de réflexivité et de partage d'expérience dans l'établissement ?
- Dans une logique transversale, sous quelle forme développer un espace dynamique de réflexion et de création ?

Laëtitia Buisson a décidé d'inscrire ces interrogations dans la réalisation d'un projet managérial mené au cours du Master 2 Management des organisations soignantes à l'UPEC (Université Paris Est Créteil), suivi en 2021-2022.

Une problématique s'est dégagée : *Comment l'institution peut-elle agir face à autant de métiers en tension et au risque qui en découle d'une dégradation de la qualité des soins de rééducation ?*

<sup>4</sup> Enquête réalisée par l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH) sous la forme de cycles de cartographies régionales des métiers de la FPH en 2013 et 2018.

A l'appui d'une revue de la littérature menée sur le modèle structurant des « communautés de pratique », et notamment l'application de ce cadre théorique en milieu hospitalier<sup>5</sup> elle a posé l'hypothèse que fédérer les rééducateurs au sein d'une communauté de pratique améliorerait à la fois le bien-être au travail des professionnels et la qualité des prises en soins de rééducation.

L'objectif poursuivi vise à leur offrir un espace institutionnel d'échanges et de réflexions sur leurs pratiques, de partage d'outils et de co-construction de projets à l'échelle du CH de Plaisir. L'effet recherché est double : fidélisation des rééducateurs à travers une qualité accrue du bien-être au travail et développement de l'attractivité de notre hôpital pour les métiers de la rééducation. En un mot : « *un cercle vertueux* », comme aime le dire Laetitia Buisson.

## Le projet de communauté de pratique s'inscrit dans la politique de l'établissement

Avec l'entière adhésion et le soutien de la direction du CH de Plaisir, le projet de créer une communauté de pratique réunissant l'ensemble des métiers des soins de rééducation est né. Cette communauté de pratique qui prend vie au sein du centre hospitalier se prénomme « Collectif des Rééducateurs ».

Ce projet s'inscrit dans un contexte institutionnel favorisant une logique de parcours de soins et de décroisement où la multiplicité des champs de compétences et de pratiques est recherchée.

## La création du Collectif des Rééducateurs

Dans l'optique de créer le Collectif, une équipe pilote s'est constituée en septembre 2021, composée de :

- un commanditaire, la directrice des soins dont les missions sont de porter la vision stratégique du projet, d'y apporter les ressources et de l'accompagner ;
- un chef de projet, Laëtitia Buisson, en charge du pilotage, de l'accompagnement de l'équipe projet et de la communication,
- une équipe projet composée de 11 rééducateurs du CH de Plaisir, volontaires et motivés pour le réaliser (3 EAPA, 3 orthophonistes, 3 psychomotriciennes et 2 ergothérapeutes). Laetitia Buisson assurant à ce stade la représentation MK.

### Le concept de communauté de pratique

Les communautés de pratique sont reconnues pour leur contribution au développement professionnel et à la performance des organisations.

Ce concept est issu des travaux de Jean Lave et Etienne Wenger en 1991. Définition la plus courante : « Les communautés de pratique sont des groupes de personnes qui se rassemblent afin de partager et d'apprendre les uns des autres, en face à face ou virtuellement. Ils sont tenus ensemble par un intérêt commun dans un champ du savoir et sont conduits par un désir et un besoin de partager des problèmes, des expériences, des modèles, des outils et les meilleures pratiques. Les membres de la communauté approfondissent leurs connaissances en interagissant sur une base continue et à long terme. Ils développent un ensemble de bonnes pratiques » (Wenger, McDermott & Snyder, 2002).

<sup>5</sup> P. Carlier (2009). Déconstruction et reconstruction des communautés de pratique dans les organisations de santé professionnelles : le cas des fusions d'hôpitaux

universitaires. Thèse doctorale Udm (Québec), Editions Papyrus.



Une équipe projet dynamique (mai 2022)

**Photo 1**, de gauche à droite : Charlotte Distel, psychomotricienne, Céline Willot, orthophoniste, Marion Chevallier, ergothérapeute, Marie-Hélène Faure, psychomotricienne, Emmanuel Dijoux, EAPA, Morgane Jaluzot, EAPA et Karine Neau, ergothérapeute.

**Photo 2**, en plus : Ulrike Helmig, orthophoniste, Marie-Claude Roussel, orthophoniste, Mélie Boymenu, psychomotricienne, Louis Ventolini, EAPA.

Entre septembre 2021 et mai 2022, le chef de projet et son équipe se sont réunis à raison d'une demi-journée toutes les deux semaines pour réfléchir et construire une vision commune du Collectif.

L'établissement a soutenu le développement de ce projet : les cadres de proximité ont autorisé les détachements de ces rééducateurs, des locaux ont été mis à disposition et une formation sur l'animation et le développement d'une communauté de pratique a été financée.

Au fil des réunions, différents documents indispensables pour définir le cadre de fonctionnement du Collectif ont été rédigés, notamment une *Charte des valeurs et du fonctionnement du Collectif des Rééducateurs*.

Des moyens de communication ont été créés : plateforme collaborative, mailings liste par profession ainsi que divers supports de présentation.

Une fois construit, le projet du Collectif des Rééducateurs a été présenté aux différentes instances de l'établissement et du GHT 78 Sud.

Il est reconnu institutionnellement et figure dans le projet stratégique d'établissement 2022-2027 dans l'ambition « *Investir sur nos équipes et prendre soin de ceux qui soignent* », l'engagement « *Attirer, accueillir et fidéliser* » et l'objectif « *Définir une politique spécifique pour les métiers et disciplines en tension* ».

## Le Lancement du Collectif des Rééducateurs

Une fois le projet construit et intégré dans la politique d'établissement, le chef de projet et l'équipe projet sont passés à la phase de lancement du Collectif.

Un questionnaire en ligne a été envoyé à l'ensemble des rééducateurs du CH de Plaisir afin de recueillir leurs attentes au regard de ce projet.

56% des rééducateurs ont participé au sondage et 100% d'entre eux ont répondu souhaiter participer au Collectif.

En mai 2022, plus de la moitié des rééducateurs se sont mobilisés pour assister à la journée de lancement du Collectif.

La directrice des affaires générales et la directrice des soins y ont tenu un discours pour témoigner leur soutien et le service de communication a fait la promotion du projet en interne et en externe.

Lors de cette première rencontre, les objectifs du Collectif des Rééducateurs ont été présentés :

- améliorer la coopération des rééducateurs dans le parcours de soins en favorisant le partage de :
  - connaissances,
  - pratiques,
  - projets,
  - formations,
  - bonnes pratiques ;
- assurer une offre de soins pertinente et de qualité en :
  - promouvant la richesse des expertises et des spécificités de chaque métier de la rééducation
  - soutenant les groupes professionnels existants ;

- contribuer à l'attractivité de l'établissement en :
  - favorisant le développement des idées novatrices
  - contribuant au développement d'un réseau de professionnels en interne et en externe
  - simplifiant le circuit de communication horizontal et vertical

Le fonctionnement du Collectif a été construit de la façon suivante :

- le bureau : constitué de rééducateurs volontaires, la mission du bureau est d'organiser le Collectif, de coordonner les projets et d'être l'interlocuteur privilégié des personnes externes au Collectif. Il se réunit une demi-journée par mois et dispose d'une adresse mail pour faciliter la communication ;
- les membres : le Collectif est ouvert à tous les rééducateurs de l'établissement, leur participation est libre et gratuite. Des réunions du Collectif sont prévues deux fois par an afin d'échanger sur leur activité, leurs travaux et leurs projets ;
- les groupes de travail : ils sont composés de membres volontaires. Ils s'autogèrent et communiquent sur leurs travaux aux membres du Collectif.

## Les premiers pas du Collectif

Après la journée de lancement, une première réunion s'est déroulée en juin 2022.

Un des objectifs de cette réunion était de valider collectivement le règlement de fonctionnement et de planifier les réunions et actions sur la période 2022-2023.



Des groupes de travail ont également été lancés en lien avec les attentes et besoins exprimés par les rééducateurs lors de la journée de lancement. Des référents et participants se sont positionnés sur des groupes de travail aux thématiques significatives.

Les membres du bureau ont été nommés. Il est constitué des 11 membres de l'équipe projet et d'une psychomotricienne qui est venue compléter cette équipe. Aujourd'hui, le bureau comptabilise 12 rééducateurs.

## Intérêts et perspectives

Le Collectif des Rééducateurs du CH de Plaisir est dans sa première année de vie et est pleinement reconnu par l'institution.

Il peut être saisi et l'a rapidement été par un médecin dans le souci de créer un poste d'EAPA en service de psychiatrie.

Il a également été sollicité par le CLUD dans le cadre de l'organisation de la journée douleur et par le CLAN pour la journée de la dénutrition.

Plusieurs groupes de travail ont été mis en place avec des thématiques transversales à l'établissement. On peut notamment citer :

- L'organisation d'une journée de la rééducation pour présenter les différents métiers aux usagers de l'établissement (professionnels, stagiaires, patients, résidents, familles...)
- Le « Bon Coin » des rééducateurs pour le prêt, l'échange ou le don de matériels
- L'accueil et l'accompagnement de nouveaux rééducateurs par leurs pairs.

De nombreux impacts positifs sont attendus du Collectif :

- Un enrichissement de l'offre de soins ;
- Une fluidification du parcours au profit des patients ;
- Un épanouissement professionnel comme personnel pour les rééducateurs participants ;
- Une fidélisation des professionnels de soins de rééducation ;
- Un renforcement de l'attractivité des métiers de la rééducation pour l'établissement.

Une fois le Collectif des Rééducateurs du CH de Plaisir installé, l'idée est désormais d'étendre ce concept et cette dynamique institutionnelle au GHT 78 Sud, le CH de Plaisir ayant été l'incubateur de cette idée novatrice au bénéfice des rééducateurs, de leurs patients et de toute l'institution.

A noter que d'ores et déjà des kinésithérapeutes, ainsi que d'autres cadres kinésithérapeutes des établissements du GHT, ont souhaité s'inscrire dans la démarche.

Laëtitia Buisson,  
Cadre supérieur de santé MK  
du pôle de MPR  
& Marion Chevallier,  
ergothérapeute

# ANNONCE D'EMPLOI



## Le Centre Hospitalier de Plaisir (CHP) recrute un cadre de rééducation !

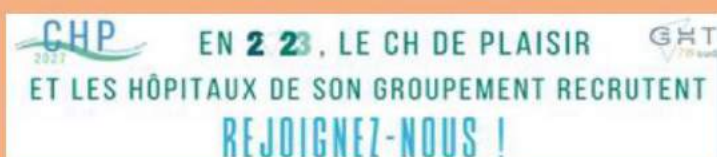
Il s'agit d'une création de poste visant à impulser une dynamique transversale et de proximité et à porter les nombreux projets en cours. Vous intégrerez une équipe dynamique et motivée, vous serez rattaché au cadre supérieur du pôle MPR, masseur kinésithérapeute de formation, et participerez à la vie institutionnelle de l'établissement ainsi qu'aux rencontres organisées dans le cadre de communautés de pratiques lancées sur le territoire Sud Yvelines : collectifs de cadres de la rééducation, séminaire annuel de la rééducation.

Le CHP, situé au cœur des Yvelines, à 30 mn de la gare Montparnasse, est membre de la direction commune portée par le Centre hospitalier de Versailles. Il est un établissement sanitaire dédié aux soins de MPR, gériatrie, psychiatrie et à l'accueil de personnes âgées et en situation de handicap prises en charge en ESMS.

**Ce poste est offert à un cadre de santé issu d'une filière de rééducation.**

Venez nous rejoindre, une équipe dynamique et pleine de projets vous attend ! L'hôpital bénéficie de nombreux équipements, notamment des plateaux techniques complets et une balnéothérapie. Le poste est à pourvoir dès que possible. Une bonne ambiance professionnelle est assurée !

N'hésitez pas à me contacter dès à présent ;  
pour en savoir plus : **06 83 89 93 11**  
ou [laetitia.buisson@hopitaux-plaisir.fr](mailto:laetitia.buisson@hopitaux-plaisir.fr)



A très bientôt avec grand plaisir !  
Laetitia Buisson,  
Cadre Supérieur du pôle MPR

L'interprofessionnalité : l'affaire de tous les professionnels de santé...et des cadres de santé. Le Président du CNKS a participé au congrès de l'ANCIM (Association des cadres de santé infirmiers, rééducateurs et médicot techniques).

**30<sup>èmes</sup> Journées Annuelles Toulouse 2022**  
**DISCOURS D'OUVERTURE**  
**de Dominique COMBARNOUS, Présidente**

Chers adhérents, chers collègues et chers amis. Au nom du conseil d'administration de l'ANCIM, je suis heureuse de vous accueillir au centre de congrès de la ville rose. Vous êtes 500 managers de santé à nous avoir fait confiance aujourd'hui. Bravo à vous et Merci !...Remerciements à **nos partenaires** que je ne vais pas nommer de peur d'en oublier mais je vous demande d'aller les visiter sur leurs stands. Vous avez dans votre pochette leur liste et leur raison d'être. Vous êtes de plus en plus nombreux à **adhérer à l'association** et nous avons besoin de vous pour notre représentativité et argumenter vos choix !

L'ANCIM c'est une **association responsable** qui vous représente auprès des pouvoirs publics pour défendre notre fonction dans un esprit positif en faisant des propositions. Les 4 grands messages que nous scandons :

### **Ouvrir une tribune sur le rôle et place des cadres dans les institutions**

valoriser et rendre effectif le binôme cadres - médecins dans les unités / que chacun sache ce que l'autre fait / arrêter de donner aux cadres tout ce que les autres ne veulent pas faire / représentation du rôle et de la place des cadres auprès des autres professions de l'institution / notre fonction tel qu'exercée actuellement ne donne pas envie de s'investir dans le métier de cadre : un service(par) un cadre ...



### **Respect du temps de travail ainsi que le droit à la déconnexion**

Malgré/avec le forfait jour imposé, les cadres de santé dépassent largement les 48h/semaine et sans avoir accès au paiement d'heures supplémentaires (HSP). Ainsi, la rémunération des cadres de santé n'est pas digne de leurs missions et responsabilités, avec pour conséquence démotivation, fuite des cadres, démobilisation. Un jeune cadre se retrouve à moins gagner que les professionnels qu'il encadre !!

### **Reprendre les travaux sur la réingénierie de la formation cadres et rebalayer le référentiel d'activité et compétence en tenant compte du rôle spécifique des cadres de pôle**

### **Faire de la gouvernance hospitalière un management en trio : directorial, médical et paramédical**

Donner à la direction des soins les missions, décisions, responsabilités en lien avec sa compétence de soignante ; la DRH doit être un appui / conseil / avis mais pas décisionnaire pour les paramédicaux : pour que les cadres soient réellement intégrés aux projets impactant les unités de soins et pas que dans la mise en œuvre.

**Toutes ces propositions ...  
sont les vôtres.**

**...Cette année, nous avons été auditionnés par le Sénat sur le système de santé et nous avons demandé à nos adhérents leurs avis. Nous vous remercions pour vos nombreuses participations que nous avons intégralement relayées.**

Cet événement est le vôtre et nous souhaitons que vous puissiez être de plus en plus nombreux à le partager. C'est pourquoi nous nous déplaçons chaque année et que petit à petit les salles s'agrandissent pour pouvoir vous accueillir tous.

Le thème de nos journées change en fonction de l'actualité et de vos préoccupations alors pour que nous puissions vous offrir encore des manifestations qui correspondent à vos attentes, merci de remplir le questionnaire d'évaluation en scannant le QR Code qui se trouve sur votre programme ou en allant sur notre site [www.ancim.fr](http://www.ancim.fr)

Cela fait maintenant 11 mois que nous préparons ce congrès et nous remercions nos intervenants d'avoir répondu présents pour ces journées 2022... la résilience.

**Notre système de santé est à bout de souffle...Ok**

Nous vous proposons aujourd'hui de RESPIRER, SOUFFLER, REPRENDRE haleine, vous RESSOURCEZ jusqu'à lâcher prise et atteindre... la RESILIENCE



Trois lois de santé en 15 ans ne sont pas parvenues à refonder notre système de santé pour affronter les enjeux majeurs du 21 -ème siècle alors que tous ces textes promeuvent un exercice professionnel partagé et collectif pour construire des organisations plus efficaces.

Le ressenti des professionnels de santé est qu'il faut tout redéfinir, mettre un coup de pied dans la fourmilière pour « refonder le système de santé ».

On peut se demander pourquoi n'a-t-on pas eu l'audace et le courage d'aller au bout de ces lois ? A peine une est terminée qu'on en fait une autre sans avoir le temps d'aller au bout de la première.

Le système de santé est devenu un mille-feuille organisationnel, une sorte de boubiboulga où personne ne s'y retrouve. On pourrait l'assimiler à une tectonique des réformes avec des phénomènes invisibles et souvent oubliés qui agissent continuellement comme des plaques tectoniques.

Les mouvements permanents sont porteurs d'exigences nouvelles, de normes et de restructuration qui contraignent les soignants à mettre en œuvre des stratégies d'évitement et/ou d'ajustements permanents et ils y perdent leurs repères.

Le cadre de santé est alors un inter médiateur entre les multiples trajectoires des patients mais aussi des nouveaux métiers de santé. Il est du fait de sa proximité le passeur et le traducteur d'une nouvelle dynamique.

Les IPA, les CPTS, le GHT et j'en passe... ont tous eu leurs opposants et leurs détracteurs, seule la transformation numérique du système de santé semble avoir créé un consensus.

*Si les professionnels de santé disent avoir touché le fond, alors, il nous reste à donner un bon coup de talon et remonter à la surface.*

*Les Français nous font confiance mais s'accordent sur le fait que le personnel est insuffisant en nombre alors que la demande de soins ne cesse de progresser. Ils expriment leurs difficultés à accéder aux soins primaires et aux soins spécialisés.*

*Quant est-il des cadres de santé ?*

*Leur prise de conscience et leurs intuitions datent de bien avant la pandémie, ils n'ont pas été entendus dans cette cacophonie... et la crise COVID a fait émerger les difficultés corrélées à un changement de génération de soignants. Les cadres, ont été, réactifs, imaginatifs, agiles et on leur a donné l'espoir qu'ils allaient reprendre la main après avoir tout donné !*

*Les soignants ont fait corps et maintenant on perçoit un sentiment de vide et une perte de repères - on a tout déconstruit et on ne peut plus revenir comme avant- (ce que certains ont tenté de faire et qui a fait craquer le système et les individus...) Il faut combler ce vide par un sentiment d'appartenance qui transcende le Je (un nous). Seules l'harmonie sociale et la liberté permettent d'exister, il faut donc redonner confiance aux équipes et les aider à se reconstruire vers de nouveaux défis.*

*En tant que managers, nous avons le devoir de créer les conditions d'une résilience collective, organisationnelle pour permettre de réinvestir le futur.*

*La résilience est la capacité d'une personne ou d'un groupe à se développer, à continuer à se projeter dans l'avenir malgré des événements déstabilisants. La résilience est la capacité à faire face aux adversités de la vie à transformer la souffrance en force motrice pour se surpasser et en sortir fortifié.*

*Un des enjeux d'aujourd'hui est de penser le système de santé comme un moyen et non pas une finalité pour servir une cause encore plus grande que peut être une vie en bonne santé.*

*Les soignants, les cadres de santé, tous les professionnels de santé ont des propositions à faire. En tant que managers nous devons leur offrir cette opportunité d'expression, les écouter, les inviter à construire notre futur commun. Notre avenir ne peut être déterminé sans eux, sans nous, soignants. Sans nous cadres de santé !*

*Jusqu'à quand devons nous crier et nous battre pour une vraie reconnaissance des cadres de santé dans la complémentarité de la gouvernance alors que les textes y font référence ? L'ANCIM se bat continuellement pour que les conditions de travail des équipes et de leurs managers s'améliorent et surtout qu'on les écoute.*

*La bienveillance et bientraitance n'est pas l'apanage de quelques uns, elle doit être à tous les étages de la hiérarchie. Trop de collègues quittent leur poste en Burn Out... Trop de faisant fonctions sont désespérés, désillusionnés. Trop peu de paramédicaux souhaitent s'investir dans des missions de management. Quel exemple, quelle image leur donnons-nous ?*

*Alors aujourd'hui, nous allons tenter de vous donner des explications puis des outils, un peu d'humour et d'amour pour relever la tête et enfin peut être la clef pour repartir réoxygénés dans vos établissements.*

*L'ANCIM est là pour faire entendre la voix de tous les cadres de santé ! Cette journée c'est la vôtre, profitez ! Je terminerai par une petite citation de Violette Lebon : « ce que la chenille appelle la mort, le papillon l'appelle la renaissance ». Bon congrès à tous*

## PRAT<sup>SCOPE</sup><sub>ICO</sub>

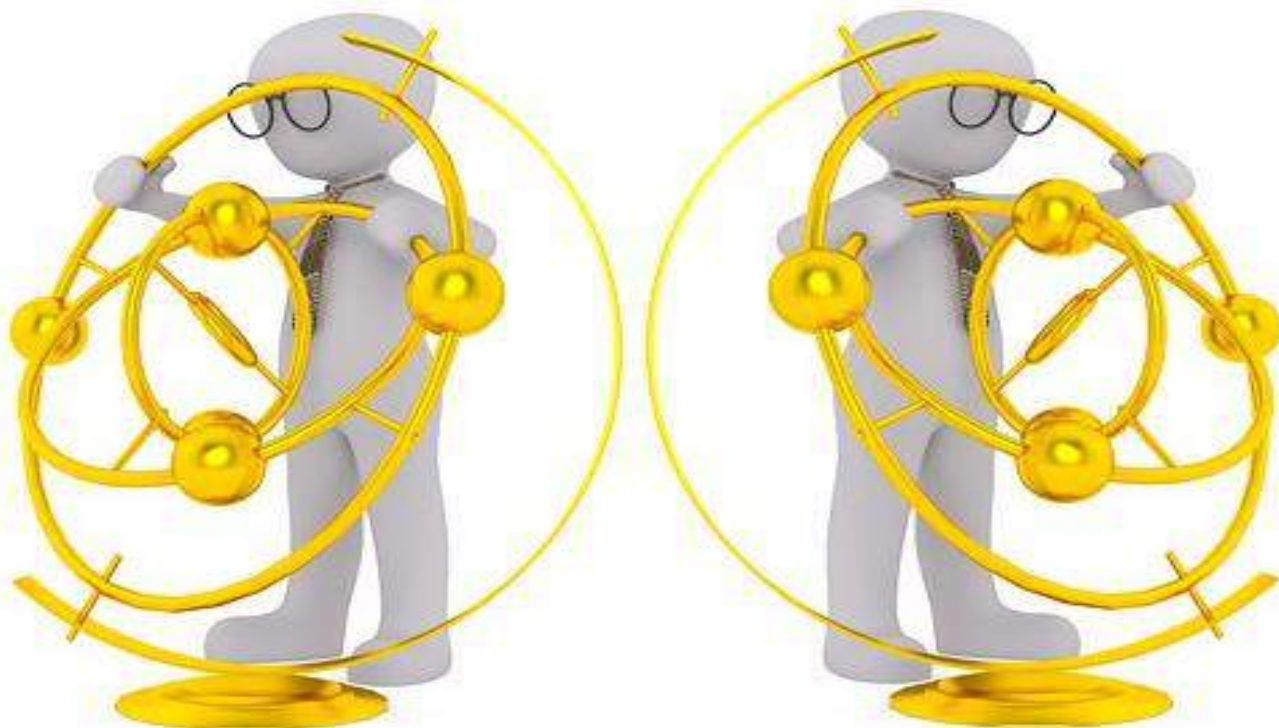


La rubrique de KINESCOPE qui s'efforce de d'éclairer

- les méandres des pratiques administratives, juridiques, réglementaires, ...
- les évolutions et perspectives de divers domaines, champs et disciplines, ...

qui encadrent l'exercice de la profession

et du métier de Kinésithérapeute Salarié



## KINESITHERAPIE SALARIEE & FORMATION CONTINUE

La Formation Continue, tout au long de la vie, ... : clef passe-partout ou trousseau de clefs de la qualité des pratiques professionnelles ?

La Formation continue : garante de l'efficience & d'adaptation ! vecteur de reconnaissance personnelle ! catalyseur de l'évolution professionnelle !

*Souhaitant être au plus proche de vos préoccupations, nous allons donc vous proposer une série d'épisodes intitulée « Tout ce qu'on ne vous a pas dit sur la formation continue » ou « L'essentiel de ce qu'il faut savoir sur la formation continue ».*

*En effet, lorsqu'un kinésithérapeute a décidé de travailler au sein d'une institution de soins, et donc d'être salarié, la réalisation de ses projets de formation continue ne dépend pas que de lui et de sa motivation.*

*L'affaire est beaucoup plus complexe.*

*Et c'est avec Arthur, Marie, Manon et Louis que nous allons cheminer, au cours de ces épisodes, à travers les méandres de leurs projets.*

*Nous espérons que vous vous reconnaitrez à travers eux et que nos propositions feront écho dans votre quotidien.*

Cécile Le Moteux,  
CDS MK formatrice

## PRA<sup>SCOPE</sup> TICO



### EPISODE 4 :

#### « La formation promotionnelle : devenir cadre de santé »

Arthur, masseur-kinésithérapeute depuis 8 ans dans un centre de rééducation public, a comme projet d'évoluer dans la structure et pourquoi pas d'avoir des responsabilités managériales. En effet, il pense avoir les qualités requises pour ce type de missions et a plein d'idées en tête pour moderniser le plateau technique et actualiser les prises en charge.

Arthur sait que, dans son centre, les responsabilités managériales sont confiées aux cadres de santé. Il s'est déjà renseigné sur la formation à réaliser pour devenir cadre de santé : une année en continu ou deux années en alternance au sein d'un Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS). Cette année ne l'inquiète pas : il sait qu'il lui faudra s'investir pleinement, étudier, retourner en stage et il est prêt. Son épouse aussi. Oui il a conscience que cette reprise d'études aura des impacts sur son foyer, notamment vis-à-vis de la gestion de ses 2 fils.

Non, ce qui l'inquiète c'est le concours d'entrée. Arthur s'est renseigné auprès de Louis, le cadre responsable de la formation continue. Louis lui a dit que le concours se faisait en 2 temps : une épreuve écrite éliminatoire de 4h portant sur des commentaires d'articles d'ordre sanitaire et social, puis une épreuve orale orientée sur son parcours et ses projets.

Arthur n'aime pas écrire. Il n'a jamais aimé les dissertations au lycée et encore moins les commentaires de textes. Il ne se trouve pas très bon et doute de ses capacités à passer la première sélection. Pourtant il est certain d'être fait pour le métier de cadre de santé. Il ne veut pas renoncer.

Alors, Arthur retourne voir Louis pour lui demander s'il existe des formations préparant au concours, notamment sur la partie écrite de 4h. Louis le rassure ! Il en existe même beaucoup et le plus difficile sera de choisir celle qui répondra le mieux à ses besoins ! Louis lui donne la liste des IFCS et l'incite à se renseigner sur le Net. Beaucoup d'IFCS propose des formations pour préparer au concours.

Peut-être serait-il pertinent de sélectionner les IFCS dans lesquels Arthur veut concourir pour ensuite choisir la prépa la plus adaptée ?

Oui, bonne idée ! C'est vrai qu'Arthur n'avait pas imaginé passer plusieurs concours, il ne connaît que l'IFCS faisant partie du CHU de sa région...il pourrait effectivement postuler dans d'autres établissements...

Arthur part avec la liste, motivé pour éplucher les différents sites et choisir les IFCS semblant correspondre le mieux à ses besoins et contraintes.

2 semaines plus tard, Arthur a fait son choix. Il vise 2 IFCS : l'un dans sa région et rattaché au CHU, le second dans la région son frère où sa femme et lui aimeraient bien vivre un jour. Il a vu que le programme de l'année d'études est réglementé et donc diffère peu. En revanche, ce qui les distingue, c'est le Master associé.



En effet, dans chacun des IFCS, l'obtention du Diplôme d'Etat de Cadre de Santé est conjointe à celle d'un diplôme académique universitaire.

L'IFCS de sa région propose un M2 en « Management des organisations de santé », le second un M2 « Management et formation de professionnels de santé ».

Arthur a toujours été attiré par la formation des étudiants. L'idée de pouvoir également enseigner à l'issue de l'année en IFCS le motive encore plus.

Il parle donc de son projet avec Marie, la cadre de santé de son équipe et donc sa supérieure hiérarchique. Marie est ravie de constater le dynamisme d'Arthur et son attrait pour le métier de cadre de santé en services de soins ou en institut de formation. Elle le rejoint sur sa vision du concours et lui propose, en plus d'une prépa, de lui confier quelques responsabilités au sein du service, pourquoi pas avec les stagiaires. Cela lui permettra d'avoir un peu d'expérience à valoriser au moment du concours, mais aussi de se tester.

Arthur est ravi. Mais attention, Marie le prévient : son projet de promotion professionnel ne sera pas forcément pris en charge par l'établissement simplement parce qu'elle y est favorable. En effet, la commission de formation établit un budget et des priorités de formation. Si le besoin en cadre de santé au sein du centre n'est pas dans celles-ci, son projet risque d'être refusé cette année. « Tu sais, la formation promotionnelle est souvent coûteuse car l'établissement paie ta formation et continue à te verser un salaire durant celle-ci, tout en devant te remplacer.

*Certes, dans les établissements publics comme le nôtre, l'ANFH peut aider financièrement, mais cela peut représenter une trop grande part du budget. Ils vont peut-être préférer faire partir en études promotionnelles des agents souhaitant évoluer vers des métiers en tension, comme infirmier ou kinésithérapeute tiens !*

*Peut-être pourrais-tu prendre rendez-vous avec la Directrice des Ressources Humaines pour présenter son projet et ses potentiels atouts pour l'établissement ? ».*

Arthur entend les conseils de Marie. Il travaillera son projet et le présentera à la direction du centre. Mais Arthur se souvient aussi de ce que lui a dit Louis : « Des établissements font maintenant le choix de faire partir leurs agents directement vers des Master 2 plutôt que vers des IFCS, et les embauchent ensuite en équivalence (disposition dérogatoire, sous conditions, au Diplôme de cadre de santé contenue dans l'Arrêté du 25 juin 2013) à des postes de cadres de santé.

Arthur réfléchit, s'interroge  
« Comment une année en M2 pourrait me former aux exigences du terrain ? ».

*Et cette fréquente coutume pour ne pas dire obligation locale de faire fonction de cadre avant de préparer et passer le concours d'accès à la formation dois je m'y soumettre ? »*

Des dispositions intervenues au fil du temps et qui ne font pas l'unanimité ... ni pour ni contre !

«... l'évolution des modalités d'accès aux postes de cadre de santé semble concentrer un ensemble de pratiques révélatrices des transformations de ce groupe professionnel, ainsi que de son contexte.

Alors que les infirmières (**NDLR : ou autre professionnel paramédical**) devenaient surveillantes à l'ancienneté et sur proposition de leur hiérarchie médicale ou administrative, les cadres de santé d'aujourd'hui doivent non seulement se soumettre aux conditions légales de promotion professionnelle, mais aussi, et sans que cette étape ne soit officiellement obligatoire, s'engager dans des démarches informelles jusqu'à leur nomination en tant que cadre. C'est ce parcours complexe que l'on retracera ici ... »

Divay, S. (2018). La nouvelle fabrique de la carrière des cadres de santé à l'hôpital : entre réglementation et cooptation. *Sciences sociales et santé*, 36, 39-64. <https://doi.org/10.3917/sss.361.0039>

**NDLR : ... Et un certain nombre de professionnels et d'organisations professionnelles énoncent de plus en plus le regret qu'au-delà d'une période de « stage d'immersion préalable » de quelques semaines, qui mettrait à l'épreuve l'appétence du potentiel candidat, cette coutume du « faisant fonction » qui parfois dure deux ou trois ans ne soit que de la main d'œuvre à bon marché ... avec en plus un fort risque de mettre les impétrants en réelle difficulté ... Certains instigateurs de cette pratique considéraient-ils que la formation et le DCS comme futiles ?**

## **Vous souhaitez devenir cadre de santé ?**

- Vous exercez dans la fonction publique hospitalière ? Retrouvez toutes les informations sur <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000026843750/>
- Vous cherchez la liste des IFCS ? Vous les trouverez ici : <https://www.ancim.fr/annuaire-formation-cadre-sante.html>
- Vous souhaitez des informations sur la formation continue professionnelle au sein de la fonction publique hospitalière, et notamment la formation promotionnelle ? Prenez connaissance du rapport IGAS 2021 : <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2021-047r.pdf> ou plus simplement, reprenez les 2 derniers Kinéscope.
- Vous souhaitez des informations sur l'équivalence possible à l'accès au corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière ? Lisez ceci <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000027730628/>
- Enfin, vous souhaitez lire un article expliquant la création du diplôme de cadre de santé ? Je vous conseille cet article de Yves COTTRET : Cottret Yves (2010). Retour sur la réforme de 1995 créant le diplôme de cadre de santé. *Soins Cadres*, N°75,34-35.

## KINESITHERAPIE SALARIEE & READAPTATION

La READAPTATION ! concept, incantation, utopie ou réalité ?

Les points de vue divergent de façon historique sur le(s) sujet(s) ; les 2R, les 3 R, voire les 4 R et même 5 R ont été édictés au gré des « écoles de pensée, ou de pouvoir ».

Le CNKS depuis plus de 10 ans a opté pour une nouvelle stratégie de **Réadaptation & Professions Alliées** ; c'est clairement dans cet esprit que cet item de la rubrique PRATICOSPE est récurrent et ouvre ses colonnes à toutes celles et tous ceux, professionnels et organisations professionnelles qui souhaitent argumenter cette impérieuse nécessité.

L'analyse de la charge de travail outil indispensable à l'adaptation de ratios et les différentes alternatives à l'hospitalisation complète (HDJ, HAD R, Equipes mobiles ...) sont ainsi au cœur du débat d'une « mission de réadaptation » qui doit impérativement s'inscrire pleinement dans les filières de soins.

L'actualité (cf ci-après) mais aussi les initiatives loco-régionales exposées lors des JNKS REIMS 2022 sur le développement des HAD R (en savoir plus : [cnks.org](http://cnks.org)) contribuent à la réflexion et seront à n'en pas douter mises en débat aux prochaines JNKS... à ROUEN 2023.



## ACTUALITE

### Transition des SSR en SMR : une instruction publiée au Bulletin Officiel "Santé-protection sociale- solidarité" du 17 octobre 2022.

La DGOS y rappelle les principales évolutions de la réforme des SSR ... en SMR. Pour atteindre les objectifs assignés aux SMR dans les décrets d'autorisation, 5 missions fondamentales, "dont les points communs sont leur caractère multidimensionnel, pluridisciplinaire et personnalisé aux besoins et projet de vie du patient" y sont énoncées :

- la mission de soins médicaux ;
- la mission de réadaptation ;
- la mission de prévention ;
- la mission de transition ;
- la mission de coordination.



Le précédent KINESCOPE vous avait averti et cette instruction a été adressée à tous nos membres correspondants.

Une simulation a titre d'exemple a été réalisée sur la base d'un hôpital de ville moyenne. Elle est incluse au sein du DOSSIER supplément évolutif de ce KINESCOPE n°24 intitulé

« EFFECTIFS vers des RATIOS ? »

## Lu pour nous L'ESSENTIEL



### Note de lecture

Jean Paul Segade,  
Past Directeur d'Hôpital  
Past Conseiller Général IGAS  
Président du CRAPS

Le Craps regroupe les acteurs de la protection sociale, et plus concrètement en matière de santé les dirigeants des organismes obligatoires de l'assurance maladie, comme ceux des mutuelles ainsi que l'ensemble des représentants des organisations hospitalières et du domaine de la santé. Deux objectifs constituent son ADN : éclairer le débat par une objectivation des données mais également par des regards croisés sur les questions en suspens.

Deux formules résument cette ambition : plus de transparence pour partager un diagnostic et plus de transversalité dans l'action.

Dans le cadre de sa collection d'ouvrages « les idées des acteurs » le CRAPS a publié trois ouvrages que le lecteur pourra consulter en allant sur le site du CRAPS :



#### Recherche médicale :

<https://www.thinktankcraps.fr/recherche-medicale/>



#### Psychiatrie :

<https://www.thinktankcraps.fr/psychiatrie-sante-mentale/>



#### Hôpital :

<https://www.thinktankcraps.fr/hopital-les-idees-des-acteurs/>

Que retenir de ces trois derniers ouvrages du CRAPS publiés sur l'Hôpital, la recherche, la psychiatrie ? ... **la parole aux acteurs**, livres auxquels la kinésithérapie était présente.

Chaque ouvrage a été construit en trois temps : le temps des acteurs qui ont apporté leur contribution en toute liberté et initiative ; le temps des experts qui ont analysé ces contributions et tiré des conclusions sous la forme de propositions ; et le temps de la synthèse afin de dégager un modèle cohérent.

Pourquoi 40 acteurs ? Interroger les acteurs, tous les acteurs et non les seuls corps constitués, a pour objectif de disposer de données sur la réalité du terrain mais aussi sur la diversité des pratiques. Le choix d'une approche microéconomique ne vise pas à nier l'approche fonctionnelle ou institutionnelle mais se veut complémentaire d'une démarche nécessaire mais insuffisante. Alors pourquoi 40, acteurs ? chacun trouvera sa référence entre les 40 jours au désert du christ ? la quarantaine, l'an 40 ou encore Ali Baba et les 40 voleurs... ?

Les auteurs sollicités apportent à travers leurs contributions, un regard différent sur les enjeux étudiés. Ils n'ont pas pour ambition d'apporter la réponse à toutes les interrogations et problématiques qui se posent mais d'apporter un regard opérationnel.

Le temps de la réflexion appartient au lecteur sachant que la décision politique interviendra plus tard et supposera un débat plus représentatif avec notamment les corps intermédiaires, les syndicats et les élus.

A travers les enjeux humains, organisationnels et financiers posés dans chaque ouvrage plusieurs thématiques apparaissent comme des fils conducteurs.

## La santé et la définition des niveaux de compétences ? le débat historique entre jacobins et girondins

Comment faire la part des choses entre un Etat stratège qui définit une politique nationale et les règles de jeu et la mise en œuvre opérationnelle ? Héritière d'une tradition jacobine, la santé perçue comme le volet social du pacte républicain reste de la compétence de l'Etat dans ses dimensions conceptuelles comme opérationnelles. Le débat actuel sur les ARS traduit la difficulté française de mener une véritable politique de déconcentration et faute de réforme de l'Etat, de tenter la décentralisation. La crise du Covid a relancé le débat d'une régionalisation de la santé sans pour autant oser lier réforme territoriale et la réorganisation hospitalière. Les territoires de santé supposent, à l'exemple du Danemark, de revoir le rôle des communes, du département comme des régions.

## La performance une vision collective et non individuelle

Le point commun entre les ouvrages tient à la réflexion partagée que la performance du système passe autant par la collaboration entre les acteurs que par la recherche d'un optimum de chacun d'eux.

Il est surprenant de constater l'écart entre le discours institutionnel souvent catégoriel, alors que sur le terrain et dans leur approche au quotidien, les contributions valorisent une démarche transversale.

## Le volet économique et financier

La question de la soutenabilité financière du système notamment pour faire face aux conséquences du vieillissement comme à l'impact des nouvelles technologies de la santé ou du numérique reste centrale mais contrairement à ce que l'on pouvait attendre le problème budgétaire n'est pas le première dans les trois ouvrages.

En cette période du *quoi il en coûte* le débat sur l'équilibre des comptes sociaux revient d'actualité à travers la réforme des retraites mais également dans la maîtrise des dépenses de santé. Il serait bon de rappeler que le déficit permanent ne constitue pas une politique. Il ne s'agit **pas** de revenir à une vision comptable de l'équilibre budgétaire chère aux orthodoxes de la doctrine classique des finances publiques.

Lors d'une crise, l'urgence sanitaire l'emporte sur toute autre considération. Mais le maintien d'une protection sociale de qualité passe par un équilibre global des comptes ... à moins que demain l'Etat par autorité, le marché par la privatisation de certaines prestations, viennent rappeler le respect d'une règle que ma grand-mère répétait sans cesse : *on n'est pas riche de l'argent que l'on gagne mais de l'argent que l'on ne dépense pas.*

## Le débat entre la réglementation unitaire et la voie contractuelle pluraliste

Ce sujet est également contradictoire entre les institutionnels qui défendent une situation statutaire et les acteurs qui souhaitent plus de contractualisation.

Peux t'on voir dans les difficultés à passer à l'acte et accepter qu'à côté du statut puissent se créer des solutions contractuelles, une forme de conformisme ou tout simplement la peur d'innover ? Ceci interroge sur la capacité de concilier démocratie sanitaire, participation des acteurs et performance globale.

Si les Français ont le sentiment que la santé s'inscrit dans une dynamique de transformations ininterrompues – et surtout nécessaires – nombre de contributions évoquent le manque de réformes efficaces et durables. Dès lors, on peut se demander s'il y a trop ou bien trop peu de réformes en France ou si tout simplement on n'a pas tiré tous les enseignements des précédentes réformes

Le plus petit multiple commun qui se dégage de ces textes repose sur cinq axiomes :

**Plus de confiance.** La responsabilisation des acteurs, des médecins dans la gestion de leurs services, des para -médicaux dans le partage des actes comme des gestionnaires dans la définition de la stratégie de leur établissement, suppose que l'on inscrive comme principe de base dans toute réforme, le principe de subsidiarité qui induira plus de liberté.

Le prix à payer pour plus d'autonomie étant la responsabilité mais aussi l'évaluation comme l'intéressement (positif et négatif).

**Plus du courage.** La contradiction entre une exaltation pour le progrès médical et technologique, la volonté de garder les mêmes organisations, et le même statut, reflète une réalité humaine : la peur du changement qui s'oppose à toute évolution. Le maintien de rentes de situation ou de droits acquis, le jeu des pouvoirs seront des obstacles d'autant plus forts qu'ils revêtiront l'habit de l'intérêt du malade ;

**Plus de liberté.** La France reste marquée par une tradition jacobine qui consiste à penser les réformes de Paris lors de conférences nationales et dans un cadre unique prétendant garantir 'une égalité juridique des acteurs. La décentralisation de l'action n'interdit pas la définition d'une politique nationale de santé publique et une déclinaison régionale.

**Plus de contrat et moins de réglementation.** Toujours repoussée par les professionnels ou les syndicats qui mettent en avant l'égalité de la réglementation et du statut, la contractualisation est souhaitée par tous.

**Plus de clarté.** Dans chaque ouvrage une thématique revient celle de la confusion des rôles avec en parallèle la multiplication des niveaux hiérarchiques comme des conseils, le tout aboutissant à une perte de temps et à un essoufflement des projets.

Ces ouvrages constituent pour les experts comme pour les décideurs mais aussi les acteurs une mine de réflexions et de propositions. Sont-ils suffisants pour lancer une dynamique ? cela dépend de chacun d'entre nous.

Le prochain ouvrage, auquel le CNKS participera (\*), portera sur la **performance** ...démontrant que nous pouvons demeurer optimiste dans les réformes à venir ...sous réserve de travailler avec les acteurs et donc préférer la démocratie participative à l'expertise aristocratique.

Jean-Paul Ségade

## ASSO VIE de l' ASSO SCOPE



**Samedi 28 janvier 2023**  
**Conseil d'Administration (visio conférence)**

**A l'ordre du jour :**

**Débats et projets autour des questions d'actualité :**

- pratiques avancées,
- accès direct,
- ratios,
- clinicien chercheur,
- tutorat,
- certification professionnelle
- Intelligence Artificielle...



**Préparation de la prochaine STKS 17 mars**

**Préparation des JNKS2023 5/6 octobre @CHURouen**



## ASSO VIE de l' ASSO SCOPE



### A L'ATTENTION DE CELLES & DE CEUX QUI N'ONT PAS ENCORE EU L'OCCASION DE PRENDRE LES QUELQUES MINUTES NECESSAIRES

Parce que ces dernières années  
à l'occasion de participation à nos enquêtes en ligne,  
à une STKS en visioconférence  
ou encore au Séminaire National JNKS

vous êtes devenu membre abonné ou membre correspondant,  
et avez pu ainsi recevoir notre revue KINESCOPE,

nous vous proposons de continuer à participer à la vie  
de **la seule association dédiée spécifiquement**  
à la promotion et à la défense de **l'exercice salarié**  
en renouvelant votre engagement  
et adressant votre **cotisation** grâce au lien ci-dessous :

~~> <https://www.helloasso.com/associations/cnks/adhesions/cnks-2023>

## ASSO VIE de l' ASSO SCOPE



A VOTRE AGENDA

Collège National de la  
Kinésithérapie Salarée  
Association des Kinésithérapeutes et Cadres Kinésithérapeutes  
Vecteur d'idées & lien des kinésithérapeutes salariés

**STKS 7**

Soirée Thématique Kinésithérapie Salarée  
VISIO-CONFERENCE

### EFFECTIFS ↔ RATIOS ? PATIENTS par SOIGNANT ?

Vendredi 17 Mars 2023 de 18 h 00 à 19 h 30



Adaptation effectifs / besoins et activités = « ratios » ?

- nos attentes & nos expériences : parlons-en !
- résultats d'enquête et témoignages ; point sur la PPL JOMIER

Pré-inscription gratuite obligatoire (1) avant lundi 13 mars 2023

Confirmation & codes d'accès par mail, mercredi 15 mars 2022

- selon places disponibles : priorité aux membres adhérents (2) -

(1) <https://www.helloasso.com/associations/cnks/evénements/stks-7-mk-salariee-effectifs-vers-des-ratios>

(2)

<https://www.helloasso.com/associations/cnks/adhésions/cnks-2023>

# ASSO VIE de l' ASSO SCOPE



A VOTRE AGENDA

# cnks

# XXVI<sup>e</sup> JNKS

Journées Nationales de la Kinésithérapie Salarée / Séminaire National

## Jeudi 5 & Vendredi 6 octobre 2023

KINÉSITHÉRAPIE SALARIÉE & PRATIQUES PROFESSIONNELLES | 2021 - 2022 - 2023 |

### PRATIQUE (S) CLINIQUE (S) en (R)EVOLUTION ?

Accès Direct ? Pratique Avancée ?  
Clinicien Chercheur ? Ratios ?  
Certification pro ? Intelligence Artificielle ?



JNKS Session de formation continue conçue et réalisée par le CNKS  
administrée par KOP n° Siret : 38805089000044 - n° de déclaration d'activité 53220872422 - DATADOCK 0035038

JNKS 2023 conçues par

administrées par

en partenariat et avec le soutien de :

cnks

kiné ouest  
prévention

CHU  
ROUEN NORMANDIE

# ANNONCE D'EMPLOI



Le CHU-ROUEN NORMANDIE recrute ...

Nous proposons des postes de Masseurs-Kinésithérapeutes dans divers secteurs d'activités, à temps plein, ou à temps partiel, compatibles avec une activité libérale :

Site de Bois-Guillaume	Site de Charles Nicolle	Site de Boucicaut
<ul style="list-style-type: none"><li>- 100% polyvalent</li><li>- 50 % Polyvalent</li><li>- 30 % SSR soins palliatifs</li><li>- 50 % Médecine gériatrique</li><li>- 100% SSR Gériatrique</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Maison d'Arrêt 15 %</li><li>- Institut du rachis/neurochirurgie 30%</li><li>- Réanimation 50% et Pneumologie 50% remplacement (04 01 AU 26 04 2023)</li><li>- Polyvalent 100%</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- 20 % EHPAD USLD</li></ul>
		Site de Oissel
		100% SSR USLD

Les postes à temps partiel peuvent être cumulés pour faire un temps plein. Par exemple, 50% SSR neurologique couplé avec un 50% polyvalent. Toutes les propositions seront étudiées.

Premier établissement sanitaire de la région Haute-Normandie et premier employeur de la région, le CHU de Rouen dispose de nombreux atouts :

- Un pôle de rééducation : pôle 3 R : rééducation Réinsertion Réadaptation apportant une lisibilité de la rééducation au sein du CHU
- Une équipe pluri professionnelle : masseur-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, pédicures podologues, diététiciens et des enseignants en activité physique adaptée
- Des projets de recherche menés par des kinés, des diététiciennes, ...
- Une offre de soins diversifiée : MCO, SSR, USLD, EHPAD, équipe mobile, ...
- Une variété de profils patients : pédiatrie, adulte, gériatrie
- Un secteur géographique attrayant : 1h de Paris, 1h de Deauville

Si vous êtes intéressé(e) par une de ces offres, vous pouvez :

- Candidater sur le site du CHU
- Adresser un mail au cadres de rééducation en y joignant votre CV et une lettre de motivation, à :  
[Valerie.Martel@chu-rouen.fr](mailto:Valerie.Martel@chu-rouen.fr) pour les sites de Bois Guillaume et St Julien : Tel : 02 32 88 53 41  
[brigitte.perrin@chu-rouen.fr](mailto:brigitte.perrin@chu-rouen.fr) pour le site de Charles Nicolle : Tel : 02 32 88 85 69

Nous restons, bien entendu, à votre disposition par téléphone ou par mail, si vous avez des attentes particulières.

Valérie Martel et Brigitte Perrin  
Cadres de Santé filière Rééducation  
Pôle 3R

Janvier 2023

# EXERCICE SALARIE : EFFECTIFS ... VERS DES RATIOS ?

*L'intention,  
le geste,  
la trace !*



## L'EFFECTIFS - RATIOS L'ESSENTIEL

Au travers de ce dossier KINESCOPE souhaite apporter des éléments de compréhension, d'analyse voire de perspectives quant à l'épineux sujet des effectifs de professionnels de santé au sein des établissements de quelque statut et de quelque taille qu'ils soient.

" Les exigences de la GPMC (Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences), les décrets d'avril 2022 sur les soins critiques, et les orientations des réformes des SSR en SMR, les tensions attractivité-fidélisation dans les métiers de santé dont celui de Kinésithérapeute, toujours métier sensible, ainsi que la prise en compte de la QVT (Qualité de Vie au Travail), conduisent inexorablement à prévoir, organiser l'adaptation des effectifs aux besoins et activités de santé et à générer une politique dynamique en faveur de la définition de « ratios ».

Un sujet récurrent, délicat, que les élus et tutelles ont soigneusement globalement éludé depuis des décennies ; un sujet qui compte tenu des crises successives conduit de plus en plus de voix à interroger la question de l'adéquation de l'offre et de la demande ; un sujet qui conduit de plus en plus d'organisations et de représentations des professionnels, des tutelles, des bénéficiaires, et de politiques à prôner ouvertement l'instauration de « ratios patients / soignant(s) ».

Dans ce dossier de KINESCOPE, le CNKS vous propose de parcourir « **L'INTENTION, LE GESTE & LA TRACE** » d'une réforme à venir ?

" Ne cherchez que le possible :  
apprenez à fond votre profession,  
et suivez-la avec persévérance. "

Proverbe français ; Le recueil d'apophtegmes et axiomes (1894)

## RATIO : KESACO ?

Selon le dictionnaire de l'Académie Française il s'agit d'un mot latin, signifiant proprement « calcul, compte, raisonnement », dérivé de « reri » qui signifie « calculer ». Il est clairement attribué originellement *« au domaine de la comptabilité et des finances et se caractérise par un apport arithmétique établi entre deux grandeurs significatives, pour apprécier la situation financière d'une entreprise ou d'un organisme. Le ratio d'endettement d'une entreprise, le montant de ses dettes rapporté au total de ses actifs. Le ratio des frais de gestion d'un fonds, le montant de ces frais rapporté à l'actif total du fonds »*

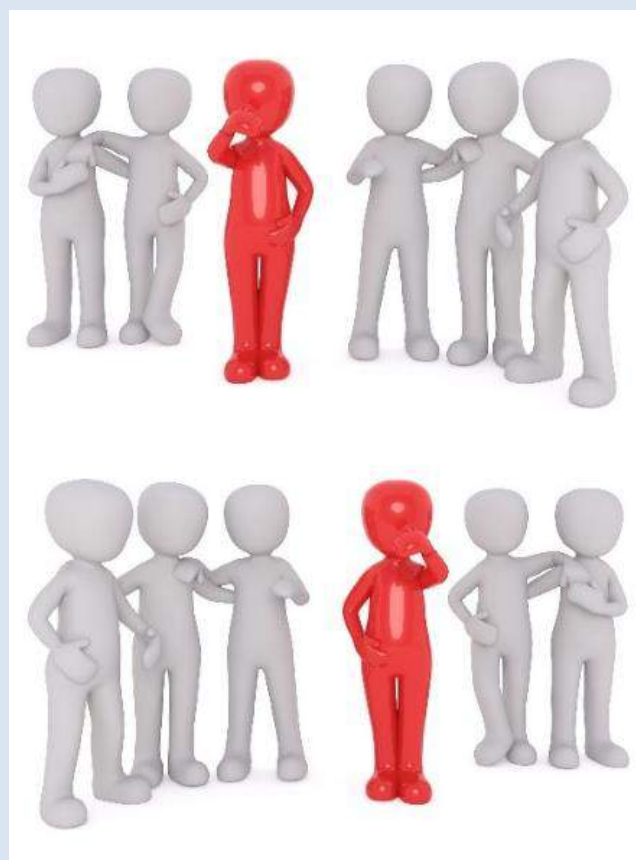
Pour le dictionnaire ROBERT ce nom masculin est un anglicisme qui en *« Économie signe le rapport de deux grandeurs variables, où certaines de ces grandeurs se voient attribuer une signification particulière »*.

Quant au dictionnaire LAROUSSE ce nom masculin, tiré de l'anglais « ratio » et du latin « ratio » signifiant calcul est un *« rapport entre deux grandeurs significatives d'un bilan ou d'un compte de résultat, utilisé comme indicateur de gestion de l'entreprise »*.

*En sciences économique c'est un rapport significatif entre deux données chiffrées caractéristiques de la situation d'une entreprise, qui s'exprime sous forme de pourcentage ou de quotient (d'apr. Gestion fin. 1982). Ratio d'exploitation, de bilan ; ratio d'équilibre financier, de financement, de trésorerie ; ratios techniques. Les ratios sont réels, s'ils sont basés sur les statistiques ou les données comptables de l'entreprise, standards s'ils sont prévisionnels ou théoriques, pilotes s'ils constituent un but à atteindre (Romeuft. 21958).*

Si on perçoit aisément cette notion de rapport mathématique, comptable entre deux valeurs et l'application de cette fonction au domaine financier on est en droit de s'interroger sur les causes de son apparition dans les discours du monde de la santé. Une apparition, certes dans les discours y compris écrits dans certains articles, mais qui à ce jour ne recouvre pas une réalité juridique, réglementaire ... ! Rien dans le Code de la Santé Publique, ni dans le Code la Fonction Publique Hospitalière, rien dans les Conventions Collectives du secteur de la santé ... lesquels, avec beaucoup (trop ?) de précautions, caractérisent l'adaptation de l'offre à la demande, de la ressource humaine aux besoins des bénéficiaires, en utilisant le seul mot « d'effectif(s) », parfois en nommant en genre et en nombre telle ou telle profession ou corps de métier, et de façon très spécifique et sériée en regard d'un nombre de lits. ( Réa ....)

Force est de reconnaître que la « production de soins » pour un patient donné ne peut être réellement et universellement standardisée comme on peut le faire dans l'industrie nonobstant là aussi les pannes, défaillances, et autres événements indésirables ; alors en matière humaine !





# RATIOS : un premier pas avec la réforme des SSR en SMR ?

## Des ratios de rééducateurs dans les SMR ?

Olivier Saltarelli, Secrétaire Général

" Les exigences de la GPMC (Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences), les décrets d'avril 2022 sur les soins critiques, et les orientations des réformes des SSR en SMR, les tensions attractivité-fidélisation dans les métiers de santé dont celui de Kinésithérapeute, toujours métier sensible, ainsi que la prise en compte de la QVT (Qualité de Vie au Travail), conduisent inexorablement à prévoir, organiser l'adaptation des effectifs aux besoins et activités de santé et à générer une politique dynamique en faveur de la définition de « ratios ».

C'est l'occasion pour le CNKS de faire le point des évolutions structurelles, systémiques, législatives et statutaires, et de recueillir l'avis des kinésithérapeutes et cadres de santé de rééducation des établissements publics et privés ».

Les décrets 2022-24 et 2022-25 du 11 janvier sont venus définir la fin des SSR au profit des Services Médicaux et de Réadaptation (SMR).

Ces 2 décrets visent à conforter la place des SMR dans le parcours de soin du patient. Ils précisent les professions de rééducation, entre autres, qui sont nécessaires mais sans plus de précision quant à la prise en soins des patients, en particulier sur les durées.

Le Bulletin Officiel « Santé, Protection Sociale, Solidarité » n°21, en date de 17 octobre 2022, apporte de nombreuses précisions quant aux missions fondamentales de ces SMR, et la structuration de leur(s) activité(s).

Ce Bulletin Officiel précise, par mention de SMR, les professionnels de rééducation / réadaptation dont la présence est obligatoire / recommandée / facultative.

De plus, il précise pour certains de ces SMR les durées « minimales » de prises en soins de rééducation / réadaptation (PESR) préconisées.

Mention SMR	Compétences non médicales										
	M - Kiné	Ergo	Ortho - phoniste	Neuro - psycho	Psycho	Psycho - Motricien	Ens - APA	Diét - Nutri	Ortho prothésiste	Pédi - Podo	Ortho - ptiste
Polyvalent	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire
Gériatrie	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire
Locomoteur	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire
Système nerveux	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire
Cardio-Vasculaire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire
Pneumologie	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire
Système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire
Brûlés	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire
Conduites addictives	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire
Oncologie	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire
Oncologie et Hématologie	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire
Pédiatrie + Jeunes enfants, Enfants et Adolescents	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire

Obligatoire  
 Recommandé  
 Facultatif

Figure 1 : Compétences de rééducation par mention de SMR

Mention SMR	Durée recommandée de PES de rééducation pluridisciplinaire, par jour
Polyvalent	
Gériatrie	2h
Locomoteur	2h
Système nerveux	2h
Cardio-Vasculaire	3h
Pneumologie	2h
Système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition	
Brûlés	2h
Conduites addictives	3h
Oncologie	
Oncologie et Hématologie	
Pédiatrie + Jeunes enfants, Enfants et Adolescents	

Figure 2 : Durée de Prise en Soins de rééducation, pluridisciplinaire, par jour, par patient

Ces différents éléments permettent de réfléchir ainsi à des maquettes de nombre de rééducateurs par type de SMR (a minima pour ceux pour qui des durées de prises en soins sont précisées).

Ci-après, une proposition du nombre de professionnels de rééducation/réadaptation, pour un Centre Hospitalier, en fonction des professions de rééducation/réadaptation déjà présente au sein de la structure.

Pour ces calculs, les PESR ont été calculées comme des PESR individuelles, sauf pour la mention « gériatrie » où les PESR pour les Educateurs APA ont été calculées dans le cadre de prises en soin collectives.

Les ETP requis sont calculés sur la base de : 1 ETP/ jour = 1,23 ETP requis (pour compenser les congés et les RTT), de plus est appliquée une compensation de l'absentéisme « ordinaire » (arrêt maladie, enfant malade, formation...) équivalent à 5% du temps de travail.

L'affectation du nombre de PESR est effectuée en fonction des compétences « obligatoires/recommandées » telles que définies dans le Bulletin Officiel (figure 1).

## Ci-après un exemple fictif de calcul d'effectif d'un établissement disposant de 26 lits SMR MPR (13 Neuro et 13 Ortho) 44 lits de SMR CLS 6 LITS HDJ MPR (2 Neuro et 4 Ortho)

Calcul des ETP requis, en fonction des directives portant sur les SMR -  
BO "Santé - Protection Sociale - Solidarité" n°21 du 17/10/2022

nb de lits	Temps minimum de prise en soins par semaine/patient en heure, sur la base de 30 min/patient						Nb heure minimum Rééducateur/semaine/SMR						ETP Rééducateur/jour / SMR (hors congés + compensation absentéisme)							
	MK	Ergo	E-APA	PM	Ortho	Neuropsych	MK	Ergo	E-APA	PM	Ortho	Neuropsych	MK	Ergo	E-APA	PM	Ortho	Neuropsych		
	<b>SMR MPR</b>																			
26																				
Neuro	13	2,5	2,5	0,5	1,5	2,5	0,5	32,5	5	32,5	6,5	19,5	32,5	6,5	0,93	0,93	0,19	0,56	0,93	0,19
Ortho	13	3	3	2,5	1,5	0	39	39	32,5	19,5	0	0	1,11	1,11	0,93	0,56	0,00	0,00		

nb de lits	Temps minimum de prise en soins par semaine/patient en heure, sur la base de 30 min/patient						Nb heure minimum Rééducateur/semaine/SMR						ETP Rééducateur/jour/SMR (hors congés + compensation absentéisme)					
	MK	Ergo	E-APA	PM	Ortho	Neuropsych	MK	Ergo	E-APA	PM	Ortho	Neuropsych	MK	Ergo	E-APA	PM	Ortho	Neuropsych
	<b>SMR CMLS</b>																	
SMR A	22	3	3	2,5	1,5	0	66	66	13,75	33	0	0	1,89	1,89	0,39	0,94	0,00	0,00
SMR B	22	3	3	2,5	1,5	0	66	66	13,75	33	0	0	1,89	1,89	0,39	0,94	0,00	0,00

nb de lits	Temps minimum de prise en soins par semaine/patient en heure, sur la base de 30 min/patient						Nb heure minimum Rééducateur/semaine/SMR						ETP Rééducateur/jour/SMR (hors congés + compensation absentéisme)						
	MK	Ergo	E-APA	PM	Ortho	Neuropsych	MK	Ergo	E-APA	PM	Ortho	Neuropsych	MK	Ergo	E-APA	PM	Ortho	Neuropsych	
	<b>HDJ MPR</b>																		
Neuro	2	2,5	2,5	0,5	1,5	2,5	0,5	5	5	1	3	5	1	0,14	0,14	0,03	0,09	0,14	0,03
Ortho	4	3	3	2,5	1,5	0	12	12	10	6	0	0	0,34	0,34	0,29	0,17	0,00	0,00	

<b>TOTAL SMR</b>																			
		<b>Besoin ETP par jour</b>						<b>6,30</b>	<b>6,30</b>	<b>2,21</b>	<b>3,26</b>	<b>1,07</b>	<b>0,21</b>						
		<b>ETP, avec congés</b>						<b>7,75</b>	<b>7,75</b>	<b>2,72</b>	<b>4,01</b>	<b>1,32</b>	<b>0,26</b>						
		<b>ETP, avec compensation absentéisme</b>						<b>8,14</b>	<b>8,14</b>	<b>2,86</b>	<b>4,21</b>	<b>1,38</b>	<b>0,28</b>						

## Ratios « soignants par patient » et activités de réadaptation

L'avis de Jean-Pascal Devailly, Président du SYFMER 20 01 2023

### Introduction

Dans un contexte de contraintes budgétaires croissantes, d'augmentation de la charge de travail, d'insatisfaction du personnel sur les conditions de travail et de pénurie de personnel, disposer d'une méthode de calcul objective des effectifs est devenu primordial pour les responsables d'activités cliniques afin de garantir un dialogue de confiance avec les dirigeants des établissements. L'évolution prévisible des dépenses n'est pas couverte par la progression de l'ONDAM et de multiples organisations dont les conférences de présidents de CME et les fédérations hospitalières appellent aujourd'hui à l'utilisation de ratios soignants par patient significativement renforcés et contrôlés par des mécanismes réglementaires.

De multiples études internationales ont montré l'impact des **ratios soignants par patient** sur la qualité des soins. Ces études portent essentiellement sur les ratios infirmiers (1). Dans le domaine de la réadaptation, outre les ratios infirmiers, des ratios adaptés de professionnels de réadaptation permettraient de réduire les durées de séjour et d'augmenter la rapidité des gains fonctionnels (2). Pour les activités de réadaptation, trois facteurs sont nécessaires pour déterminer des ratios soignants par patient : le périmètre institutionnel des prestataires (autorisations), le profil de patients qui renvoie à la notion de groupe homogène de patients et de programmes de soins, et les fonctions principales du programme au regard de la nouvelle instruction complémentaire aux décrets relatifs aux Soins médicaux et de réadaptation (SMR) du 11 janvier 2022.

### 1. Cadre conceptuel : l'impact de l'instruction du 28 septembre 2022

Si la réadaptation est un concept international bien établi, il n'était pas clairement identifié en France. A cet égard l'instruction complémentaire aux décrets SMR du 28 septembre 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations d'activité des SMR (3), en définissant les missions des nouveaux SMR, introduit une nouvelle nomenclature qui épouse les catégories des stratégies de santé de l'OMS ainsi que les fonctions du Système international des comptes de la santé (ICHA).

Les cinq missions des SMR sont selon l'instruction : la prévention, les soins médicaux curatifs ou palliatifs, la réadaptation, les soins de transition et la coordination.

**Les soins médicaux** sont des soins curatifs prolongés, voire palliatifs, post aigus et subaigus en amont ou en aval des hospitalisations aiguës ou en provenance directe du domicile. Cette définition rejoint la fonction HC.1 de l'ICHA.

**La réadaptation** « a pour objectif premier une amélioration fonctionnelle du patient par une réduction des déficiences et/ou une augmentation des activités ». Cette définition rejoint la définition de l'OMS et la fonction HC.2 de l'ICHA.

L'OMS définit la réadaptation comme « un ensemble d'interventions conçues pour optimiser le fonctionnement et réduire le handicap des personnes souffrant de problèmes de santé lorsqu'elles interagissent avec leur environnement ».

**Les soins de transition** correspondent à une mission composée de plusieurs fonctions. **La fonction principale est la fonction d'accompagnement de la perte d'autonomie**, fonction HC.3 de l'ICHA, pour des patients qui ont un besoin réduit en soins curatifs et en réadaptation mais pour lesquels les facteurs socio-environnementaux interdisent la sortie de l'hôpital. La fonction HC.3 seule ne justifierait pas l'hospitalisation en SMR.

L'instruction introduit une nouvelle nomenclature qui impacte potentiellement l'ensemble du système de santé puisqu'elle s'applique largement en dehors du seul secteur des SMR. Des fonctions de l'ICHA dépendent en effet les catégories du système d'information, de comptabilité et de financement des différents secteurs.

## Les activités de réadaptation : le critère d'homogénéité

Pour déterminer des ratios il ne suffit pas de définir les fonctions principales des unités de soins. Si cela constitue un préalable indispensable, il faut que le critère d'homogénéité soit respecté : pour des profils de patients proches sont appliqués des programmes de soins formalisés et fondés sur les preuves et ces programmes sont financés de telle sorte qu'ils remboursent les moyens techniques et humains formalisés dans les programmes. Ces programmes doivent être homogènes en termes de procédures et de coûts pour le groupe de patients considéré. **Ces programmes de soins sont garants de l'homogénéité des activités et de la justification des ratios.** Ainsi s'accordent logiques clinique et gestionnaire.

## 2. Evolution des ratios et des recommandations dans le champ de la réadaptation

En France, il existe quelques normes d'effectifs en personnel concernant les soins critiques (3), la dialyse, les soins intensifs de cardiologie, les blocs obstétricaux. Pour les autres services, la dotation en effectifs est spécifique à chaque établissement selon ses propres critères. Il n'existe pas de normes relatives aux ratios dans le champ des SSR / SMR ni plus généralement dans le champ de la réadaptation. Ce sont donc des recommandations professionnelles non opposables établies par les syndicats, les sociétés savantes ou les ARS qui sont utilisées dans les négociations relatives aux effectifs alloués aux unités dans les établissements. La pression budgétaire rend ces recommandations de moins en moins opérantes face aux modes de calculs imposés par les directions.

Ces recommandations sont remarquablement stables au cours du temps. Nous citons en référence les recommandations pour les SSR spécialisés avec mention système nerveux (5) et appareil locomoteur (6) de 2006 ainsi que le rapport intitulé « Un programme pour la gériatrie », publié également en 2006 (7).

## 3. Avantages attendus des ratios

Il s'agit avant tout d'éviter que la qualité des soins soit utilisée comme variable d'ajustement à la pression budgétaire. La loi HPST et les réformes de la gouvernance hospitalière ont placé le DRH et le Directeur des soins (DS ou CGS), responsable des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques au cœur de la régulation des effectifs des établissements. Le pouvoir de négociation des professionnels dans ce domaine a été considérablement réduit et les logiques financières ont fait largement oublier l'intérêt des recommandations professionnelles. Pour autant il n'existe aucune méthode nationale reconnue de détermination des ratios et il n'y a pas de système de *benchmarking* opérationnel. La base de Reims, outil de *benchmarking*, établit des comparaisons entre établissements sur les effectifs soignants et médicaux au regard de leurs activités. Elle ne concerne que les établissements de grande capacité (CHU / CHR), elle reste confidentielle et les directions font surtout appel à leur réseau de connaissances pour se comparer (8).

L'absence d'unité méthodologique a contraint les hôpitaux à définir leurs propres méthodes de travail fondées sur le nombre de lits, les taux d'occupation, l'IPDMS, le poids moyen du cas traité (PMCT), le projet médical, la charge de travail, la typologie des patients, l'activité, organisation du travail. Certains établissements intègrent l'absentéisme, le turn-over, l'architecture. La prise en compte de la charge de travail dépend de chaque structure.



Les risques que ce bricolage institutionnel fait courir aux patients ont été abondamment décrits dans la littérature internationale. Ils étaient peu évoqués en France jusqu'à la pandémie COVID-19. La baisse tendancielle de la qualité des soins est évoquée, avec l'augmentation de charge de travail et la détérioration des conditions de travail qui l'accompagnent, comme la cause principale de la souffrance au travail des soignants. Cette dernière s'inscrit dans un grand désenchantement hospitalier ayant notamment pour conséquence la pénurie de personnel.

Outre la nécessité d'enrayer la machine infernale du désenchantement, l'utilisation des ratios et plus généralement des conditions de fonctionnement réglementaires robustes, fondées sur des activités homogènes et des *casemix*, ou éventails de cas, conçus à partir de programme de soins est un des meilleurs moyens pour articuler la logique professionnelle et la logique de gestion.

**En l'absence de ratios exigeants**, la réduction du taux de qualification risque d'être recherchée : moins d'infirmières et plus d'aides-soignants, ou la création éventuelle d'assistants de réadaptation. Par ailleurs, **les substitutions inadaptées de professionnels de réadaptation** vont se multiplier par exemple entre masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens et Enseignants en Activité Physique Adaptée (EAPA). Encore plus préoccupante est la substitution par des interventions hors champ de la réadaptation.

**Le risque de réduction des temps de réadaptation** délivrée par les professionnels est lié à la possibilité de réduire la durée ou la fréquence des séances mais aussi de multiplier les séances de réadaptation collective au détriment du temps de réadaptation individuelle, ce d'autant qu'en terme de valorisation les pondérations du CSARR restent calculées à partir de moyennes de temps quelle que soit l'autorisation SMR. Cela favorise à la fois le lissage des temps entre les unités spécialisées ou non, ainsi que la surpondération des séances collectives.

## 4. Risques et freins à l'établissement des ratios

Un premier risque évoqué au niveau des grands équilibres macroéconomiques c'est de « faire sauter la banque » en d'autres termes de dépasser largement les perspectives de l'ONDAM. L'ONDAM étant en théorie fondée sur une estimation technique des besoins c'est avant tout la rationalité de la détermination actuelle des besoins et des catégories qui les décrivent qui doit être interrogée.

Au niveau « méso » des organisations, les managers de santé craignent de ne pas pouvoir s'adapter à des ratios trop contraignants, en situation quasi quotidienne de procédures dégradées. Ils redoutent de ce fait la fermeture de lits supplémentaires. La mutualisation des équipes, infirmières ou de réadaptation, apporte une plus grande flexibilité organisationnelle en situation de pénurie. Elle permet de pallier plus facilement des variations d'effectifs dans les unités, mais au prix d'une baisse de la qualité des soins et de la vie au travail. A cet égard, il importe de distinguer les **activités à forte densité de réadaptation** comme les SMR spécialisés, où l'on rendra les équipes plus magnétiques et plus efficaces par des ratios définis pour un nombre de patients et une activité ciblée, et les **secteurs requérant un nombre plus restreint de professionnels**. Les professions de réadaptation sont souvent des « professions rares » à l'hôpital et requièrent des ratios fixés pour un large périmètre d'activités.

**Au niveau micro-économique** les ratios apparaissent contraires à la logique de la *yardstick competition* ou compétition par comparaison. Ce principe est celui qui sous-tend la notion de puissance des systèmes de paiement comme la T2A, qui est la capacité à provoquer des restructurations favorables à la performance telle que définie par les fonctions de production de ces modes de paiement prospectifs : la fonction est de produire de groupes homogènes de malades selon un modèle d'activités essentiellement curatives.

**Des risques d'inégalités des soins sont préoccupants dès lors** que les ratios ne concernent qu'une partie des activités, comme dans le cas des soins critiques. Le respect de contraintes trop asymétriques entre les diverses activités ne serait pas tenable puisqu'il ferait porter la charge de la pénurie sur les unités non normées.

## 5. Perspectives : le *statu quo* n'est pas une option

**Le périmètre des professionnels de réadaptation** reste un problème fondamental en France avec 32 métiers codeurs du CSARR, un chiffre exubérant au regard des professions marqueuses de la réadaptation à l'étranger en général au nombre de 8 à 9. De ce fait les garanties que semblent apporter la mention de temps de réadaptation dans l'instruction complémentaire du 27 septembre 2022 sont purement illusoires : réaliser deux heures de réadaptation en offrant des soins non spécifiques de la réadaptation comme l'éducation thérapeutique, des soins de bien être, de confort voire des médecines complémentaires et en usant des actes collectifs plus que de raison au regard des soins individuels enlève toute robustesse à cette indication de temps. C'est là une orientation majeure pour ce que serait une réforme aboutie des SMR (8).

**Nous avons à plusieurs reprises prôné l'articulation des autorisations et des financements des SMR** (9). Pour cela nous préconisons un financement à la séquence fondé sur la finalité principale au sens de l'ICHA. L'émergence de la mission de réadaptation en France dans l'instruction complémentaire, après une longue occultation liée à la fragmentation entre soins et social, rend opérationnelle la notion de santé fonctionnelle citée par le HCSP qui n'est autre que la santé selon l'ensemble des dimensions de la Classification Internationale du Fonctionnement du Handicap et de la Santé (CIF). Elle ouvre la voie à l'allocation par destination des soins proposée par le HCAAM en avril 2021, elle répond à la demande de spécification des SSR par la Cour des Comptes depuis 2012. Enfin l'instruction complémentaire aux décrets de 2022, s'inscrit en antagonisme avec la typologie des filières du Rapport Sibille en laissant apparaître le besoin d'une filière de réadaptation structurée en tant que telle, en accord avec les modèles internationaux de l'OCDE et les appels à l'action de de l'OMS.

## Prélude à de nouvelles recommandations au sein et au-delà des SMR

L'établissement de ratios pour les activités de réadaptation françaises suppose leur homogénéité. L'articulation entre **prestataires** (exemple SMR), **fonctions** (ex réadaptation) et **programmes de soins** repérés par les profils de patients proches est indispensable.

**La première condition est une définition précise des missions** comme dans le cas des SMR ou les critères d'orientation ne pouvaient que rester flous en l'absence de nomenclature fonctionnelle. Les recommandations étrangères sont fondées sur la mission de réadaptation, par exemple dans le secteur des soins post-aigus ou *post-acute care* (subdivisés en général en *subacute care* et *non acute care*). Les mentions spécialisées des SMR français ne précisent pas l'intensité des trois fonctions curative, de réadaptation et de soins accompagnant une perte d'autonomie stabilisée. Les ratios peuvent difficilement se concevoir avec les mêmes effectifs requis pour des séquences correspondant à des programmes de soins d'objectifs hétérogènes selon ces trois finalités principales. Les ratios dits de réadaptation doivent donc être appliqués à des *casemix* correspondant à des séquences dont la finalité est la réadaptation (11).

**Des ratios par grand type de prestataire ne suffisent pas**, il faut aller jusqu'à une typologie assez simple reliant une grande fonction des soins avec des profils homogènes de patients : exemple la réadaptation des amputés, des cérébrolésés, des blessés médullaires en SMR spécialisés. Cette approche privilégiée à l'étranger définit clairement périmètre du prestataire (exemple activité SMR par autorisation), les grands profils de patients et les finalités principales des programmes de soins que les autorisations SMR ne pouvaient décliner avant la récente définition de leurs missions.

Nous proposons la traduction adaptée à la situation française d'un **tableau australien de ratios pour 10 lits**, relatif aux activités de réadaptation spécialisées en réadaptation des affections du système nerveux et de l'appareil locomoteur. Les chiffres sont les chiffres originaux, les colonnes en jaune sont ajoutées (12).

Le tableau 1 donne les effectifs pour un programme de réadaptation de 5/7 jours. De ce fait, un programme de 6/7 ou 7/7 jours requiert du personnel supplémentaire. Ces effectifs n'incluent pas les activités d'enseignement et de recherche **ni le personnel nécessaire pour remplacer le personnel absent**.

**Une adaptation à la situation française** nécessite, outre la définition associée de ratio en **médecins, en infirmières et en aides-soignants** (13) de préciser le contour des « professions de réadaptation ». En France, il est indispensable d'intégrer notamment les psychomotriciens, les EAPA et les orthoprothésistes.

Les ratios doivent être **définis pour les différents champ de la réadaptation médicale** : réadaptation cardiaque, pulmonaire etc. avec les organisations *ad hoc*. Ils devraient l'être également pour les secteurs MCO et SLD, ainsi que pour les différents modes de prise en charge : hospitalisation conventionnelle, de jour, soins ambulatoires et à domicile.

La **gradation des niveaux de soins** intervient dans certains pays comme le Royaume Uni, mais le système actuel des expertises en SMR n'étant pas fondé sur des profils homogènes de patients, une telle approche paraît prématurée.

Enfin, l'inclusion dans les profils de patients suppose l'évaluation **du potentiel de réadaptation qui repose à l'étranger sur différentes méthodes** : orientation clinique et score GG dérivé de la Mesure de l'indépendance fonctionnelle (MIF) aux USA ou score de complexité de la réadaptation au Royaume Uni.

**Tableau 1**

Profil des patients requérant un programme de réadaptation spécialisée	Infirmière	Aide-soignant	Kinésithérapeute	Ergothérapeute	Orthophoniste	Psychologue / neuropsychologue	Psychomotricien	Dietéticien	Assistant social	EAPA
Amputation			1,5	1	Cs*	Cs*		0,4	0,6	
AVC / système-nerveux			1,5	1,5	1,5	1		0,5	1	
Lésions médullaires			2	2	0,25	0,8		0,4	1,2	
Traumatisés crâniens			1,5	1,5	1,5	1,6		0,5	1,2	
Traumatisme majeur**			1,5	1,2	0,2	0,9		0,6	1	
Appareil locomoteur			1,25	0,8	0,1	0,2		0,4	0,5	
Reconditionnement et restauration			1,25	1,2	0,2	0,8		0,5	1	

\*CS indique l'accessibilité à une consultation en cas de besoin. \*\*Traumatisme majeur est défini comme traumatisme multi systémique complexe pouvant inclure un traumatisme médullaire ou crânien.

Une proposition de loi déposée par le sénateur Bernard Jomier est en cours de discussion. Elle a pour objectif de garantir des ratios soignants par patients afin de mettre fin à la perte de sens au travail des soignants relevée par une commission d'enquête du Sénat sur l'hôpital présentée fin mars 2022. Les organisations professionnelles, les fédérations hospitalières et les pouvoirs publics doivent travailler en synergie pour déterminer des ratios soignants par patient significativement renforcés, contrôlés par un mécanisme d'alerte robuste et applicables aux diverses activités de réadaptation. Adoptée au Sénat cette proposition de Loi doit prochainement être étudiée à l'Assemblée Nationale.

1. McHugh MD, Aiken LH, Sloane DM, Windsor C, Douglas C, Yates P. Effects of nurse-to-patient ratio legislation on nurse staffing and patient mortality, readmissions, and length of stay: a prospective study in a panel of hospitals. *Lancet*. 2021 May 22;397(10288):1905-1913.
2. Ottenbacher KJ, Smith PM, Illig SB, Linn RT, Ostir GV, Granger CV. Trends in Length of Stay, Living Setting, Functional Outcome, and Mortality Following Medical Rehabilitation. *JAMA*. 2004; 292(14):1687-1695.
3. INSTRUCTION N° DGOS/R4/2022/210 du 28 septembre 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations d'activité des soins médicaux et de réadaptation
4. Décret n° 2022-694 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins critiques
5. La prise en charge des affections traumatiques, dégénératives et inflammatoires de l'appareil locomoteur de l'adulte en Soins de Suite et de Réadaptation. Proposition FEDMER-SOFMER. 2006.
6. La prise en charge des affections du Système Nerveux de l'adulte en Soins de Suite et de Réadaptation. Proposition FEDMER-SOFMER 2006.
7. Jeandel C, Pfitzenmeyer P, Vigouroux P. Un programme pour la gériatrie. Rapport avril 2006.
8. « Qualité et sécurité des soins dans les établissements de santé : quels ratios d'effectifs dans les services de soins et comment sont-ils calculés ? » EHESP. 2016
- 9 et 10. Devailly JP. SSR : conditions et enjeux d'une réforme ambitieuse *Gestions hospitalières*. 2021 ; n° 611 : 588-595
11. Cartmill, L., Comans, T.A., Clark, M.J. et al. Using staffing ratios for workforce planning: evidence on nine allied health professions. *Hum Resour Health*. 10, 2 (2012).
12. Standards for the provision of Inpatient Adult Rehabilitation Medicine Services in Public and Private Hospitals The Royal Australasian College of Physicians Australasian Faculty of Rehabilitation Medicine (AFRM). Février 2019
13. Factors to Consider in Decisions About Staffing in Rehabilitation Nursing Settings Site de l'Association of Rehabilitation Nurses. Consulté le 20/11/2022.

# RATIOS : un deuxième pas avec la PPL\* Jomier ?

(\*) ProPosition de Loi



## COMMUNIQUE DE PRESSE

2023.01.24

### Proposition de Loi « RATIOS SOIGNANTS par PATIENTS » : RATIONALISATION ou RATIONNEMENT ?

L'Union InterProfessionnelle des Associations de Rééducateurs et Médicotechniques (UIPARM) réunie le vendredi 20 janvier 2023

- a pris **acte de l'intérêt** que la représentation nationale sénatoriale porte aux difficultés d'effectifs en regard des charges de travail des personnels soignants des établissements de santé et souhaite traduire par une proposition de loi ...
- mais **s'étonne et regrette amèrement** que l'organisation, par la rapporteure, des auditions d'organisation professionnelles hémi-néglige l'avis de l'ensemble des professionnels rééducateurs et médicotechniques des établissements de santé et de leur encadrement, dont les rôles sont indispensables aux différentes prises en soins et en charge des patients hospitalisés dans les hôpitaux publics ou privés,
- **s'inquiète** de l'éventuel aboutissement d'une PPL **qui ne viserait que** les collègues infirmiers et aides-soignants, tant la situation de **tension des effectifs touche l'ensemble des paramédicaux** du fait d'une perte d'attractivité de l'exercice dans les établissements voire d'une perte de sens de l'utilité sociale des professions et métiers.

L'UIPARM et ses organisations constituantes estiment, dans tous les cas, que la recherche indispensable de sécurité et de qualité

- des soins et actes contributifs aux diagnostics et aux traitements dus aux patients,
- de condition d'exercice, de qualité de vie et de sens au travail des professionnels de santé

**ne peut se suffire de l'édiction de ratios minimaux, qui pourraient s'avérer contre productifs et délétères sur l'activité et l'adaptabilité à un surcroît temporaire ou pérenne des besoins.**

L'UIPARM estime que, pour permettre une adéquation de l'offre de soins à la demande, toute disposition d'ordre législatif ou réglementaire visant à établir des ratios doit s'accompagner impérativement :

- d'une **politique de fidélisation** volontariste qui permette aux professionnels une véritable reconnaissance par le plein épanouissement, le plein développement et la pleine réalisation de l'élaboration de leurs potentiels et ambitions,
- de l'élaboration - avec les professionnels concernés par filière - de **véritables outils d'analyses des charges de travail adaptables et modulables** aux évolutions des attentes, des besoins et des ressources technologiques et humaines.

#### Contacts presse :

- *Didier Prudent, Président UIPARM, [www.uiparm.fr](http://www.uiparm.fr) et Jean Pierre Frémond, Vice-Président UIPARM, Président CN3PH*
- **Communication UIPARM, Pierre-Henri Haller Tél. 06 62 37 08 03**
- *Ghislain Grodard-Humbert, Président AFDN (Association Française des Diététiciens Nutritionnistes) Tél. 07 87 09 04 39*
- *Matthieu Caby, Président AFPPE (Association Française du Personnel Paramédical d'Electroradiologie), Tél. 06 87 57 35 63*
- *Edwige Caroff, Présidente AFTLM (Association Française des Techniciens de Laboratoire Médical), Tél. 06 98 94 44 38*
- *Amaud Schabaille, Président ANFE (Association Nationale Française des Ergothérapeutes), Tél. 01 45 84 30 97*
- *Sylvette Garrigou, Présidente ANPPH (Association Nationale des Préparateurs en Pharmacie Hospitalière) Tél. 06 08 25 22 61 / 06 14 62 71 42*
- *Pierre-Henri Haller, Président CNKS (Collège National de la Kinésithérapie Salarisée) Tél. 06 62 37 08 03*

N° 47 SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2022-2023

1 février 2023

## PROPOSITION DE LOI

### relative à l'instauration d'un nombre minimum de soignants par patient hospitalisé

Le Sénat a adopté, en première lecture, la proposition de loi dont la teneur suit :

Proposition de loi relative à l'instauration d'un nombre minimum de soignants par patient hospitalisé

Article unique

I. – Après le 4° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 4° bis ainsi rédigé :

« 4° bis Établir, pour **chaque spécialité et type d'activité de soin hospitalier** et en tenant compte de la charge de soins associée, un ratio minimal de soignants, par lit ouvert ou par nombre de passages pour les activités ambulatoires, de nature à garantir la qualité et la sécurité des soins ; ».

I bis (nouveau). – Le chapitre IV du titre II du livre Ier de la sixième partie du code de la santé publique est complété par des articles L. 6124-2 à L. 6124-5 ainsi rédigés :

« Art. L. 6124-2. – Pour des raisons de sécurité, certaines activités de soins peuvent être soumises à des conditions de fonctionnement particulières requises pour l'accueil de patients. Celles-ci sont fixées par décret pour une période maximale de cinq ans.

« Art. L. 6124-3. – En vue de garantir la qualité des soins et des conditions d'exercice, il est défini, pour **chaque spécialité et type d'activité de soin hospitalier**, un **ratio minimal de soignants** par lit ouvert ou par nombre de passages pour les activités ambulatoires.

« Le ratio prévu au premier alinéa est établi par décret, pris après l'avis de la Haute Autorité de santé, pour une **période maximale de cinq ans**. Il tient compte de la charge de soins liée à l'activité et peut distinguer les besoins spécifiques à la spécialisation et à la taille de l'établissement.

« Art. L. 6124-4. – Dans les établissements assurant le service public hospitalier au sens du chapitre II du présent titre, l'organisation des soins propre aux services de l'établissement au regard des ratios définis en application de l'article L. 6124-3 est soumise pour approbation aux commissions médicales et chargées des soins infirmiers, de **rééducation** et médico-techniques.

« Art. L. 6124-5. – Dans les établissements assurant le service public hospitalier au sens du chapitre II du présent titre, lorsqu'il est constaté pour une unité de soins que les ratios définis à l'article L. 6124-2 ne peuvent être respectés **pendant une durée supérieure à trois jours**, le chef d'établissement en informe le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétent. »

II et III. – (Supprimés)

IV (nouveau). – A. – Le I entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 31 décembre 2024.

B. – Le I bis entre en vigueur le 1er janvier 2027.

Délibéré en séance publique, à Paris, le 1 février 2023.

Le Président,

Signé : Gérard LARCHER



## DEBATS AVANT LE VOTE sur la PPL Nombre minimum de soignants par patient hospitalisé

M. le président. - L'ordre du jour appelle la discussion de la proposition de loi relative à l'instauration d'un nombre minimum de soignants par patient hospitalisé, présentée par M. Bernard Jomier et plusieurs de ses collègues.

Discussion générale

**M. Bernard Jomier**, auteur de la proposition de loi. - (*Applaudissements sur les travées du groupe SER et du GEST*) À la mi-janvier, les infirmières de l'État de New York ont obtenu, à l'issue d'un mouvement massif, des ratios de soignants par patient.

Il n'y a pas que la France qui a voulu résoudre ses contraintes budgétaires en réduisant le nombre de soignants ou le nombre de lits... Couplée à la stagnation des rémunérations, cette ligne a eu le même effet partout : les soignants ont quitté l'hôpital.

Pour y remédier, il faut améliorer les rémunérations et diminuer la charge de travail. Le Ségur a apporté des réponses au premier point, mais cela ne suffit pas. Nous avons longuement écouté la colère des soignants pendant les travaux de commission d'enquête rapportée par Catherine Deroche ; ils aiment leur métier, mais ils ne veulent plus rentrer chez eux en ayant l'impression d'avoir été maltraités, faute de temps. L'unanimité a été frappante : il n'y a pas assez de soignants ; et en effet, leur nombre a été réduit au fil des années.

Il faut revenir à un ratio de soignants par patient plus élevé. D'autres pays l'ont fait, autour de six à dix patients par infirmier, avec de nombreux effets positifs : amélioration de la qualité des soins, moins de complications, hospitalisations plus courtes, diminution des infections nosocomiales et des erreurs médicamenteuses. Le coût y a été compensé par les économies générées.

En France, des ratios existent déjà : les budgets de tous les hôpitaux intègrent un nombre de douze à quinze patients par infirmière, alors que dans les pays comparables, c'est entre six et dix patients.

Lors des travaux préparatoires à l'examen de notre texte, les organisations professionnelles et les syndicats ont tous considéré que de tels ratios étaient indispensables pour stopper l'hémorragie des soignants.

Le texte de la commission des affaires sociales prend en compte les remarques sur la progressivité et sur l'adaptation aux différentes spécialités. Karl Popper l'a dit : « Il faut une règle du jeu, et il faut du jeu dans la règle. » La souplesse, oui ; le renoncement, non. Ceux qui les refusent appliquent pourtant des ratios financiers avec la plus grande rigueur...

Selon une enquête de 2022, le principal critère qui fait partir les soignants – et pourrait les faire revenir – n'est pas la rémunération, mais l'adaptation des plannings et le ratio de soignants par patient. Dans son rapport du 17 novembre 2022, le collège de la Haute Autorité de santé (HAS) confirme cette analyse.

Je sais l'engagement de chacun d'entre vous, mes chers collègues, pour que les établissements de vos territoires retrouvent leur attractivité. La mesure que je vous propose, avec la commission des affaires sociales, est une réponse à ce défi, attendue par les soignants.

En votant ce texte, nous leur enverrons un premier signal : la qualité et la sécurité des soins seront la règle. Nous enverrons aussi un signal au Gouvernement : il devra fonder sa politique sur ces deux critères. L'heure n'est plus aux paroles, mais aux actes ! (*Applaudissements sur les travées du groupe SER ; MM. Bernard Fialaire, Marc Lamélie et Mme Catherine Belrhiti applaudissent également.*)

**Mme Laurence Rossignol**, rapporteure de la commission des affaires sociales. - Le Sénat n'a pas eu la révélation de la situation de l'hôpital lors de la crise du covid, comme en témoignent les discussions heurtées sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2020, sur fond de grève des urgences et d'annonces présidentielles inopinées...

Malgré le travail du Sénat, l'action du Gouvernement au service de l'hôpital peine à trouver l'élan nécessaire – chacun appréciera l'euphémisme. Les soignants sont épuisés de ne plus pouvoir assurer correctement leur travail, épuisés par les gardes de nuit et de week-ends, épuisés de voir les équipes se déliter. Bien que nécessaire, le Ségur n'a pas répondu à tous les enjeux : l'activité n'a pas retrouvé son niveau d'avant covid.

Le rapport de la commission d'enquête sur l'hôpital avait pour titre « Sortir des urgences » ; autrement dit : redonner du temps aux soignants, donc au soin. La présidente Deroche demandait l'adoption de standards capacitaires : la proposition de loi déposée par Bernard Jomier traduit cette recommandation.

La commission des affaires sociales a souscrit au dispositif proposé, amendé sur mon initiative. Est-il un bon moyen pour améliorer le niveau de vie des soignants ? Oui. Est-ce le seul ? Non. La Californie et le Queensland, en Australie, ont démontré son intérêt. La qualité de vie des soignants et la santé publique s'améliorent ; c'est ce que reconnaît la littérature scientifique, selon la HAS. C'est la condition nécessaire pour faire revenir les soignants vers l'hôpital.

Monsieur le ministre de la santé a déclaré qu'il ne fallait, sur ce sujet, de mesures « ni brutales ni uniformes ». Ce texte n'est ni brutal, ni uniforme. Les ratios de qualité devront différer selon les différentes activités hospitalières à partir d'une évaluation de la charge en soin, dans certains cas service par service.

Lors des auditions, j'ai beaucoup entendu parler de la mesure de la charge en soins – mais pourquoi cela n'a-t-il jamais été fait ? Voilà trente ans que le sujet est soulevé, et on peine encore à se doter d'outils ! Grâce à la proposition de loi, ils deviendront une priorité.

La commission a prévu que les commissions médicales d'établissement (CME) et les comités de soins infirmiers, de rééducation et médicotecniques (CSIRMT) puissent avoir leur mot à dire.

Notre approche n'est pas brutale : les ratios ne sont pas des couperets, mais des fourchettes. Nous prévoyons une entrée en vigueur progressive du dispositif. Personne n'aurait cru à une mise en oeuvre au 1<sup>er</sup> juillet 2023. La commission a veillé à la crédibilité du dispositif, en prévoyant une mission de la HAS qui rendra ses conclusions au plus tard le 31 décembre 2024 ; après quoi, le Gouvernement aura deux ans pour établir des ratios de référence par voie réglementaire.

La commission a distingué les ratios de sécurité qui existent déjà dans certains services comme la néonatalogie, en soins intensifs ou pour l'insuffisance rénale chronique, et les nouveaux ratios de qualité. L'insuffisance à l'égard de ceux-ci n'entraînerait pas *ipso facto* de fermetures de lits ou de services, mais une alerte à l'ARS, qui devra agir. Les fermetures de lit, c'est ce que vivent les hôpitaux aujourd'hui !

Madame la ministre, point de rigidité dans notre approche. La commission des affaires sociales n'oublie pas d'autres aspects pour stimuler le recrutement. Faut-il évoquer la suppression de l'entretien de motivation dans Parcoursup, l'inadéquation de la maquette de formation en soins infirmiers, ou l'accès au logement ?

Tous les soignants sont unanimes : ce texte n'est qu'une première brique, mais elle est indispensable. En fait, nous votons une loi de programmation. J'espère que le Sénat adoptera ce texte et que l'Assemblée nationale fera de même. Je compte sur le Gouvernement. (Applaudissements sur les travées du groupe SER et sur quelques travées du groupe Les Républicains ; Mme Évelyne Perrot applaudit également.)

**Mme Agnès Firmin Le Bodo**, ministre déléguée chargée de l'organisation territoriale et des professions de santé . - Nous souscrivons à l'objectif de ce texte. Face aux tensions que connaissent nos services hospitaliers, nous devons agir afin d'offrir « un cadre de travail décent et bien-traitant pour les soignants » - je cite l'exposé des motifs de M. Bernard Jomier – en vue de bien soigner les patients.

Le texte tend à établir au plan national un nombre minimal d'infirmiers et d'aides-soignants présents au chevet des patients. Le but est légitime, mais adopter le texte serait contreproductif. (Mme Émilienne Poumirol le conteste.)

Lors de ses vœux au monde de la santé, le Président de la République a rappelé que notre méthode consistait à « élaborer de meilleures méthodes collectives ». Cela suppose plus d'agilité, afin que chaque service puisse s'adapter en temps réel. Les solutions se construisent localement. C'est pour cela que nous insistons sur la place du service, qui doit être conforté en vue de retrouver de la souplesse et de la pertinence. L'établissement de ratios fixés par la HAS va à l'encontre de cette méthode, car les besoins et les capacités d'action ne sont jamais les mêmes. Il ne saurait être question de standardiser ; il vaut mieux allouer les ressources humaines en fonction des besoins. Trop longtemps, les hôpitaux ont pratiqué une gestion normée à l'excès : ce n'est pas avec des tableaux Excel que nous répondrons aux enjeux de l'hôpital.

Le binôme chef de service-cadre de santé est fondamental. Avec François Braun, nous lui réaffirmons notre confiance. Les managers doivent être en mesure de bâtir de nouveaux modèles de management : chacun doit être mieux reconnu pour fidéliser les professionnels, car nous savons qu'un soignant qui se sent bien est un soignant qui soigne mieux. C'est ainsi que nous agissons réellement pour améliorer la vie des patients et des soignants.

Bien sûr, certains services souffrent d'un manque de personnel. Nous devons aborder le sujet avec pragmatisme. Toutefois, même avec les meilleures intentions du monde, la question ne serait pas réglée avec ces ratios. La coercition n'est pas la réponse à tous les maux. Nous appelons à la responsabilisation des directions et des équipes de terrain.

Nous nous attaquons également aux causes structurelles en vue d'augmenter le nombre de soignants : je pense à la suppression du *numerus clausus*, au travail mené avec les conseils régionaux pour rénover la formation des infirmiers, au développement de l'apprentissage, à la valorisation des acquis de l'expérience, aux contrats d'engagement de service public, à l'extension de la prime de soins critiques, aux mesures relatives au travail de nuit, à la mobilisation dans les territoires pour faciliter la vie des soignants.

Notre politique est globale : nous travaillons sur le court et le long terme. Décréter des ratios ne réglerait rien. Leur rigidité aggraverait même les problèmes. Des questions concrètes se posent : que se passe-t-il si les hôpitaux ne parviennent pas à recruter suffisamment ? Nous devons faire face à de nombreux effets collatéraux, comme des rappels de personnes, des fermetures de lits ou de services par exemple.

**Mme Laurence Cohen**. - Il faut plus de moyens ! (Mme Émilienne Poumirol et M. Bernard Jomier acquiescent.)

**Mme Agnès Firmin Le Bodo**, ministre déléguée. - L'hôpital a tenu grâce à la mobilisation des soignants. Ces derniers ont su trouver des solutions innovantes pour travailler avec la médecine de ville, par exemple. Si des ratios rigides étaient institués, il y aurait des fermetures de lits.

**Mme Catherine Deroche**. - Il y en a déjà !

**Mme Agnès Firmin Le Bodo**, ministre déléguée. - Les chantiers que nous avons ouverts visent à régler ces tensions. Mais c'est dans un cadre managérial flexible que les choses progresseront.

Les ratios ouvrent des questions juridiques majeures : que se passe-t-il si l'hôpital ne respecte pas les ratios, ou si un patient est refusé pour éviter de mettre le ratio en péril ?

La responsabilité de l'hôpital et de sa direction serait alors directement mise en cause.

Enfin, le dispositif envisagé ne s'applique qu'aux établissements de santé publique. Le texte aggraverait les disparités que nous combattons entre public et privé.

Le Gouvernement est défavorable à la proposition de loi. N'y voyez pas un renoncement : jamais nous ne reculerons devant la nécessité de conforter les effectifs au service des patients. Mais nous ne croyons pas à la coercition. (*Protestations sur les travées du groupe SER*) Il faut tout faire pour redonner envie aux professionnels de s'engager à l'hôpital, en leur permettant de travailler en fonction de leurs besoins et de leurs contraintes. (*M. Laurent Burgoa ironise.*) Il faut faire confiance aux professionnels de santé, accompagnés par un effort inédit.

Les objectifs de cette proposition de loi sont légitimes : il faut redonner du temps aux professionnels de santé, au service de la population. Faisons confiance au terrain, à sa capacité à co-construire des solutions. (*Applaudissements sur les travées du RDPI ; M. Michel Canévet et Mme Jocelyne Guidez applaudissent également.*)

**M. Olivier Henno** . - (*Applaudissements sur les travées du groupe UC*) J'avoue être partagé, à l'image des membres de mon groupe. Je ne doute pas des bonnes intentions de M. Jomier, et je comprends pourquoi cette proposition de loi est discutée : elle traduit une préconisation de la commission d'enquête sur l'hôpital, qui a constaté la dégradation de notre système hospitalier et la lassitude des soignants. Pour ma part, ce sera un « oui, mais ».

La crise du covid a été éreintante pour les soignants. Le climat est toujours tendu. En cas d'accident médical, le juge peut retenir la responsabilité de l'établissement s'il considère que le nombre de soignants était insuffisant.

Cette proposition de loi se fonde sur des expériences étrangères ayant porté des améliorations significatives. Mais il y a quelque chose de terrible à comparer notre système de santé avec ceux de la Californie ou de l'Australie ! Cela n'aurait pas été le cas il y a quelques années.

Cette proposition de loi se veut une loi de programmation : il n'est pas réaliste d'attendre des mesures rapides.

Si cette proposition de loi laisse jusqu'au 31 décembre 2024 à la HAS pour définir les ratios, l'attractivité, la rémunération et le bien-être doivent être travaillés en profondeur. Près de 10 % des emplois infirmiers ne sont pas pourvus aujourd'hui. Comment résoudre cette pénurie de personnel ? Il n'est pas sûr que la proposition de loi suffise...

Les soignants ont besoin de conditions de travail dans lesquelles ils se sentiront utiles. Or les ratios s'apprécient plus sur le plan quantitatif que qualitatif. Les Français ressentent une défiance envers notre système de santé. Les multiples initiatives parlementaires ne me semblent pas apporter de remède ; j'ai même l'impression qu'elles contribuent à stresser les soignants.

La notion de ratio, pour ne pas dire de rationnement, fait toujours écho à celle de pénurie, mais elle est rarement la solution. Notre système est extrêmement fragile. Je crois plus à une grande loi Santé qui remettrait en question le sens du travail. (*Mme Émilienne Poumirol proteste.*)

Des ratios pour les soignants, et demain pour les enseignants ? Ou pour les services municipaux, et là, bon courage !

**Mme Laurence Rossignol** . - Cela existe !

**M. Olivier Henno** . - La proposition de loi pose une bonne question, car le Ségur n'a pas résolu le malaise de l'hôpital. Mais nous avons un doute. (« Bravo » et applaudissements sur les travées du groupe UC ; M. Marc Laménie applaudit également.)

**Mme Véronique Guillotin** . - (*Applaudissements sur les travées du RDSE et du RDPI*) Cette proposition de loi établit des ratios de soignants par patient dans les hôpitaux publics et privés à but non lucratif. Elle a ainsi pour but de répondre à une pénurie de soignants, ces ratios qualitatifs étant décrits comme des fourchettes.

L'hôpital va mal : on ne compte plus les témoignages de patients ayant passé 24 à 48 heures aux urgences. Le système est maltraitant tant pour les soignés que pour les soignants. Il faut davantage d'effectifs, c'est certain. Le Président de la République lui-même le dit.

Les patients font face à des risques accrus, tout comme les soignants, qui font face à une perte de sens, et à des arrêts maladie en pagaille.

L'intention d'améliorer l'accueil des patients et les conditions de travail des soignants est louable, mais des questions quant à l'efficacité des mesures se posent. Le délai de trois jours pour alerter l'ARS pose problème : et ensuite ? Comment l'ARS pourrait-elle trouver des soignants ?

Les hôpitaux ne seraient-ils pas tentés de recourir davantage à l'intérim, contre lequel nous luttons ?

Les soignants n'apparaîtront pas d'un coup de baguette magique. Il n'y a pas de candidats ! Il faut augmenter les places de formation, réfléchir à la validation des acquis de l'expérience (VAE), revoir le financement des formations dans les parcours professionnels. Il faut aussi revoir le financement des hôpitaux : il y a urgence à sortir de la tarification à l'activité (T2A) et des indicateurs comme la durée moyenne de séjour.

Sans une vision à 360 degrés, cette proposition de loi risque de rester incantatoire. J'entends l'importance d'envoyer un signal positif aux soignants, mais soyons efficaces : on ne peut plus leur vendre du rêve. Une grande partie de mon groupe est sceptique, et s'abstiendra. (*Applaudissements sur les travées du RDSE*)

**Mme Catherine Belrhiti** . - (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains*) Le dévouement des soignants est exemplaire. Outre la reconnaissance de la Nation, il exige un soutien renforcé. Le rapport d'information réalisé à la demande du groupe Les Républicains par Catherine Deroche nous y invitait il y a moins d'un an, en formulant des recommandations concrètes. La proportionnalité des moyens hospitaliers était déjà mise en avant.

L'amélioration des capacités d'accueil des services d'urgence devrait retenir toute notre attention. La conversion de cette recommandation en proposition de loi nous oblige. Des indicateurs stables doivent être renforcés pour mieux piloter nos politiques de santé, préciser les besoins des hôpitaux et leur affecter les besoins utiles.

Les derniers textes budgétaires ont préservé les hôpitaux de toute économie malvenue. Afin de permettre une bonne exécution budgétaire, nécessité se fait sentir de disposer d'indicateurs fiables, que cette proposition de loi met en place.

Ces seuils doivent se traduire en des objectifs réalistes. La fixation de ratios minimaux entre soignants et lits ouverts exprime le souci d'un accueil rationalisé des soignants. Un tel ratio doit effectivement inclure le personnel de santé réellement disponible pour les patients.

D'autre part, ces ratios doivent être encore plus réalistes. Les rigidifier reviendrait, en période de pénurie, à rompre les promesses de soutien.

Le groupe Les Républicains s'est donc attaché à garantir le caractère praticable de ces ratios, afin de lier ces objectifs à une croissance des moyens des hôpitaux.

Ces ratios pourront être modulés compte tenu de circonstances locales. Ils seront lissés dans le temps grâce à une politique de santé réaliste soucieuse d'accompagner ensemble patients, soignants et établissements.

Ces ratios portent une forte charge symbolique pour nos soignants. Ils apportent une première pierre au soutien de nos hôpitaux. Les métiers de santé relèvent d'une vocation, mais le service public ne doit pas être synonyme de sacrifices quotidiens. Les conditions de travail doivent être améliorées. La proposition de loi ne prévoit aucune fermeture de lit.

Préciser l'équilibre permet d'assurer de meilleurs soins, et d'augmenter les moyens des hôpitaux. (Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains et sur plusieurs travées du groupe SER)

**M. Daniel Chasseing** . - La pandémie a mis en lumière les difficultés rencontrées par les soignants à l'hôpital. Beaucoup d'entre eux ont choisi de changer de métier, les conditions de travail s'étant dégradées. Le Ségur de la santé a été l'occasion d'augmenter leur rémunération, mais cela n'a pas suffi.

Cette proposition de loi garantit un ratio minimum de soignants par lit ouvert, afin d'assurer une prise en charge de qualité. De tels ratios existent aujourd'hui seulement pour certains services, mais ils seraient nécessaires pour tous, notamment pour garantir un dialogue avec le patient. Prendre soin, ce n'est pas seulement effectuer un soin, c'est aussi considérer le patient, l'informer et l'écouter.

Les soignants aiment leur métier fait de soins, d'écoute et de bienveillance, mais sont souvent découragés par l'impossibilité de bien le réaliser en raison d'un manque de temps. La fidélisation du personnel tient aussi aux conditions de travail : il faut davantage de soignants.

Le terme de ratio peut faire peur ; cette proposition de loi ne doit pas conduire à des fermetures de lits ou de services. Ces ratios devront donc être appliqués avec souplesse. Le texte prévoit d'associer les CME et les centres médicaux interentreprises de santé au travail (Cmist).

Un tel texte aurait pu être étendu aux Ehpad, où la situation s'aggraverait d'ici 2030. Nous attendons le plan Grand âge, et les 50 000 soignants promis par le Président de la République, qui permettront de recruter en moyenne cinq emplois par établissement.

En attendant, nous sommes favorables à cette proposition de loi dont l'objectif est d'éviter l'épuisement des professionnels, d'améliorer la prise en charge et de rendre ce métier à nouveau attractif. (Applaudissements sur les travées du groupe SER)

**Mme Raymonde Poncet Monge** . - Nous les avons applaudis à nos fenêtres ; les soignants exigent de sortir de la crise traversée par l'hôpital public : heures supplémentaires subies, travail morcelé, pressé, compressé, vétusté des équipements, ballonnement de service en service. À rebours de cette situation qui empire, cette proposition de loi ouvre des perspectives souhaitées, pour améliorer tant le soin que la qualité de vie au travail.

Les ratios limitent les changements de soins incessants des professionnels, qui produisent souffrance et perte de sens. Dans sa lettre ouverte de 2022, le collège de la HAS a souligné l'importance d'équipes stables partageant une culture commune de qualité et de sécurité de soins.

Les résultats positifs imputés aux ratios sont toujours corrélés au nombre de soignants. Que se passera-t-il trois jours après l'alerte ? Qui aura la responsabilité de sortir de l'injonction paradoxale ?

Des ratios officiels existent déjà. La distinction entre ratios de sécurité et de qualité montre la difficulté de l'équation. Les garanties relèvent d'une grande loi Santé. Les fédérations hospitalières craignent que des fermetures de lits ou de services ne leur soient imposées, d'autant que le niveau d'absentéisme est supérieur à l'avant-crise sanitaire.

Cette mesure doit être liée à une traduction budgétaire forte dans l'Objectif national des dépenses de l'assurance maladie (Ondam), et doit suivre un calendrier réaliste.

L'édition de quotas devra prendre sa place dans une grande loi Santé, seule à même de donner toute leur force à ces décisions positives et d'éviter les effets collatéraux.

Nous avons applaudi les soignants ; nous répondrons donc à leur appel, afin de soutenir l'instauration d'un nombre minimum de soignants par patient. Le GEST votera cette proposition de loi. (Applaudissements sur les travées du GEST et du groupe SER)

**M. Abdallah Hassani** - (Applaudissements sur les travées du RDPI) Comment ne pas partager l'objectif de réduire la charge de soignants épuisés et de les inciter à rester dans les hôpitaux ? Ce texte vise à assurer une prise en charge de qualité pour les malades. Nous partageons ce but, mais cette proposition de loi offre-t-elle le meilleur chemin ?

Ne s'agit-il pas d'une rigidité, là où il faut être agile pour aller au plus proche des besoins locaux ? Le principe serait acté par la loi, alors qu'il relève du domaine réglementaire. Le président du Sénat appelait à la sobriété législative : pourquoi voter une mesure relevant du décret ?

Une révision de ces ratios aurait lieu tous les cinq ans ; leur non-respect serait signalé à l'ARS au bout de trois jours. Mais que se passerait-il alors ? Les risques existent pour la sécurité juridique des établissements. N'est-ce pas faire peser une inquiétude sur les acteurs ?

Nous partageons la volonté de prendre soin des soignants, mais ils attendent d'abord les revalorisations du Ségur et la prise en compte de la pénibilité du travail de nuit. Il faut des engagements concrets plutôt que des rigidités à long terme.

À Mayotte, l'hôpital manque considérablement de soignants, la pression est très forte. Je crains que ces ratios ne soient pas une réponse adéquate face à l'ampleur de la tâche. L'intention est louable, mais cela pourrait complexifier encore davantage notre système de santé et aboutir à un résultat inverse de l'objectif. Le RDPI s'abstiendra. (Applaudissements sur les travées du RDPI)

**Mme Émilienne Poumirol** - (Applaudissements sur les travées du groupe SER) Cette proposition de loi établit un ratio minimal de soignants par patient à l'hôpital public. Le constat est connu : fermetures de services, annulation d'opérations, démissions de soignants. L'hôpital public et son personnel sont en détresse depuis des années.

Les revalorisations salariales du Ségur sont insuffisantes. Davantage que les trop faibles rémunérations, ce sont les conditions de travail dégradées et le manque de temps médical qui entraînent le départ des soignants et expliquent que 10 % des postes d'infirmiers ne soient pas pourvus.

Le personnel infirmier et les aides-soignants jouent un rôle essentiel dans la qualité des soins : la mortalité augmente dès qu'une infirmière doit s'occuper de plus de 6 patients, or dans la plupart des services le ratio atteint 15 patients le jour et 24 la nuit. Il faut donc changer de paradigme. Cette proposition de loi redonnera du sens au travail des soignants et leur assurera de bonnes conditions de vie au travail. Sans prétendre résoudre l'ensemble des difficultés de l'hôpital, elle représente une réelle avancée. Il reviendra à la HAS de définir un ratio minimal par spécialité et type d'activité.

Nous avons mesuré l'espoir de l'ensemble des soignants et entendu les autorités hospitalières. C'est pourquoi nous avons pensé le texte comme une loi de programmation, avec une entrée en vigueur progressive. Nous pourrions ainsi évaluer la charge de soins pour les différents postes, en fonction des territoires, et même de l'architecture des hôpitaux.

Les expériences australiennes et américaines mettent en évidence un lien entre l'augmentation de la dotation en infirmières et la baisse de la durée de séjour, de la morbidité, des erreurs médicales.

Ce sera coûteux, mais à moyen et long termes, augmenter le nombre de soignants est un investissement financièrement positif : en Australie, 35 millions de dollars d'investissements sur deux ans ont évité 69 millions de dollars de coûts liés à la réadmission et à la durée de séjour. C'est bénéfique pour la santé et la sécurité des patients, mais aussi pour le sens du métier et la qualité de vie des soignants.

Nous sommes placés devant un choix politique : investir dans le service public de la santé ou laisser la loi du marché décider de la santé des Français.

Il ne s'agit nullement d'une mesure coercitive, mais du résultat d'un travail de concertation, tenant compte des contraintes. (Applaudissements sur les travées du groupe SER et au banc des commissions)

**Mme Laurence Cohen** - L'auteur de cette proposition de loi, Bernard Jomier, reprend une revendication défendue par des collectifs de soignants depuis plusieurs années. Il existe déjà des ratios dans certaines spécialités, comme au bloc opératoire, en réanimation ou en dialyse. Les étendre à toutes les spécialités améliorerait les conditions de travail et l'attractivité de ces métiers, en même temps que la prise en charge des patients. Une des causes majeures de la fuite des soignants est l'augmentation de la charge de travail liée au manque d'effectifs.

Selon une étude de la revue *The Lancet*, en améliorant le ratio patients-soignants, on diminue la mortalité, le nombre de réadmissions et la durée de séjour.

Mais sans hausse budgétaire associée, cette proposition de loi risque de produire des effets pervers indésirables dans un contexte de pénurie de soignants. On risque ainsi de déshabiller Pierre pour habiller Paul et d'alimenter une guerre entre chefs de service, pour obtenir le plus grand nombre de soignants. Cela pourrait entraîner des fermetures de lits, voire la remise en cause des 35 heures.

Madame la ministre, vous avez fait l'éloge du personnel, mais le Gouvernement n'entend pas les revendications des soignants. (Mme la ministre se récrie.)

La sociologue Dominique Méda estimait récemment que la mise en place de ratios nécessiterait le recrutement de 100 000 infirmiers, ce qui coûterait 5 milliards d'euros. Madame la ministre, la balle est dans votre camp.

Même si nous connaissons les contraintes constitutionnelles, nous regrettons que la proposition de loi n'identifie pas de moyens de financement, comme la suppression des 75 milliards d'euros d'exonération de cotisations sociales.

Nous partageons l'objectif de cette proposition de loi, mais elle s'arrête au milieu du gué. C'est pourquoi le groupe CRCE s'abstiendra ; le débat est néanmoins bienvenu.

**M. Laurent Burgoa** - (Applaudissements *sur les travées du groupe Les Républicains*) Personne ne peut ignorer le profond malaise qui affecte le monde médical. On ne choisit pas cette voie professionnelle par hasard, et c'est heureux, mais la vocation ne doit pas devenir un sacerdoce. Les hôpitaux doivent pouvoir garantir une qualité de soins optimale et des conditions de travail satisfaisantes pour les soignants. Or avec l'augmentation des prises en charge en ambulatoire, les patients hospitalisés demandent plus de soins car leurs pathologies sont plus complexes et durables.

Si des ratios sont déjà fixés par décret, notamment en réanimation ou en soins intensifs, dans la plupart des autres services, il n'y a pas de règle en bonne et due forme.

La définition de ces nouveaux ratios serait confiée à la HAS, par spécialité et par activité de soin, afin de répondre aux différents besoins.

Il fallait privilégier l'adaptation au terrain. La rapporteure a ainsi souhaité ne pas entraver davantage le fonctionnement des hôpitaux, notamment des petites structures. Avec la présidente de la commission, elles ont veillé à prendre en compte les spécificités locales et même les contraintes architecturales.

La mise à jour de ces ratios est prévue tous les cinq ans.

L'équilibre trouvé en commission répond aux préconisations formulées par la commission d'enquête sur les hôpitaux. En 2023, en France, il est regrettable que des lits ferment faute de personnel. Nous ne pouvons l'accepter.

Il faut que les métiers du soin restent plus attractifs, faute de quoi les ratios seront intenables. Des effectifs suffisants permettent de remplacer les absents et d'améliorer la formation.

Le groupe Les Républicains votera cette proposition de loi.

L'État dit son amour aux soignants, mais ses belles déclarations sont suivies de peu d'effets. À l'approche de la Saint-Valentin, je rappellerai qu'en politique comme en amour, il n'y a que les actes qui comptent ! (Applaudissements *sur les travées du groupe Les Républicains et sur plusieurs travées du groupe SER*)

Interventions sur l'ensemble

**Mme Catherine Deroche**, présidente de la commission des affaires sociales - Il n'y a pas d'amendements sur ce texte, je profite donc des explications de vote pour remercier Bernard Jomier de son initiative, qui reprend l'une des préconisations de la commission d'enquête. Ce n'est pas la solution miracle, mais en la matière les leviers sont multiples.

Je remercie la rapporteure d'avoir ainsi amendé ce texte en commission. Les ratios seront modulés selon les établissements et les services, entre nécessités qualitatives et sécuritaires. On laisse aussi un temps suffisant à chacun pour s'adapter.

Je vous invite donc à voter ce texte. Les présidents de CME l'attendent, comme tous les soignants. Ils ne veulent plus courir en tous sens, stressés, confrontés à des patients de plus en plus polypathologiques. (Applaudissements *sur les travées du groupe Les Républicains et sur plusieurs travées du groupe SER*)

**M. Bernard Jomier** - Je remercie les différents orateurs.

Nous devons écouter la demande unanime des soignants. Je salue en particulier la présidente Deroche, avec laquelle il y a eu un vrai dialogue pour que cette proposition de loi ne soit « ni brutale ni uniforme », pour reprendre les propos du ministre François Braun. Nous y avons répondu, puisqu'un délai de deux ans est ménagé pour définir le référentiel ; deux ans supplémentaires sont prévus pour le mettre en oeuvre. De plus, cette application ne sera pas uniforme : des fourchettes seront définies au niveau des établissements.

Madame la ministre, je regrette que vous restiez fermée ; le parlementarisme, c'est accepter la discussion et non camper sur des déclarations de principe. Il n'existe pas une solution unique pour régler tous les problèmes de l'hôpital, mais la réponse que nous offrons est réclamée par les soignants, qui continuent à quitter nos hôpitaux. Elle a fait ses preuves dans nombre d'autres pays. Il faut inverser la tendance ! (Applaudissements *sur les travées du groupe SER, ainsi que sur quelques travées du GEST et du groupe Les Républicains*)

**Mme Muriel Jourda** - Madame la ministre, je veux vous interroger sur la loi Rist, pour le moment non appliquée, qui plafonne les rémunérations des intérimaires dans l'hôpital public. Si elle l'est, elle déstabilisera des services entiers qui ont massivement recours à l'intérim : il faudra donc l'appliquer de manière uniforme, en prévenant les élus, en s'organisant avec les ARS.

Une date d'entrée en vigueur est-elle fixée ? Si oui, aura-t-on le temps de s'organiser sur les territoires ?

**Mme Michelle Gréaume** - Madame la ministre, s'il manque des soignants dans le service public, c'est aussi parce qu'ils partent dans le privé ou à l'étranger - dans le cas de mon département du Nord, en Belgique. Les soignants ont des agendas surchargés, fluctuants. Ils sont parfois rappelés durant leurs congés. Ils ont appris à écouter les patients, mais ils n'ont plus le temps de rien. Ils disent eux-mêmes qu'ils mettent en danger la vie des patients. Selon une étude de 2016 de la HAS, plus la charge de travail est élevée, plus le risque d'erreurs de raisonnement est grand et plus la qualité de service est affectée. Il faut des embauches ! Vous avez évoqué, madame la ministre, le relais des médecins traitants, mais eux aussi descendent dans la rue parce qu'ils n'en peuvent plus...

**Mme Marie Mercier** . - La commission d'enquête sur l'hôpital a choisi le titre « Sortir l'hôpital des urgences », mais après avoir envisagé « L'hôpital en affection longue durée ». Nous avons bien posé les diagnostics, mais buté sur les solutions à proposer. C'est pourquoi je souhaite féliciter Bernard Jomier pour la solution innovante qu'il a trouvée.

Nous souffrons d'une médecine extrêmement administrative. Dans les couloirs de l'hôpital, autrefois, on voyait des chariots de médicaments. Maintenant, on voit des gens courir, des dossiers sous le bras, d'une réunion à une autre.

Notre métier, c'est le diagnostic et le soin. Et chacun est un patient en puissance. (Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains ; M. Daniel Chasseing applaudit également.)

**Mme Sonia de La Provôté** . - Je m'associe à ces félicitations. Les quotas sont utilisés depuis longtemps par l'administration pour la bonne gestion des services - c'est-à-dire, en réalité, supprimer des lits et supprimer ensuite des postes d'infirmières et d'aides-soignants.

Cette proposition de loi a le mérite de remettre le soin au milieu de l'hôpital : le plus bel établissement du monde n'est rien sans la qualité de ses soignants. (Applaudissements sur les travées du groupe UC ; Mme Emilienne Poumirol applaudit également.)

**M. Daniel Breuiller** . - Ce texte mérite un hommage. Rencontrant récemment deux chefs de service de l'hôpital Paul-Brousse, je leur ai demandé quelles étaient leurs attentes ; ils m'ont demandé de voter la proposition de loi Jomier... Je respecterai leur injonction. (Applaudissements sur des travées du GEST et du groupe SER)

**Mme Corinne Imbert** . - Jamais l'hôpital n'a été aussi fragile. Le personnel de santé est épuisé.

Le professeur Salomon, président de la CME de l'AP-HP, a estimé que ce texte était un signal nécessaire à destination des soignants. L'enjeu est de stopper les départs ; même dans des services de soins palliatifs, nous disent les associations, des lits sont fermés. C'est insupportable. Je remercie la commission d'avoir étalé la mise en oeuvre du texte dans le temps. Je souhaite que le Gouvernement nous écoute, pour que les fermetures de lit s'arrêtent. (Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains)

**Mme Agnès Firmin Le Bodo**, ministre déléguée chargée de l'organisation territoriale et des professions de santé . - La loi Rist entrera en vigueur le 3 avril 2023. Nous avons travaillé en amont avec les directeurs d'hôpitaux et les ARS, auxquelles des consignes ont été transmises.

Madame Imbert, nous jugeons tous insupportable que des lits ferment. Pourquoi ? Parce qu'il n'y a plus de soignants. (Protestations au banc des commissions)

**Mme Laurence Rossignol**, rapporteure . - Et pourquoi n'y a-t-il plus de soignants ?

**Mme Agnès Firmin Le Bodo**, ministre déléguée . - Les ratios ne régleront rien. Il faut le bon nombre de professionnels au lit du patient. Il faut de la qualité de vie au travail, de la flexibilité, de l'autonomie.

Nous partageons la philosophie du texte, mais la réponse proposée n'est pas la bonne.

À la demande du groupe SER, l'article unique est mis aux voix par scrutin public.

M. le président . - Voici le résultat du scrutin n°117 :

Nombre de votants	336
Nombre de suffrages exprimés	272
Pour l'adoption	256
Contre	16

L'article unique est adopté. En conséquence, la proposition de loi est adoptée.

(Applaudissements sur les travées des groupes SER et CRCE, ainsi que du GEST et des groupes INDEP, UC et Les Républicains)

La séance est suspendue quelques instants.



COMMUNIQUE DE PRESSE  
05 02 2023

Collège National de la Kinésithérapie Salarée

CNKS siège social C% Pierre-Henri Haller Villa Justine 1B - 16 D Chemin du Vallon de Toulouse - 13009 Marseille

Courriel : [contact.cnks@gmail.com](mailto:contact.cnks@gmail.com)

## PROPOSITION DE LOI relative à l'instauration d'un nombre minimum de soignants par patient hospitalisé

Une Loi de « programmation » ? Une Loi « levier de fidélisation » ?  
Oui, si ... elle est réellement garante de sécurité et de qualité pour les patients et de conditions de travail décentes pour les professionnels ?

Le CNKS prend acte du vote très majoritaire par la représentation sénatoriale de cette proposition de Loi. Le CNKS note avec satisfaction que cette proposition de Loi prévoit désormais, à priori, et en conséquence des auditions et contributions d'organisations professionnelles au rang desquelles celles du CNKS, auprès de la commission des affaires sociales, que ces ratios « sécuritaires » :

- soient ou puissent être applicables à tous les soignants (infirmiers, rééducateurs, médicot techniques)
- soient établis selon des modalités de calcul liées à l'analyse de la charge de travail
- soient modulaires pour tenir compte des variabilités de prises en charge des différentes professions, des types de services,
- soient régulièrement révisés,
- servent de déclencheur d'alerte aux autorités régionales au-delà d'un délai de 3 jours de carence en personnel

Dans l'hypothèse où cette proposition de Loi aboutirait, après les différentes navettes parlementaires, le CNKS rappelle que depuis de nombreuses années il alerte les parlementaires et tutelles :

- sur les évolutions prévisibles du métier de Kinésithérapeute hospitalier / salarié, de ses missions, fonctions et rôles (cf. monographie DGOS sur « MK métier sensible » à laquelle il a largement contribué) en regard des progrès scientifiques, robotiques, de l'IA ... et du niveau d'expertises des professionnels kinésithérapeutes,
- sur la nécessité d'une adaptation et d'une juste corrélation des effectifs de kinésithérapeutes [et plus largement de rééducateurs - hors glissement de tâches trop facilement employé] - à la charge de travail attendue en regard des besoins de la population,
- sur l'importance d'optimiser les conditions de travail et de qualité de vie au travail qui sont les véritables déterminants de la fidélisation et donc de l'attractivité des professionnels.

Dans ce contexte le CNKS insiste sur l'indispensable mise à profit du délai de mise en œuvre de cette Loi, pour que les organisations professionnelles directement intéressées puissent établir, en lien avec les tutelles et agences concernées, les outils fiables et évolutifs d'analyse de la charge de travail en kinésithérapie salariée et plus largement en réadaptation.

**Contact Presse :**  
Pierre-Henri Haller  
Tél. 06 62 37 08 03



# EFFECTIFS ↔ RATIOS ? PATIENTS par SOIGNANT ?

Vendredi 17 Mars 2023 de 18 h 00 à 19 h 30



Adaptation effectifs / besoins et activités = « ratios » ?

- nos attentes & nos expériences : parlons-en !
- résultats d'enquête et témoignages ; point sur la PPL JOMIER

*Pré-inscription gratuite obligatoire (1) avant lundi 13 mars 2023*

*Confirmation & codes d'accès par mail, mercredi 15 mars 2022*

*- selon places disponibles : priorité aux membres adhérents (2) -*

(1) <https://www.helloasso.com/associations/cnks/evénements/stks-7-mk-salariee-effectifs-vers-des-ratios>

(2)

<https://www.helloasso.com/associations/cnks/adhésions/cnks-2023>

# A SUIVRE...