



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

DIRECTEUR DES SOINS

Promotion 2004

**LES ENJEUX DE L'INTÉGRATION
DES PERSONNELS DE RÉÉDUCATION ISOLÉS**

Alain MERCIER

Remerciements

A Joël CLEMENT pour ses conseils,

A Jacqueline, ma mère pour son fidèle soutien,

A Marianne pour son accueil,

A Eric, Patrick et Roger pour leur écoute,

A tous ceux qui m'ont aidé à distribuer et récupérer les questionnaires,

A tous ceux qui ont répondu à mes entretiens et mes questionnaires,

Et à Gérard, mon père

Lionel, Mathilde et Amélie, mes enfants

Jade, Matéo et Azize, mes petits-enfants...ils m'ont donné sens.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 CHAPITRE I : LE CADRE DE LA PROBLEMATIQUE	5
1.1 Les différents intérêts en jeu	5
1.1.1 Pour les usagers.....	5
1.1.2 Pour l'institution	6
1.1.3 Pour le corps médical.....	7
1.1.4 Pour le personnel de rééducation isolé.....	7
1.1.5 Pour la direction des soins	8
1.1.6 Synthèse : Des intérêts et des désirs	9
1.2 La pluridisciplinarité renforcée, condition du développement des pratiques hospitalières	10
1.2.1 L'évolution tend vers une intégration	10
A) L'évolution des textes	10
B) L'évolution de la qualité des soins.....	13
C) L'intégration, passage obligé pour la tarification à l'activité.....	15
1.2.2 L'intégration dans la reconnaissance des différents métiers	17
A) Les singularités de ce personnel.....	17
a) Leurs formations et leurs lieux d'activité	17
b) Leur place dans l'institution	19
c) Leur liberté	20
B) Leur reconnaissance dans l'institution	21
1.3 Les hypothèses	22

2 CHAPITRE II : LES ATTENTES DE L'INSTITUTION ET DES PERSONNELS.23

2.1	L'enquête	23
2.1.1	Les méthodologies utilisées.....	23
A)	Les entretiens	23
a)	Méthode.....	23
b)	Thèmes abordés	23
c)	La population interrogée	24
B)	Le questionnaire.....	24
a)	La conception du questionnaire	24
b)	La population questionnée	25
2.1.2	Les limites des méthodes	26
A)	Des entretiens	26
B)	Du questionnaire	27
2.2	L'attente institutionnelle au travers du projet de soins infirmiers.....	27
2.2.1	Les hôpitaux où rien n'est prévu.....	27
2.2.2	Les hôpitaux où les rééducateurs isolés font partis du service de soins, mais seulement sur le papier	28
2.2.3	Les hôpitaux qui attendent le prochain projet de soins ou les nouveaux textes ..	28
2.2.4	Les hôpitaux dont le projet de soins implique déjà les rééducateurs.....	28
2.2.5	Les hôpitaux en voie de restructuration	29
2.2.6	En définitive, l'attente institutionnelle est-elle clairement énoncée ?.....	29
2.3	Les attentes du personnel.....	29
2.3.1	Des directeurs des soins	29
A)	Les besoins de leur politique	29
a)	Connaître la particularité de ces métiers.....	30
b)	Etre responsable de cette filière	30
B)	Leurs projets.....	31
a)	Assurer une prise en charge globale des patients	31
b)	Pouvoir évaluer et contrôler ce personnel	32
2.3.2	Des rééducateurs.....	33
A)	Leurs souhaits explicites	33
a)	Avoir un encadrement qui les reconnaît	33
b)	Faire partie du service des soins I.M.T.R.	36

c)	Participer au projet de soins	37
B)	Leurs souhaits implicites	38
a)	Garder leur zone de liberté.....	38
b)	Éviter une évaluation trop proche de leurs activités	39
2.4	Validation des hypothèses.....	40
3	CHAPITRE III : LES MOYENS DE L'INTEGRATION	41
3.1	Synthèse et perspectives :	41
3.1.1	Bilan global de l'étude	41
3.1.2	Les points qui font consensus.....	42
3.1.3	Les points qui font débat	42
3.2	La mobilisation des rééducateurs vers les objectifs généraux de l'institution	43
3.2.1	Le champ d'action politique.....	43
A)	Une structure transversale de soins.....	43
B)	Un projet de soins I.MT.R.....	44
a)	Une place dans le projet d'établissement	44
b)	Le sens et les valeurs qu'il met en jeu	45
3.2.2	Le champ d'action stratégique	46
A)	Une commission des soins I.MT.R.....	46
B)	Une prise en compte des différences.....	47
C)	Une hiérarchie adaptée	48
a)	La médiation du médical comme encadrement fonctionnel	49
b)	Un encadrement paramédical administratif de proximité	50
c)	Un encadrement paramédical référent plus éloigné.....	50
3.2.3	Le champ d'action opérationnel	51
A)	Une information commune	51
B)	Des formations adaptées.....	52
C)	Un dossier de soins commun.....	53
D)	Un travail sur les interfaces	53
a)	Interfaces services / prestataires.....	54
b)	Coordination dans les services de soins.....	54

3.3	L'évaluation des pratiques.....	55
3.3.1	L'évaluation de l'intégration	55
3.3.2	L'évaluation de la prise en charge du patient.....	56
CONCLUSION		57
BIBLIOGRAPHIE		59
LISTE DES ANNEXES.....		63

Liste des sigles utilisés

ANAES :	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
A.P.- H.P. :	Assistance Publique, Hôpitaux de Paris
C.H.D. :	Centre Hospitalier Départemental
C.H.G. :	Centre Hospitalier Général
C.H.I. :	Centre hospitalier intercommunal
C.H.R. :	Centre Hospitalier Régional
C.H.S. :	Centre Hospitalier Spécialisé
C.H.U. :	Centre Hospitalier Universitaire
C.M.E. :	Commission médicale d'établissement
C.S.S.I. :	Commission du Service des Soins Infirmiers
C.S.S.I.M.T.R. :	Commission du Service des Soins Infirmiers, Médico-Techniques et de Rééducation
D.H.O.S. :	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
Diét. :	Diététicien
DPA :	Dossier du patient
D.S.S.I. :	Direction du Service des Soins Infirmiers
Ergo. :	Ergothérapeute
Etp :	Équivalent temps plein
F.P.H. :	Fonction Publique Hospitalière
I.D.E. :	Infirmière Diplômée d'Etat
I.G. :	Infirmière générale
I.M.T.R. :	Infirmiers, Médico-Techniques et de Rééducation
J.O. :	Journal officiel
Kiné. :	Kinésithérapeute
MEA :	Management de l'établissement et des secteurs d'activité
Nb :	Nombre
OPC :	Organisation de la prise en charge des patients
Opho. :	Orthophoniste
Opti. :	Orthoptiste
O.R.L. :	Oto-rhino-laryngologiste
PéPo. :	Pédicure-Podologue

INTRODUCTION

Annie, pédicure-podologue d'un C.H.G. de province, me confie : « *Jamais je ne me suis sentie aussi reconnue que l'année (1994¹) où, les représentants de toutes les professions médico-techniques et de rééducation, avaient travaillé sur un projet commun. Enfin, j'avais un mot à dire sur ma profession et j'ai pu connaître des professionnels d'autres métiers isolés comme le mien : orthophoniste, orthoptiste, psychomotricien... De plus avec la présence des personnels médico-techniques et des kiné., nous avons pu, tous, connaître aussi le fonctionnement de l'hôpital... »*

C'est aussi à partir de ce travail en commun, que m'est venu le thème de ce mémoire. À l'époque, le premier projet d'établissement de ce C.H.G. (1993) pensait déjà à l'utilité d'associer ces filières aux soignants infirmiers : « *Le projet d'établissement prend naturellement appui sur le projet médical, qui se doit de répondre à la question du « que faire ? »...*

... « Il est pour autant tout aussi légitime d'associer l'ensemble des catégories professionnelles du Centre Hospitalier à cette réflexion générale, notamment lorsqu'il s'agit de penser et proposer le « comment faire ? ».

Cette réflexion devra en particulier se prolonger par la prise en compte de la participation aux soins des personnels des services médico-techniques et de rééducation et la nécessité de coordonner leur action avec celle de l'ensemble des soignants de l'établissement.²»

Depuis, si les conclusions du groupe de travail dont parlait la pédicure-podologue, et qui préconisaient la création d'une coordination d'un plateau médico-technique et de rééducation, n'ont pas abouti, les cadres de santé de ces deux filières assistaient comme observateurs aux travaux de la commission du service des soins infirmiers. Mais seuls les diététiciens et les kinésithérapeutes étaient représentés. Et donc, le personnel, peu nombreux de leur métier de rééducation (trois orthophonistes, deux ergothérapeutes,

¹ Précision de l'auteur

² Projet de création d'une commission des professionnels médico-techniques et de rééducation. CHG de...mai 1994.

deux psychomotriciennes, une pédicure-podologue et un orthoptiste) restait encore isolé du service de soins infirmiers.

Entre 1991 et la reconnaissance d'un service infirmier et la loi du 19 avril 2002 qui réunit les filières paramédicales sous une coordination générale des soins, et ce malgré les dispositions mises en place entre temps dans certains établissements, des professionnels paramédicaux, souvent moins de dix par établissement, et singulièrement de la filière de rééducation³, se trouvèrent éloignés d'une communication soignante directe. Rattachés, le plus souvent, aux directeurs des services économiques en ce qui concerne les diététiciens et aux directeurs des ressources humaines pour les autres, ils n'avaient que des contacts officieux épisodiques avec les autres paramédicaux.

Ces personnels de rééducation n'ont pour la plupart pas d'encadrement spécifique. C'est moins vrai pour certains kinésithérapeutes, plus nombreux en général dans les établissements ou faisant partie de services voire d'établissements de rééducation. Ainsi, ces rééducateurs qui possèdent un encadrement spécifique ne feront pas partie de notre étude.

De même pour le personnel paramédical de la filière médico-technique qui travaille généralement dans un service spécialisé de leur profession (pharmacie pour les préparateurs en pharmacie, laboratoire pour les techniciens de laboratoire, service de radiologie pour les manipulateurs d'électroradiologie). Ils sont moins sujets à l'isolement qu'un professionnel sollicité par plusieurs services hospitaliers, et sont souvent encadrés par un supérieur hiérarchique de leur spécialité. Ces personnels ne rentreront donc pas non plus dans notre champ d'investigation.

³ Source : DHOS/P2/cellule des statistiques 2001(cf. annexe 1) :

PROFESSIONS	Nb de Titulaires ou contractuels F.P.H.	Nb d'Etp
Diététicien	2252	1970
Ergothérapeute	1484	1300
Kinésithérapeute	6447	5523
Orthophoniste	1679	1188
Orthoptiste	318	198
Pédicure-Podologue	196	78
Psychomotricien	1567	1300

Les personnels paramédicaux de la filière de rééducation, isolés de par la structure des établissements ou une culture de métier qui les rapproche de spécialités médicales seront au centre de notre mémoire. Sera considéré ici comme isolé⁴, un professionnel de rééducation qui n'a pas de cadre de proximité de son métier.

Notre question de départ s'intéressera donc aux enjeux de leur intégration dans un service de soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation (I.MT.R.).

Pour répondre à ces enjeux, nous étudierons dans un premier temps :

- Les intérêts des différents acteurs à cette intégration. En effet, on peut tout aussi bien imaginer qu'un personnel isolé peut être le garant d'une prise en charge de qualité d'un patient, et que l'intérêt de l'intégration est somme toute minime. Les professionnels de rééducation travaillant en libéral peuvent le démontrer. Il y a cependant une différence fondamentale, c'est l'appartenance de ce personnel à un établissement public de santé travaillant pour une prise en charge pluridisciplinaire du patient.
- La démarche plus générale de la politique hospitalière envers ce personnel. On peut s'interroger effectivement si l'histoire va ou non vers une intégration des différents personnels paramédicaux.
- Et quelles conditions doivent être requises pour qu'une intégration soit acceptable et acceptée par tous les acteurs concernés.

Dans un deuxième temps, nous identifierons :

- Les attentes de l'institution et de la direction des soins par des entretiens auprès de ceux-ci ;
- Puis les désirs implicites comme explicites des professionnels de rééducation d'intégrer ou non le service de soins I.MT.R., recueillis par l'intermédiaire d'un questionnaire .

Enfin, et dans un troisième temps nous aborderons, après avoir analysé les différents points de vue :

⁴ Nous aurions pu employer le terme d'orphelin de cadre, qui semble plus approprié que celui d'isolé. Mais le terme d'orphelin est trop connoté et de manière péjorative.

- Les moyens à mettre en œuvre pour cette intégration, moyens politiques, stratégiques et opérationnels ;
- Et les évaluations possibles tant sur la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient, que sur la réussite de l'intégration de ce personnel.

Ce travail aura pour but :

- Pour l'institution : d'évaluer les enjeux d'une telle intégration : sur l'économie, le social et la qualité du service rendu ;
- Pour une direction des soins : de savoir s'il est possible et dans quelles conditions d'intégrer ses professionnels isolés pour travailler en pluridisciplinarité dans un service de soins tourné vers la prise en charge globale du patient ;
- Pour les rééducateurs isolés : de connaître le chemin qui mène à la reconnaissance de leur spécificité.

« *Notre richesse collective est faite de diversité* » A. JACQUARD

1 CHAPITRE I : LE CADRE DE LA PROBLEMATIQUE

1.1 Les différents intérêts en jeu

La première question qui nous vient à l'esprit est pourquoi vouloir intégrer dans un service de soins un personnel qui depuis toujours œuvre dans les établissements hospitaliers en remplissant à priori ses missions ? D'autant que la plupart de ces personnels n'avaient pas énoncé jusque-là leur désir de faire partie du service des soins infirmiers.

On doit admettre que les données en matière de fonctionnements hospitaliers ont évolué ces dernières années, et que les intérêts mis en jeu dans cette intégration, quel qu'en soient les acteurs, ont également changé.

Quels sont ces intérêts mis en jeu actuellement ?

1.1.1 Pour les usagers

L'utilisateur depuis une trentaine d'années a modifié progressivement sa manière d'appréhender ses besoins en soins. Il est d'abord devenu un « ayant droit » qui va demander pour un moindre prix, une prise en charge non seulement de ses soins, mais aussi de son confort. Ses droits sont d'ailleurs exprimés dans la charte du patient hospitalisé, et peuvent être défendus auprès d'une commission de conciliation mise en place dans chaque établissement. Il est représenté aux conseils d'administration qui souvent dans leur projet d'établissement proposent une enquête de satisfaction de l'utilisateur ou une étude de l'image qu'il a de l'établissement.

De plus en plus exigeant dans sa demande, il devient un véritable « consommateur » de soins, attendant du milieu hospitalier la meilleure offre. « *Nous affirmons que l'amélioration de la qualité du service rendu passe par une considération du patient en tant que client et par la considération des soignants en tant que fournisseur de soins* »⁵,

⁵ J. HART et S. LUCAS dans Management hospitalier – Stratégies nouvelles des cadres p. 148

confirment Josette HART et Sylvie LUCAS. Ainsi, n'hésite-t-il pas à ester en justice lorsqu'ils pensent avoir été lésés sur la prestation de l'établissement de santé.

Enfin avec la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, l'usager devient un véritable acteur, modifiant encore les rapports qu'il a avec le monde hospitalier.

Cette qualité de l'offre de soins demandée par l'usager, passe par une véritable relation « client-fournisseur », une prise en charge optimisée et une qualité des soins irréprochable.

L'intégration de ce personnel de rééducation permettra de répondre en partie à ces demandes. En effet, d'une part, il sera plus aisé d'organiser les services pour éviter les visites impromptues des soignants dans les chambres (médecins, aides soignants, infirmiers, kinésithérapeutes, diététiciens, pédicures...) quelques fois au moment du repas, de visites ou ensembles, se télescopant ; plus aisé aussi d'organiser les consultations avec différents métiers de rééducation (en diabétologie par exemple) ; et d'autre part, au niveau de la qualité, de pouvoir connaître pour les harmoniser les procédures rattachées à ces spécialités de rééducation.

1.1.2 Pour l'institution

L'institution hospitalière est garante de la bonne gestion des deniers publics. Elle est cependant pressée par le corps médical et le personnel qui exigent des moyens humains et matériels supplémentaires. L'intérêt d'une direction pour gérer au mieux cette contradiction, accentuée par une demande de la part des usagers de plus de progrès techniques et plus de prise en charge sociale, sera à la fois de connaître les potentiels humains de l'établissement et d'autre part d'imaginer l'évolution des activités paramédicales pour ce qui nous intéresse.

Connaître les potentiels humains, c'est connaître le rôle et la place de chacun, optimiser les moyens en tentant de faire disparaître les dysfonctionnements. Bien connaître les agents hospitaliers, c'est aussi connaître les résistances psychologiques, syndicales ou corporatistes qui permettront d'anticiper les freins aux changements.

Imaginer l'évolution des activités paramédicales, c'est anticiper les changements, en un mot, gérer au mieux. On connaît déjà la tarification à l'activité qui demandera une planification des activités, notamment paramédicales, les services prestataires comme la

pharmacie, les laboratoires, la radiologie, mais aussi l'ensemble de la rééducation ont un coût non négligeable. On sait également que si le nombre de techniciens de laboratoire aura tendance à baisser avec l'automatisation des analyses, les professions de kinésithérapeutes, d'ergothérapeutes, ou de pédicures-podologues entre autres rééducateurs, verront leur activité augmentée au fur et à mesure du vieillissement de la population.

Pour toutes ces raisons, l'intégration de ces professionnels de rééducation dans un service de soins I.M.T.R. est un enjeu important pour l'institution hospitalière.

1.1.3 Pour le corps médical

Dans bien des cas, le personnel de rééducation est affecté à un service soignant et sera sous la hiérarchie fonctionnelle d'un médecin chef de service. C'est le cas quasi général pour les orthophonistes auprès d'un médecin oto-rhino-laryngologiste (O.R.L.), pour les orthoptistes auprès des médecins ophtalmologistes, ainsi que pour pas mal de kinésithérapeutes et d'ergothérapeutes auprès de médecins rééducateurs, quelques fois aussi pour les psychomotriciens auprès d'un pédiatre, d'un gérontologue ou d'un psychiatre, et pour des diététiciens et pédicures-podologues enfin, auprès de diabétologues par exemple.

Or pour les chefs de service *«l'intérêt est de conserver le pouvoir sur leur territoire représenté par l'unité de soins ou le service, les malades et le personnel.»*⁶

Malgré cela, le côté gestion administrative n'est pas et de loin celui que le médecin préfère. Savoir que le ou les rééducateurs attachés à son service auront un encadrement soignant n'est pas pour lui déplaire, d'autant qu'il travaille, la plupart du temps, avec un cadre de santé infirmier.

1.1.4 Pour le personnel de rééducation isolé

Le principal enjeu pour ce personnel isolé, c'est la reconnaissance dans sa participation aux activités soignantes, dans son métier qui n'est pas toujours bien ciblé (quelle est la limite entre le travail d'un kinésithérapeute et celui d'un ergothérapeute par exemple ?), et dans sa valeur professionnelle, d'autant plus s'il n'est pas rattaché à un service.

⁶ J. HART et S. LUCAS dans Management hospitalier – Stratégies nouvelles des cadres p. 72

Ils veulent devenir des acteurs à part entière du système hospitalier et être reconnus comme tels : « *Les personnels qui travaillent à l'hôpital ou avec l'hôpital, ne tolèrent plus aujourd'hui de ne pas être reconnus pour leur apport, leur contribution spécifique à l'organisation. Ceux que l'on a trop oublié (par exemple les infirmières) se chargent eux-mêmes de rappeler aux autres acteurs, leur rôle et leur contribution. En ce sens ce n'est pas à la naissance de nouveaux acteurs que l'on assiste, mais à une demande de reconnaissance de la qualité d'acteur à part entière, établie et reconnue par tous.* »⁷

Mais ceci n'est que leur demande explicite qui permet d'imaginer les intérêts qu'ils pourraient avoir dans cette intégration : avoir plus d'informations, profiter de formations qu'ils leur sont difficiles à l'heure actuelle d'obtenir, valoriser auprès d'autres soignants leur travail, etc.

Qu'en est-il par contre de l'évaluation de leur travail, du regard sur leur organisation ? Sont-ils prêts à laisser de côté leur zone d'incertitude, cette liberté de travail ? Autant de questions dont la réponse reste implicite.

1.1.5 Pour la direction des soins

Le décret du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs de soins de la fonction publique hospitalière précise les fonctions du directeur des soins dans son article 4 : « *1° Il coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et en assure l'animation et l'encadrement ;
2° Il élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins, le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité ;
3° Il participe ...à la conception, l'organisation et l'évolution des services et des activités de soins ;
4° Il participe à la gestion des personnels des activités de soins dont il propose l'affectation ;
5° Il contribue à l'élaboration du programme de formation... ;
6° Il...détermine une politique d'évaluation des pratiques de soins...»⁸*

De ces fonctions, nous pouvons en déduire les intérêts d'un directeur de soins à intégrer ce personnel au sein de son service :

⁷ F. GONNET dans L'hôpital en question(s) p. 41

⁸ Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002, J.O. du 23 avril 2002 p. 7187 et suivantes

- Il coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins I.M.T.R. (1°), et donc de tout le personnel paramédical, rééducateurs compris. Il est d'ailleurs responsable de la continuité des soins ;
- Il est le garant de l'amélioration continue de la qualité (2°), en cela il se doit d'apprécier les compétences de ces professionnels pour mettre en œuvre les bonnes pratiques ;
- Il participe à l'organisation et à l'évolution des services (3°) et propose aux personnels leur affectation (4°), et ainsi doit-il connaître le rôle et la place de chacun ;
- Il contribue au programme de formation (5°), et donc pourra conseiller aux personnels de rééducation des formations de mise à niveau de leurs connaissances ;
- Enfin, il détermine une politique d'évaluation des pratiques de soins pour une amélioration de la qualité des soins (6°), ce qui nous ramène à la connaissance des compétences professionnelles des rééducateurs.

Ces intérêts pour un directeur des soins ne vont pas d'ailleurs sans poser les questions du comment faire et avec qui ? Ces questions découlant d'une réelle problématique de directeur de soins ont été moteur pour la rédaction de ce mémoire.

1.1.6 Synthèse : Des intérêts et des désirs

L'hôpital peut s'articuler en structures, comportements humains et activités de production. Ces trois pôles hospitaliers sont liés entre eux. Nous ne pouvons pas imaginer une production de soins sans homme et sans bâtiment pour les accueillir.

L'évolution du contexte et des contraintes, notamment économiques, exigent une articulation des professionnels quelles que soient leur culture et leur profession. La condition d'un comportement humain adapté passe par une conduite collective.

Il n'en demeure pas moins vrai que si l'intérêt général, à peu de chose près, concourt à une intégration des personnels de rééducation isolés, leur condition d'intégration devra prendre en compte non seulement leurs désirs explicites (leurs besoins de reconnaissance), mais aussi leurs désirs implicites (leur besoin de garder une certaine liberté).

1.2 La pluridisciplinarité renforcée, condition du développement des pratiques hospitalières

1.2.1 L'évolution tend vers une intégration

A) L'évolution des textes

Depuis la loi du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière, l'existence d'un service de soins infirmiers distinct du service de soins médicaux est affirmé. Il est précisé dans son article L714-26 : *« Il est créé dans chaque établissement, un service de soins infirmiers dont la direction est confiée à l'infirmier général, membre de l'équipe de direction.*

Une commission présidée par le directeur du service des soins infirmiers et composée des différentes catégories de personnels du service de soins infirmiers, est instituée en son sein. »

Auparavant, et depuis 1974, l'infirmière générale (I.G.) avait un rôle hiérarchique sur la filière infirmière, mais n'était pas à la tête d'un service proprement dit, et ne faisait pas partie de l'équipe de direction. Cette volonté du législateur, répondait, entre autre, à une attente institutionnelle sur la visibilité des activités.

Ainsi se donnait-il la possibilité d'évaluer et de contrôler l'activité paramédicale, en intégrant l'I.G. à la direction, et par là la personne au sommet de la hiérarchie du service de soins infirmiers.

Depuis, la pratique comme les textes, ont eu tendance à intégrer de plus en plus les paramédicaux.

A partir de 1995, de gros établissements, centres hospitaliers régionaux et/ou universitaires (C.H.R.-C.H.U.) ont organisé des coordinations de plateaux médico-technique et de rééducation en lien ou non avec la D.S.S.I. ; d'autres encore, par l'intermédiaire de cette même D.S.S.I., ont désigné des représentants de ces professions comme observateurs des travaux de la C.S.S.I. ; d'autres enfin ont laissé ces personnels en relations informelles avec le personnel de la filière infirmière.

Ainsi, le décret du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé, précise dans son article 1 : *« Il est créé un diplôme de cadre de santé. Ce diplôme porte mention de la profession de son titulaire.*

Ce diplôme est délivré aux personnes titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre leur permettant d'exercer la profession... (ici sont cités les professions paramédicales, dont les

sept de rééducation)...*qui ont suivi la formation...dans un institut de formation des cadres de santé agréé par le ministre chargé de la santé...* »⁹

Ce décret harmonisait les études de l'encadrement paramédical, puisque les instituts agréés pouvaient former en même temps des métiers paramédicaux différents, quelle que soit la filière et sur un programme commun ; ce qui n'existait pas pour la formation initiale, où chaque métier dans chaque filière avait son ou ses écoles d'encadrement avec un programme différent (les écoles de cadres en kinésithérapies, par exemple, étaient pour la plupart tournées vers l'enseignement et non la gestion). Il existait, néanmoins, notamment à La Pitié-Salpêtrière à l'A.P.-H.P., une formation continue commune pour les faisant fonction de surveillant quel que fut le métier d'origine avant les années 90.

Si les formations de cadres étaient à ce moment là regroupées dans de mêmes lieux et avec un programme commun, la dénomination des cadres continuait à séparer les métiers. Il y avait donc des pédicures-podologues surveillants, comme des infirmiers surveillants ou des techniciens de laboratoire surveillants.

Il fallut attendre le décret du 31 décembre 2001 pour regrouper tous ces paramédicaux surveillants sous le vocable de cadre de santé. Dans son article 1, il affirme : « *Le présent décret s'applique aux cadres de santé en fonction...qui constituent un corps classé en catégorie A.*

*Le corps de cadres de santé comprend selon leur formation :...(et là selon chaque filière sont énumérés les différents métiers suivi de cadres de santé) »*¹⁰

Si à première vue, ce décret n'avait pas fondamentalement changé la dénomination des cadres, en fait l'intitulé de ces personnels s'est très vite inversé dans le langage courant des hôpitaux, et il était plus fréquent d'entendre : untel cadre de santé d'ergothérapie qu'untel ergothérapeute cadre de santé.

Cette inversion a fait assurément progresser l'intégration des rééducateurs, comme des médico-techniques au moins dans l'esprit de la filière infirmière.

Dans les faits aussi, puisqu'il n'est pas rare de retrouver des groupes de travail interdisciplinaires qui dépendent peu ou prou de la commission du service des soins infirmiers. Souvent aussi, l'encadrement des filières de rééducation et médico-techniques

⁹ Décret n° 95-926 du 18 août 1995, J.O. n°193 du 20 août 1995 p. 12468

¹⁰ Décret n°2001-1375 du 31 décembre 2001, J.O. du 1° janvier 2002

est invité aux réunions de la C.S.S.I. et sinon, des réunions de cadres soit de proximité, soit supérieurs, regroupant toutes les filières sont instaurées.

Depuis, le décret du 19 avril 2002 portant statut du corps des directeurs de soins de la fonction publique hospitalière, a accentué cette intégration, puisque toutes les filières paramédicales sont réunies dans un service de soins I.M.T.R. . En effet, il est affirmé dans son article 4: « *Le directeur des soins, coordinateur des soins, est nommé par le chef d'établissement. Il exerce, sous l'autorité de ce dernier, des fonctions de coordination générale des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Il est membre de l'équipe de direction et dispose par délégation du chef d'établissement de l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des cadres de santé...* »¹¹

Cependant, il existe toujours une lacune dans les textes, puisque, si le coordinateur général des soins supervise l'ensemble des personnels paramédicaux, il reste le président de la commission du service des soins purement infirmiers, la loi de 1991 n'ayant pas été modifiée sur ce sujet.

Enfin, le contenu du projet Hôpital 2007, dans son volet gouvernance, conforte le texte d'avril 2002. Dans la mouture du 7 janvier 2004, il est précisé à l'article L 6146-9 : « *Dans chaque établissement, la coordination des soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation est confiée à un directeur des soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation, nommé par le directeur, qui est membre de l'équipe de direction...* »¹².

De même, il rectifie l'anomalie de la C.S.S.I. dans ce même article L 6146-9 : « *...Une commission des soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation présidée par le coordinateur général des soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation et composée des différentes catégories de personnels de soins, est consultée dans les conditions fixées par voie réglementaire...* »¹³.

Ainsi, les décrets successifs permettent l'intégration des professions de rééducation au sein d'un service de soins I.M.T.R.. Mais cette intégration s'est-elle faite aussi sur le terrain, et si oui, sous quelle forme et pour quels projets ? Notre enquête auprès des directeurs de soins et du personnel de rééducation isolé tentera d'y répondre.

¹¹ Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002, J.O. du 23 avril 2002 p. 7187 et suivantes

¹² J.F. MATTEI, Hôpital 2007, la nouvelle gouvernance, version du 7/01/2004

¹³ Ibid.

B) L'évolution de la qualité des soins

Si un organisme a été moteur en matière d'évolution de la qualité des soins, c'est bien l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation des soins (ANAES). Or l'un des points importants de l'évaluation de la qualité dans un établissement hospitalier est la coordination des acteurs de santé. On retrouve ce thème dans plusieurs référentiels.

Dans celui du dossier du patient (DPA) notamment où il est dit en introduction : « *Le dossier du patient...assure la traçabilité de toutes les actions effectuées...La bonne tenue du dossier du patient contribue à la continuité, la sécurité et l'efficacité des soins. Elle est le reflet de la pratique professionnelle et de sa qualité. Ce dossier est le témoin d'une organisation centrée autour du patient...Le dossier du patient contient l'ensemble des informations produites par les professionnels de santé...des informations relatives aux soins paramédicaux dispensés par les infirmiers et les autres professionnels de santé (Kinésithérapeutes, diététiciennes, orthophonistes, etc.)...L'évaluation de la qualité de la tenue du dossier du patient est une nécessité. Elle est le préalable indispensable à l'évaluation de la qualité des soins et des pratiques professionnelles.* »¹⁴

Ensuite, et pour appliquer ces différentes recommandations, sont déclinés des références. En particulier :

- Il est recommandé dans la première référence : « *l'établissement définit et met en œuvre une politique du dossier du patient dans l'ensemble des secteurs d'activité.* »¹⁵
- Puis, dans la seconde il est préconisé : « *La politique du dossier du patient associe dans sa définition et sa mise en œuvre les instances et les professionnels concernés.* »¹⁶
- Enfin, la cinquième référence se décline ainsi : « *Le contenu du dossier du patient permet d'assurer la coordination de la prise en charge entre professionnels et entre secteurs d'activité.* »¹⁷

Ces recommandations de la DPA tendent à imposer un dossier du patient commun à tous les professionnels intervenant dans les soins prodigués aux patients.

¹⁴ Manuel d'accréditation des établissements de santé : 1^o version, juin 2003, p. 49 et 50

¹⁵ Ibid., p. 52

¹⁶ Ibid., p. 52

¹⁷ Ibid., p. 53

L'intégration des personnels de rééducation est non seulement souhaitée, mais représente l'un des maillons de la continuité des soins et par là de leur qualité.

Ensuite, dans le référentiel organisation et prise en charge des patients (OPC), dans les neuf, dix et onzième références, il est demandé déjà que soit déterminé une règle commune de fonctionnement entre les secteurs d'activité cliniques et les professionnels des pharmacies, des laboratoires, de l'imagerie médicale ou d'exploration fonctionnelle.

Enfin, dans le référentiel management de l'établissement et des secteurs d'activité (MEA), il est mis en évidence au niveau de la sixième référence que :

- « *Le management interne de chaque secteur d'activité contribue à favoriser l'amélioration de la prise en charge du patient.* »¹⁸

Ce qui confirme que tant au niveau du terrain qu'au niveau des managers, tout doit être mis en place pour assurer une prise en charge globale des patients en vue d'améliorer la qualité des soins.

La deuxième version du manuel d'accréditation des établissements de santé réitère ces recommandations de coordination des différents acteurs de soins. Ainsi, s'il est décliné par secteur d'activité (médecine/chirurgie, périnatalité, psychiatrie et santé mentale, soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée et hospitalisation à domicile), chacun de ces secteurs reprend le parcours du patient. Et en effet, les références 48 et 49 de chaque secteur dans le référentiel 3 précisent :

- Référence 48 : « *Les activités de rééducation et de soutien sont coordonnées par les professionnels concernés, en lien avec ceux des secteurs d'activité cliniques.* »¹⁹ Le champ d'application précisé par l'ANAES est le suivant : Les activités sont la kinésithérapie, l'orthophonie, la diététique, la psychologie, la psychomotricité, la prothèse, etc. Et il est ajouté dans le deuxième critère : « *La prise en charge pluriprofessionnelle du patient associe les professionnels des secteurs d'activité cliniques, et de rééducation et de soutien, l'information réciproque et la collaboration sont effectives.* »²⁰

¹⁸ Ibid. Manuel d'accréditation des établissements de santé : 1^o version, juin 2003, p. 72

¹⁹ Manuel d'accréditation des établissements de santé : 2^o procédure d'accréditation, version expérimentale, novembre 2003, p. 62

²⁰ Ibid., p. 63

- Référence 49 : « *L'éducation du patient sur son état de santé, son traitement et les questions de santé publique le concernant est assurée.* »²¹ Il est précisé ensuite les programmes d'éducation : sur des pathologies (diabète, asthme, etc.) ou des suites opératoires (colostomie, trachéostomie, etc.) ou sur des actions de rééducation (phonique, physique, etc.).

C'est ainsi que l'évolution de la qualité des soins, évaluée par l'ANAES, passe bien aussi par l'intégration de ces personnels de rééducation, pour pouvoir coordonner les différentes activités des soins médicaux et paramédicaux.

C) L'intégration, passage obligé pour la tarification à l'activité

*« La tarification à l'activité est un mode de financement, qui vise à fonder l'allocation des ressources aux établissements de santé publics et privés sur la nature et le volume de leur activité réalisée, mesurée, pour l'essentiel, sur la base des données issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) »*²²

C'est par cette phrase que commence la présentation de la tarification à l'activité (T2A). En dehors du fait que les actions en faveur de l'amélioration de la qualité des soins, et la présence des rééducateurs dans la pluridisciplinarité des soins prodigués rentrent dans cette amélioration, peuvent être financées au titre de l'aide à la contractualisation, quel est l'intérêt économique de leur intégration ?

Nous savons que plus de 60% du budget d'un établissement hospitalier est consacré au frais du personnel. C'est, et de loin, dans la section d'exploitation, le point le plus sensible pour trouver ou perdre des moyens économiques. Or l'une des méthodes pour gérer au mieux cette enveloppe, est d'optimiser les moyens que nous possédons :

- Ainsi un psychomotricien peut travailler auprès de personnes âgées ou handicapées mentales aussi bien qu'auprès d'enfants ;
- une diététicienne est à même de proposer des repas aux personnels, mais comme spécialiste des régimes peut travailler en diabétologie ;

²¹ Ibid., p.63

²² La tarification à l'activité, document d'information, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, octobre 2003, p .2

- un ergothérapeute améliore la préhension des objets chez les handicapés physiques, mais connaît l'ergonomie au travail ;
- un kinésithérapeute outre ses capacités de rééducateur, a la possibilité de former en prévention des lombalgies les brancardiers ou le personnel infirmier etc.

Une deuxième méthode, comme nous l'avons dit plus haut est d'anticiper l'évolution des activités, pour cela il est possible de s'appuyer sur les données des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) et sur les données démographiques de sa région. En tout cas, les données démographiques pour la France entière, laisse prévoir une augmentation sensible des personnes âgées et donc de la demande de prise en charge en matière de rééducation (kinésithérapie, ergothérapie, pédicurie-podologie, psychomotricité, diététique, etc.).

D'ailleurs le SROS de troisième génération préconise dans sa contribution : « ...les conférences sanitaires peuvent élaborer un projet médical de territoire sur les principales activités de plateau technique, et les activités de proximité, en particulier la prise en charge des personnes âgées. »²³

Plus loin est ajouté : « Une attention très particulière doit être portée sur la prise en charge des personnes âgées qui doivent pouvoir bénéficier de la structure d'une **véritable filière gériatrique**. »²⁴

Enfin, on peut lire : « La révision des SROS et l'élaboration des projets médicaux de territoire, doivent **intégrer les activités qu'il convient d'offrir en proximité, en lien avec les schémas départementaux de gérontologie et du handicap**. »²⁵

Il semble évident que l'avenir tend à l'intégration de ces personnels. Tant au niveau des textes actuels, que de la qualité des soins ou qu'enfin de l'intérêt économique, l'avenir est dans la prise en compte pour un directeur des soins de ce personnel isolé. Mais cette intégration ne peut se faire sans la reconnaissance de ces différents métiers de rééducation.

²³ Extrait de la circulaire N°DHOS/O/2004/101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération, p.5

²⁴ Ibid., p.6

²⁵ Ibid., p.6

1.2.2 L'intégration dans la reconnaissance des différents métiers

Avant même de vouloir reconnaître les professions, il est important de connaître les professionnels : leur parcours de formation, leur place dans l'institution, leurs singularités dans la manière de travailler.

A) Les singularités de ce personnel

a) *Leurs formations et leurs lieux d'activité*²⁶

La durée des études des sept professions de rééducation varie de 2 ans après le baccalauréat pour les diététiciens à 4 ans pour les orthophonistes. Les cinq autres professions ont une durée d'études de 3 ans post baccalauréat, avec souvent, en dehors des diététiciens, une année préparatoire à l'entrée dans les centres de formation non obligatoire.

Les lieux de leurs études sont résumés dans le tableau N° 1 :

ORGANISME DE TUTELLE RÉÉDUCATEURS	SANTÉ ²⁷			EDUCATION NATIONALE		TOTAL RECENSÉ
	Publics	Privés		Lycée	Université	
		Non lucratif	Autres			
Diététicien				X	X	37
Ergothérapeute	3	5				8
Kinésithérapeute	13	18	4			37
Orthophoniste					X	15
Orthoptiste					X	11
Pédicure-Podologue	1	5	4			10
Psychomotricien	4	2				6

TABLEAU N° 1 : Organismes de tutelle préparant aux diplômes de rééducateur

Nous pouvons remarquer sur ce tableau que la santé publique est très minoritaire comme organisme de formation. Situation proche des formations aux métiers de la filière médico-technique, mais plus éloignée de la filière infirmière.

²⁶ Tiré de la VIème Journée nationale d'étude et de réflexion de l'UIPARM, Formations et valorisation professionnelle, Paris, le 18 janvier 2002

²⁷ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Ministère de l'emploi et de la solidarité 2000

Il est également intéressant d'observer les conditions générales de l'exercice de ces professions. Tous ces emplois s'exercent en collaboration avec des médecins, mais tous ont la possibilité de travailler en libéral. Conditions qui les éloignent des professionnels de la filière médico-technique, qui ne peuvent pas exercer en libéral, mais les rapprochent des infirmiers. Cependant, les actes de certaines professions, psychomotriciens par exemple, ne font pas l'objet d'un remboursement de la Sécurité Sociale.

Or, des études en dehors de la fonction publique hospitalière, pour des professionnels qui ont la possibilité de s'installer en libéral ou en cabinet de groupe, associés à des médecins spécialistes du privé, avec pour certains une reconnaissance financière bien plus importante que dans la fonction publique, ne favorisent pas l'intégration de ces rééducateurs dans le monde hospitalier.

Justement et afin de compléter cette vue globale, il semble important de connaître les domaines d'activité choisis par ces rééducateurs pour exercer leur métier.²⁸

DOMAINES D'ACTIVITE RÉÉDUCATEURS	SALARIES		LIBÉRAUX
	PUBLIC	PRIVE	
Diététicien	44%	37%	19%
Ergothérapeute	36%	63%	1%
Kinésithérapeute	12%	9%	79%
Orthophoniste	14%	86%	
Psychomotricien	32%	61%	7%

Tableau N° 2 : Domaines d'activité des rééducateurs

Les orthoptistes, au nombre de 318 dans les établissements hospitaliers publics et les pédicures-podologues au nombre de 196 sont essentiellement dans les secteurs privés et libéraux. Comme nous pouvons le constater, aucune de ces professions ne travaille majoritairement dans le secteur public.

De ces trois domaines : le lieu d'étude, les conditions d'exercice et les domaines d'activité, nous pouvons facilement imaginer que la culture professionnelle des rééducateurs est plutôt tournée vers le secteur privé et libéral, par conséquent une

²⁸ Source, UIPARM, 2001

certaines libertés dans leur travail, et que le sentiment d'appartenance à un secteur public ne va peut-être pas de soi pour eux.

Cette culture professionnelle sera particulièrement à prendre en compte dans un projet d'intégration pour une direction des soins.

b) Leur place dans l'institution

Parmi les personnels de rééducations, la plupart ont des attaches fonctionnelles très fortes avec le corps médical. Leur travail dépend essentiellement de prescriptions médicales au niveau des établissements publics de santé.

C'est ainsi que les kinésithérapeutes et ergothérapeutes seront souvent encadrés par un médecin rééducateur, les orthophonistes par un médecin ORL, les orthoptistes par un ophtalmologiste, les psychomotriciens par un psychiatre ou un pédiatre, les pédicures-podologues par un rhumatologue, diabétologue ou chirurgien orthopédiste, et parfois les diététiciens par un diabétologue.

Ces derniers, un peu à part dans leurs relations hiérarchique et fonctionnelle, ont été souvent rattachés aux services économiques, de part leur implication au niveau de la restauration. Statutairement, les autres, avant la loi du 19 avril 2002, étaient hiérarchiquement rattachés à la direction des ressources humaines.

Ils représentent donc soit des professionnels très dépendants des unités où ils travaillent, comme le sont généralement les orthophonistes, orthoptistes et psychomotriciens ; soit des personnels en vacation dans les services, comme le sont régulièrement les pédicures-podologues, kinésithérapeutes ou ergothérapeutes sans service de rééducation défini, et diététiciens.

Ils est intéressant aussi de connaître leur pourcentage de titularisation et de présence dans les établissements. C'est ce que nous montre imparfaitement le tableau N° 3²⁹ :

TYPES DE CONTRAT	TITULAIRES SUR EMPLOI PERMANENT	Etp MOYEN
RÉÉDUCATEURS		
Diététicien	91%	87%
Ergothérapeute	84%	88%
Kinésithérapeute	82%	86%
Orthophoniste	57%	71%
Orthoptiste	50%	62%
Pédicure-Podologue	22%	40%
Psychomotricien	76%	83%

Tableau N° 3 : Pourcentage de titulaires et d'Etp. chez les rééducateurs

²⁹ Source : DHOS/P2/cellule des statistiques 2001

Il est vrai que ce tableau est perfectible :

- d'une part, il ne fait pas cas des vacances des rééducateurs, non comptabilisées dans les emplois permanents, cet oubli entraînant un pourcentage de titulaires supérieur à la réalité ;
- et d'autre par le pourcentage d'équivalents temps plein, n'indique pas le nombre de personnel à temps partiel.

Au demeurant, il présente quand même quelques intérêts : On se rend compte que peu d'orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues sont titularisés et que ces mêmes professionnels sont souvent employés à temps partiel. Cela semble moins vrai pour les psychomotriciens et pour ainsi dire pas pour les diététiciens, les ergothérapeutes et les kinésithérapeutes. Mais n'oublions pas les limites du tableau.

Quelles significations peut-on avancées ?

- Les professionnels des trois premiers métiers pourraient avoir des cabinets libéraux pour compléter leur travail ;
- Si, lors de notre enquêtes, nous avons rencontré régulièrement chez les ergothérapeutes et les psychomotriciens, du personnel contractuel, nous n'avons pas investigué jusqu'à savoir s'ils étaient ou non sur des emplois permanents.
- Le cas des kinésithérapeutes est particulier, puisque c'est une profession qui se raréfie sur le marché du travail, la demande étant sans cesse en progression.

Outre la singularité de leurs formations et leurs places dans l'institution, leur travail par lui-même contient quelques fois une zone de liberté plus importante que dans celui des autres paramédicaux.

c) *Leur liberté*

Le personnel de rééducation, s'il travaille souvent en binôme avec un médecin qui lui prescrit une rééducation à effectuer sur un patient, a le choix de ses propres techniques pour arriver au but souhaité par le corps médical. Par là, il possède une liberté d'action que n'ont pas, par exemple, les personnels de la filière médico-technique.

De plus avoir une hiérarchie fonctionnelle éloignée, mais très fortement reconnue par les personnels, permet d'avoir une identification forte : « *L'identification est plus importante si le modèle a du prestige. Ainsi, la puissance, le prestige, la compétence sont des biens enviés et gratifiants...* »³⁰. Cet éloignement permet aussi d'avoir un positionnement

³⁰ R. SAINSAULIEU, L'identité au travail, p. 306

décalé par rapport aux autres agents de l'unité : C'est le chef de service qui va choisir ses rééducateurs pour son unité, c'est lui qui va les défendre auprès d'une direction, qui va les évaluer, etc., en leu et place du cadre de proximité qui n'aura que le travail de contrôle de son planning.

De même dans l'organisation de son travail, le rééducateur isolé, sera le maître d'œuvre, il pourra prendre pour certains ses rendez-vous, adaptera de lui-même son rythme de travail, ses visites, dans le but de mener à bien sa rééducation. Il crée grâce à cette liberté dans le travail, une zone d'incertitude et acquiert ainsi un pouvoir incontestable : *«L'incertitude se situe donc toujours en relation au pouvoir...Dans l'analyse stratégique, l'incertitude est définie par rapport au renforcement du jeu de l'acteur, c'est à dire comme une autonomie. »*³¹

Autonome dans son travail, possédant une certaine liberté par rapport à une hiérarchie administrative, les rééducateurs isolés ont cependant besoin de reconnaissance et de sécurité que pourrait peut-être leur apporter l'institution hospitalière.

B) Leur reconnaissance dans l'institution

*« ...le problème de l'organisation est de permettre la différence et l'altérité tout en gardant l'unité. D'où la nécessité du respect de ces différences. »*³²

Nous avons étudié l'importance de la pluridisciplinarité tant au niveau des textes, que de la démarche qualité prônée par l'ANAES ou de la retombée économique.

Les usagers, comme les directeurs des soins, sont conscients de l'importance pour la qualité des soins d'une prise en charge globale et donc pluridisciplinaire. Mais la mise en place de cette prise en charge dépend bien évidemment de la reconnaissance institutionnelle de ce personnel.

A l'hôpital la situation des soignants autres qu'infirmiers doit être mieux comprise. Le rapport de nombre entre les paramédicaux peut expliquer l'inquiétude des rééducateurs. Ils ont peur de ne pas être reconnus parce que peu nombreux et donc cherchent à se protéger. *« Leur savoir technique leur permet de pouvoir ériger des barrières et renforcer le cloisonnement. La peur d'une dilution dans la masse de leur identité professionnelle peut les forcer à revendiquer une plus grande reconnaissance . »*³³

³¹ P. BERNOUX, La sociologie des organisations, p. 149

³² Ibid., p. 179

³³ LEGOURD B., Mémoire de l'ENSP, 2000, p. 23

Pour permettre d'associer les acteurs et donc les reconnaître dans leurs différences, le manager doit permettre la communication. La création d'un climat de travail constructif et productif implique une participation et une concertation de tous sur les prises de décisions, promouvoir le sentiment d'appartenance, disposer d'une ouverture d'esprit. Il est indispensable d'avoir des objectifs communs, prenant en compte les différences de chacun pour favoriser une prise en charge globale de l'utilisateur.

Un maximum de reconnaissance passera par un projet de soins I.M.T.R.. Un projet de soins exprime l'engagement d'une institution, décrit les choix, les objectifs et les réalisations attendues et traduit les valeurs qui le sous-tend.

Il est important d'afficher les valeurs, car les différences entre professionnels sont souvent de l'ordre des valeurs, bases des pratiques professionnelles.

Nous voyons bien la dualité qu'il peut y avoir entre l'intégration nécessaire pour l'institution, en particulier pour la direction des soins, et la reconnaissance de ce personnel de rééducation isolé.

Cela nous amène à poser certaines hypothèses intégrant cette dualité, qui, après entretiens et questionnaires se verront ou non corroborer.

1.3 Les hypothèses

- **Les intérêts institutionnels sont peu ou pas énoncés dans le projet de soins ;**
- **Les directions des soins, n'ayant pour la plupart pas encore appliqué dans leur établissement les textes du 19 avril 2002, prennent difficilement en compte les particularités de ce personnel isolé dans leur management ;**
- **La gestion des trois filières paramédicales sous une même direction des soins permet une prise en charge des patients plus efficace et de meilleure qualité ;**
- **Les agents appartenant à une profession paramédicale isolée restent attachés à leur zone d'incertitude ;**
- **Ces agents sont favorables à participer à un projet de soins commun aux trois filières, pour une prise en charge globale de la personne soignée.**

« L'adhésion ou la motivation des acteurs ne se décrètent pas. » J. HART et S. LUCAS

2 CHAPITRE II : LES ATTENTES DE L'INSTITUTION ET DES PERSONNELS

2.1 L'enquête

Nous avons voulu dans notre enquête, confronter l'attente institutionnelle, représentée par le projet de soins et celle des directeurs des soins eux-mêmes par des entretiens, à l'attente des professionnels de rééducation isolés, que nous avons pu interroger au moyen de questionnaires.

Ainsi, pourrions-nous, dégager les souhaits explicites et peut-être implicites des rééducateurs, et proposer des conditions pour une possible intégration au sein d'un service de soins I.MT.R., si, et seulement si, l'intérêt pour les directeurs de soins et l'institution est de les intégrer...

2.1.1 Les méthodologies utilisées

A) Les entretiens³⁴

a) Méthode

Les entretiens ont eu lieu de janvier à début mars 2004.

Ils ont été semi directifs, ont eu une durée comprise entre 30 et 45 minutes et toujours de vive voix. Ils ont été relevés par prises de notes pré classées par thèmes.

b) Thèmes abordés

Quatre grands thèmes ont été abordés qui ont fait l'objet d'analyses :

- La description de la gestion et l'organisation des professions de rééducation ;
- La communication entre les professionnels de rééducation et les directeurs de soins ;

³⁴ Cf. Annexe II : le guide d'entretien et la grille thématique d'analyses

- Les intérêts pour une direction des soins d'intégrer les personnels de rééducation isolés ;
- La présence dans un projet de soins, présent ou futur, d'une direction politique et stratégique visant à l'intégration de ces personnels.

c) *La population interrogée*

Les entretiens ont concerné 11 directeurs des soins ou coordinateurs généraux des soins de différents types d'établissements, de 380 lits à 2070 lits, répartis comme le montre le tableau N° 4 :

TYPES D'ÉTABLISSEMENT FONCTIONS	CHS		CHI		CHG		CHU	
	Nb	Nom	Nb	Nom	Nb	Nom	Nb	Nom ³⁵
Coordinateur général des soins	2	JN R	1	B	4	A Be E Me	1	Ge
Directeur des soins	0		0		0		3	G M MF

Tableau N° 4 : Fonction des personnes concernées par les entretiens et types d'établissement où ils exercent.

B) Le questionnaire³⁶

a) *La conception du questionnaire*

Le questionnaire avait pour but de connaître le degré d'intégration des personnels de rééducation isolés ; leurs intérêts et souhaits, particulièrement vis-à-vis du service des soins infirmiers ou I.M.T.R. et du projet de soins. Enfin, ils avaient la possibilité de s'exprimer librement par des questions semi ouvertes ou ouvertes. Ces d'ailleurs grâce à celles-ci que nous pourrions nuancer leurs réponses.

Ainsi, quatre blocs ont été conçus, abordant quatre thématiques particulières :

- Les liens hiérarchiques, où il était demandé qui s'occupe de quoi ?

³⁵ JN = Jean-Noël ; R = Roger ; B = Bernard ; A = Annie ; Be = Brigitte ; E = Eric ; Me = Michèle
Ge = Geneviève ; G = Gérard ; M = Michel ; MF = Marie-Françoise.

³⁶ Cf. Annexe III le questionnaire avec le nombre de répondants et les fréquences à chaque modalité de réponse, ainsi que la lettre accompagnant le questionnaire.

- Les relations dans la travail, notamment avec la CSSI et la DSSI, et où se situent leurs intérêts dans une coopération avec le service des soins ;
- Leurs souhaits en matière de hiérarchie et de projet de soins paramédicaux ;
- Leur identité professionnelle avec leur ancienneté dans l'établissement.

Nous l'avons fait tester, une semaine avant de les distribuer à trois rééducateurs (un kinésithérapeute, une pédicure-podologue et un orthophoniste) qui ont permis de réajuster quelques questions pour plus de compréhension et de rajouter la question ouverte terminale.

Une fois corrigé, le questionnaire, accompagné d'une lettre d'accompagnement a été distribué à 300 exemplaires à partir de fin janvier par les directeurs des soins en formation sur leur lieu de stage. Jusqu'à la mi-mars, les questionnaires complétés ont été récupérés par ces mêmes directeurs des soins ou envoyés vers moi. Près de 50 établissements de tailles et de natures diverses ont été concernés : 9 CHS, 6 Hôpitaux locaux, 1 CHD, 9 CHG, 6 CHR, 9 CHU, 3 Hôpitaux de l'A.P.-H.P., l'Hôpital des armées, 2 Centres de rééducation....

b) La population questionnée

La consigne avait été de distribuer ce questionnaire aux seuls rééducateurs isolés, c'est-à-dire qui n'avaient pas de cadre de proximité ou cadre supérieur de leur métier.

199 questionnaires sont revenus remplis, soit environ les deux tiers de ceux distribués. Mais tous n'étaient pas exploitables. Seul 105 correspondaient aux stricts critères demandés, soit 53% des questionnaires revenus et 35% des questionnaires distribués.

Les causes de non-conformité sont les suivantes :

- 4 questionnaires remplis par des personnels médico-techniques ;
- 72 questionnaires remplis par des personnels de rééducation ayant un cadre de proximité ou un cadre supérieur du même métier (10 diététiciens, 11 ergothérapeutes, 48 kinésithérapeutes et 3 orthophonistes) ;
- 18 questionnaires remplis par des cadres de proximité ou cadres supérieurs de rééducation (2 diététiciens, 1 ergothérapeute, 14 kinésithérapeutes et 1 orthophoniste).

Nous avons traité, l'ensemble des questionnaires hormis ceux remplis par le personnel médico-technique.

Par contre, les analyses ne concerneront que les 105 questionnaires valides, sauf si un intérêt particulier amenait à prendre en compte l'ensemble des questionnaires remplis par les rééducateurs. Auquel cas, il sera fait mention de la prise en compte de 195 questionnaires.

Les 105 questionnaires revenus et validés concernant les rééducateurs isolés, se répartissent selon le tableau N° 5 :

Rééducateurs	Nombre d'agents de la même profession dans l'établissement				TOTAL
	seul	de 2 à 5	de 6 à 10	plus de 10	
Diététicien	3	8	8	2	21
Ergothérapeute	2	19	3	1	25
Kinésithérapeute	0	7	2	1	10
Orthophoniste	1	12	3	1	17
Orthoptiste	0	5	2	0	7
Pédicure-Podologue	3	4	0	0	7
Psychomotricien	4	7	5	2	18
TOTAL	13	62	23	7	105

Tableau N° 5 : Répartition des rééducateurs ayant répondu au questionnaire

Trois remarques s'imposent :

- Le peu de réponses des orthoptistes et des pédicures-podologues correspond bien à leur rareté dans les établissements publics hospitaliers (318 pour les orthophonistes et 196 pour les pédicures-podologues) ;
- Le peu de réponses des kinésithérapeutes, correspond au fait que dans bien des cas, ils sont regroupés en service et ont donc un cadre de leur métier, se sont d'ailleurs eux qui ont le répondu le plus au questionnaire, mais 52 d'entre eux étaient non conformes.
- Enfin, une large majorité (71%) de ce personnel se trouve à moins de 6 professionnels pratiquant le même métier dans leur établissement.

2.1.2 Les limites des méthodes

A) Des entretiens

Un nombre supérieur de directeurs des soins aurait été bien sûr plus représentatif. Mais, et j'en suis conscient c'est la limite de l'exercice.

Ce que l'on peut dire, c'est que les directeurs des soins ont tendance à traiter des rééducateurs en général, plutôt que de ceux qui sont isolés dans leur établissement au niveau de leurs projets.

Plus handicapant est le fait que dans les projets de soins pour la plus part infirmiers, comme d'ailleurs dans celui des projets d'établissement, un certain nombre de données récentes, ne sont pas prises en compte. Il s'agit en particulier de la T2A et du SROS de troisième génération.

De ce fait le chapitre de l'attente institutionnelle ne présentera qu'une partie des intérêts que peut présenter l'intégration du personnel de rééducation dans un service de soins I.M.T.R..

B) Du questionnaire

Comme tout questionnaire, il a ses propres limites :

- de taille, donc de nombre de questions ;
- d'ouverture, donc de commentaires signifiants ;
- de réponses, donc de représentativité...

Les réponses ont pu ne pas avoir été complètement objectives, malgré l'anonymat, dans la mesure où le questionnaire a été distribué et ramassé par des directeurs de soins, donc en principe un supérieur hiérarchique. Mais ce directeur des soins n'étant pas de l'établissement, le risque devient mineur.

2.2 L'attente institutionnelle au travers du projet de soins infirmiers

Les réponses des directeurs des soins lors des entretiens peuvent se diviser en 5 sous-groupes : Les hôpitaux où rien n'est prévu, où les rééducateurs ne font partie que sur le papier du service de soins, ceux qui attendent un prochain projet de soins, ceux dont ce dernier implique déjà les rééducateurs, enfin ceux qui sont en voie de restructuration.

2.2.1 Les hôpitaux où rien n'est prévu

C'est le cas de Ge dont le directeur général, présent depuis moins d'un an, n'a pas fait de la prise en charge des filières médico-techniques et de rééducation l'une des priorités dans la politique de l'établissement. En fait, cela arrange plutôt la coordinatrice des soins qui pense qu'il pourrait y avoir « *des problèmes de légitimité des coordinateurs des soins de filière infirmière par rapport aux autres filières.* »

Un autre cas, plus spécifique est celui de Me, coordinatrice des soins d'un hôpital d'un Territoire d'outre-mer où la législation n'est pas la même qu'en France métropolitaine. Les filières sont là-bas encore séparées et la CSSI n'existe pas : « *la législation territoriale n'a pas mis la santé comme axe prioritaire.* »

2.2.2 Les hôpitaux où les rééducateurs isolés font partis du service de soins, mais seulement sur le papier

C'est ce que me précise A coordinatrice générale des soins d'un important CHG « *Orthoptiste, psychomotriciens et orthophonistes ne sont pas rattachés dans les faits au service de soins, mais ils sont sur le papier rattaché au cadre kinésithérapeute, lui-même rattaché depuis peu au service de soins.* »

B coordinateur des soins d'un CHI semble ralenti dans l'intégration des rééducateurs : « *Nous avons décidé de réunir les 3 filières à la direction des soins, ce qui était demandé par les kinésithérapeutes, mais a été rejeté par les diététiciennes.* » Plus loin : « *Pour l'heure c'est statut quo.* »

2.2.3 Les hôpitaux qui attendent le prochain projet de soins ou les nouveaux textes

Ce sont les plus nombreux et ceux qui ont sans doute le plus de projets et d'attentes, puisque tout reste à construire.

Une première catégorie de directeurs des soins met l'accent sur la coordination nécessaire des filières. Ainsi M directeur des soins d'un CHU résume bien la pensée de quelques autres (Be et R coordinateurs des soins d'un CHG et d'un CHS) : « *Le projet de soins inclurait les avis de ce personnel au niveau des missions de chacun ; les 3 filières, représentées au sein de la CSSI, permettront de coordonner les soins dans un projet paramédical.* »

Une deuxième catégorie aborde une ouverture vers la transversalité, c'est JN et MF respectivement coordinateur des soins d'un CHS et directrice des soins d'un CHU : « *Il est prévu un encadrement des personnels par des cadres d'autres filières (des IDE par un cadre kiné. par exemple), un développement de la transversalité pour conduire à une ouverture réciproque d'une filière vers les autres filières.* » et : « *L'important est de se déconnecter de l'organisation médicale en pôles pour une organisation transversale soignante qui permettra de prévenir les problèmes ne relevant pas de la spécialité du service dans lequel il se trouve.* »

Enfin R à nouveau, qui rejoint l'ouverture des filières entre elles comme JN, annonce que dans son établissement est prévu « *un forum des métiers pour connaître les métiers de la rééducation.* »

2.2.4 Les hôpitaux dont le projet de soins implique déjà les rééducateurs

C'est le cas de MF dont le projet de soins prévoit la « *mise en place d'un dossier commun et partagé par tous* »

C'est aussi le cas de R dont la CSSI se compose dorénavant et déjà de rééducateurs volontaires.

2.2.5 Les hôpitaux en voie de restructuration

Deux restructurations sont prévues au niveau de la rééducation, chez E et M coordinateurs des soins en CHG ; restructuration qui donnera, comme le souligne E, une « *opportunité à la direction des soins pour définir un nouveau projet de soins communs à toutes les filières.* »

2.2.6 En définitive, l'attente institutionnelle est-elle clairement énoncée ?

Il semble que le leitmotiv pour tous ces directeurs des soins soit : « il est prudent d'attendre ». Et cela se comprend aisément, beaucoup de projets sont en constructions à l'heure actuelle alors qu'ils sont souvent très importants pour la politique des établissements. On peut citer entre autres :

- Le texte sur la nouvelle gouvernance qui doit préciser la nouvelle composition et le rôle de la commission des soins I.MT.R. ;
- Le SROS de troisième génération ;
- La T2A qui se met progressivement en place etc.

Cette attente est relevée par E qui aurait dû renouveler fin 2003 la CSSI de son établissement : « *Au niveau de la CSSI, le renouvellement a été reporté d'un an en accord avec le conseil d'administration, pour pouvoir y intégrer les autres filières.* »

Cependant, de nos entretiens, quelques attentes institutionnelles peuvent être notées :

- Le forum des métiers pour que tous se connaissent ;
- La transversalité à mettre en place pour les soins paramédicaux ;
- Le dossier de soins commun unique et partagé par tous.

Un dernier témoignage de Be est révélateur de l'intérêt que peut porter une direction sur ce personnel de rééducation : « *Le directeur a demandé au qualificateur de faire une évaluation sur les pratiques professionnelles des rééducateurs.* »

2.3 Les attentes du personnel

2.3.1 Des directeurs des soins

A) Les besoins de leur politique

Pour mener à bien la prise en charge globale du patient, la qualité des soins, qui sont comme nous le verrons plus loin, des projets essentiels pour des directeurs des soins, ils ont besoin à la fois de connaître ces métiers et de pouvoir être les responsables pleins et

entiers de cette filière. C'est ce qui ressort de leurs entretiens plus ou moins explicitement.

a) *Connaître la particularité de ces métiers*

Même si beaucoup de directeurs des soins n'avouent pas volontiers leur méconnaissance des métiers de rééducation, certains y voit de réels intérêts, au moins pour les rééducateurs eux-mêmes et les autres acteurs soignants.

Ainsi R nous dit : « *Ils (les rééducateurs) ont gagné à mieux faire connaître leur métier, à mieux partager avec les infirmières, à se décroiser. Mais ils ont peur d'une perte d'identité et ils ont une haute estime de leur fonction. Ils ont plus à y gagner qu'à y perdre, sinon, ils se sclérosent.* » Puis B : « *Le rattachement des rééducateurs aux autres paramédicaux leur donnent un poids et une dynamique, ça contribue à la reconnaissance des rééducateurs parce que les gens les connaissent* », ce que JN confirme en parlant des IDE et des ergothérapeutes en CHS : « *De formations différentes et de champs de compétences différents, ils auraient une reconnaissance mutuelle de leurs connaissances réciproques* » ; enfin MF : « *Il y a une méconnaissance des métiers exercés qui enferme les rééducateurs qui ne sont reconnus pour la plupart que par les médecins.* »

Il y a aussi dans certains témoignages comme un regret . B : « *La direction des soins ne connaît pas toujours le champ de compétences des rééducateurs...* » ; Be : « *Il y a peu de communications avec les équipes !* » ; et encore E : « *A la CSSI, il n'y a que des infirmières. Les rééducateurs sont invités suivant les thèmes abordés, mais les infirmières n'ont pas envie de leur présence, elles freinent !* »

Et nous pouvons laisser MF conclure sur un résumé de l'intérêt de bien connaître ses professions : « *L'intérêt de connaître le métier de l'autre, c'est de faire appel à lui et avancer. Cela permet une ouverture vers l'extérieur si on connaît chaque acteur, ouverture aussi vers les médecins pour un projet commun, ou un projet de circuit du patient basé sur le besoin du patient : Qui fait quoi, comment et quand ?* »

b) *Etre responsable de cette filière*

Si leur volonté quasi unanime, seule Ge ne tient pas pour l'instant à intégrer les personnels de rééducation au sein du service de soins...infirmiers, a été d'intégrer ces professionnels, force est de constater que les directeurs des soins ne maîtrisent pas encore totalement cette intégration.

A nous révèle : « *Le recrutement des psychomotriciens et des orthophonistes se fait par la DRH et le médecin concerné* », G : « *Le recrutement et les demandes de stages ainsi*

que la gestion du temps se fait par la DRH », R aussi : « La DRH s'occupe des questions de statut. », E également : « Les relations de tous sont indépendantes de la direction des soins mais dépendantes de la DRH », B encore : « Les kiné. sont rattachés aux médecins et administrativement à la DRH et les diét. aux services économiques. Le recrutement des ergothérapeutes se fait directement par la DRH », Me insiste : « La formation et le recrutement se font par la DRH », Be continue : « L'équipe de 5 kiné dépend d'un chef de service d'orthopédie », M enfin : « Les orthophonistes, orthoptistes et psychomotriciens sont hyper sollicités par le corps médical. Le chef de service recrute ses personnels de rééducation qui échappent à la direction des soins... »

Ce dernier témoignage semble refléter assez bien la pensée des directeurs des soins.

Enfin, on peut noter au passage qu'aucun des directeurs des soins interrogés n'est le responsable hiérarchique de l'ensemble des rééducateurs. De fait, tous les rééducateurs suffisamment nombreux pour avoir un cadre référent de leur métier ou très proche (kinésithérapeutes pour les ergothérapeutes par exemple), ont dans l'ensemble des contacts hiérarchiques et fonctionnels avec la DSSI voire la CSSI.

Quelques exemples : G : « Les cadres sup de rééducation se réunissent avec les cadres sup infirmiers », E : « Il existe une réunion des cadres mensuelle et une réunion hebdomadaire entre cadres sup et directeur des soins », B : « Il y a intégration des cadres de santé, kiné. et diét. dans les réunions de cadres », JN aussi : « Depuis 2001, le cadre ergo est invité à la CSSI », MF pour finir cette liste non exhaustive : « Un groupe de coordination des soins dirigé par la direction des soins comprend tous les cadres supérieurs » etc.

S'il est courant que les cadres de rééducation soient invités à participer aux travaux de la CSSI, il n'en est généralement pas de même pour les rééducateurs isolés.

B) Leurs projets

a) Assurer une prise en charge globale des patients

Ce sont les témoignages les plus nombreux. Nous pouvons d'ailleurs les séparer en 3 catégories : Ceux qui parlent directement de cette prise en charge globale, ceux qui expliquent les spécificités que peuvent apporter les rééducateurs et ceux enfin qui mettent l'accent sur le sens, le plus de cohérence apporté dans les soins.

- Sur la prise en charge globale du patient :

Pour M : « Nous avons un intérêt commun dans la prise en charge du patient », pour R : « Au niveau de la direction des soins et du patient, l'intérêt est la globalité de la prise en charge du patient, qui pourrait s'élargir vers d'autres métiers : éducateurs ou assistantes sociales par exemple », pour Be : « L'intérêt pour le patient d'intégrer les rééducateurs est

de mettre en place une prise en charge globale et concertée des malades. On pourra ainsi se centrer sur le patient et non sur l'acte ou sur les missions du métier », idée proche de celle de Me : « Coordonner soins infirmiers et de rééducation, avoir un dossier commun pour le suivi du malade, permettra de se centrer sur la prise en charge du malade et non pas sur son métier », enfin MF : « L'intégration des rééducateurs a d'importantes retombées sur la qualité de prise en charge du malade... et plus loin : « Une bonne coordination des soins paramédicaux autour du malade, sécurise le patient.

- Sur l'apport spécifique des rééducateurs :

Pour M: *« Pour la direction des soins, il y a un intérêt dans la prise en charge des patients car se sont des spécialistes »,* E poursuit : *« A partir du malade, l'intérêt est de regrouper les métiers pour prendre en charge les besoins spécifiques que peuvent leur donner tous ces métiers »,* enfin JN donne un exemple : *« Regardes en CHS ce qui se passe entre les IDE et les ergo., ils n'ont pas de dossier commun. Les ergo. comme les kiné. sont subordonnés au pouvoir médical et donc ont une divergence d'approche avec les IDE pourtant rattachées à des responsables médicaux. Il serait donc intéressant qu'ils aient un dossier commun où chacun aurait sa zone d'autonomie et de responsabilité bien définie : ce qui est fait pour ce qui est prescrit. A contrario, les IDE ont beaucoup à apprendre des ergo., qui ne sont que prestataires de service, au niveau de l'animation des ateliers. On pourrait avoir un dénominateur commun entre eux qui améliorerait la continuité des soins et leur validation. »*

- Sur la cohérence des soins :

Trois témoignages : celui de A: *« L'intérêt d'intégrer les rééducateurs est d'apporter une cohérence dans la prise en charge du patient »,* puis celui de G : *« L'intérêt au profit du malade est sa prise en charge et une cohérence des soins »,* enfin B: *« C'est une plus value multiple pour le personnel et pour les malades qui y trouvent du sens. »*

b) *Pouvoir évaluer et contrôler ce personnel*

Dans un soucis d'efficacité et de qualité lors de la mise en application d'un projet, il est nécessaire de pouvoir évaluer et contrôler les fonctions de chaque acteur.

G nous résume assez bien cette idée : *« La prise en charge de ce personnel évite les électrons libres et permet de contrôler les dysfonctionnements. »* Certains regrettent justement leur attitude « d'électron libre » comme R : *« Pour le personnel de rééducation leurs zones d'incertitude semblent plus les servir qu'elles ne leur desservent, d'où leurs réticences à vouloir intégrer le service de soins. »*

Bien au contraire pour Be : « *Leurs présences (cadres de rééducation) à la CSSI les avaient très satisfait, cependant ça avait remis en cause leur développement professionnel. Je leur ai demandé d'actualiser leur connaissance en les « obligeant » à se former, de remettre en cause leurs pratiques, de s'ouvrir vers les IDE, les patients et leur famille... Leur connexion a apporté à la direction des soins une amélioration dans l'organisation des soins, notamment un gain de temps. »*

Mais les rééducateurs isolés ont-ils un point de vue si éloigné que cela qu'on ne puisse trouver un terrain d'entente où toutes les parties seraient gagnantes ? C'est ce que nous nous proposons d'évaluer après l'analyse de leurs réponses au questionnaire.

2.3.2 Des rééducateurs

A) Leurs souhaits explicites

Les 105 questionnaires valides reçus ont été riches d'enseignements. Nous étudierons les réponses globalement et par profession de rééducation sur des tableaux synthétiques, agrémentés s'il y a lieu des commentaires complétant leurs réponses.

Leurs souhaits explicites seront exprimés selon 3 thèmes : l'encadrement pour lequel nous comparerons celui qu'ils ont en réalité ou qu'ils considèrent comme tel et leur souhait ; puis les intérêts qu'ils portent à faire partie d'un service de soins I.MT.R. et enfin leur envie de participer à l'élaboration du projet de soins.

a) Avoir un encadrement qui les reconnaît

Et d'abord, examinons quel encadrement les rééducateurs isolés décrivent dans le tableau 6. Rappelons-nous qu'ils n'ont pas de cadre de leur spécialité :

SUP.HIERARCHIQUES REEDUCATEURS	Filière Rééducateur		Autres filières		Directeur des soins	Directeur Serv. Eco	D.R.H.	Médecin	TOTAL
	Cadre de proximité	Cadre supérieur	Cadre de proximité	Cadre supérieur					
Détecticiens	1	0	1	2*	4	12	0	0	20
Ergothérapeutes	7	1	3	1	2	0	2	3	19
Kinésithérapeutes	0	0	2	2	1	0	1	3	9
Orthophonistes	2	3	3	0	0	0	1	7	16
Orthoptistes	0	0	3	1	0	0	1	2	7
Pédicures -Podologues	1	2	2*	0	0	0	0	1	6
Psychomotriciens	1	1	3	1	0	0	0	10	19
TOTAL	12	7	17	7	7	12	5	26	93

Tableau N° 6 : Supérieurs hiérarchiques déclarés par les rééducateurs isolés

Quelques remarques s'imposent sur ce tableau :

Il n'y a que 93 réponses, car 12 questionnaires ont plusieurs réponses :

- 1 diététicien a noté : 1 cadre de proximité d'une autre filière et le directeur des services économiques ;
- 5 ergothérapeutes ont noté : 1 cadre supérieur d'une autre filière et un médecin ;
- 1 ergothérapeute a noté : 1 cadre de rééducation de proximité et supérieur ;
- 1 kinésithérapeute a noté : 1 directeur des soins et un médecin ;
- 1 orthophoniste a noté : Le directeur des ressources humaines et un médecin ;
- 1 pédicure-podologue a noté : 1 cadre supérieur rééducateur et un médecin ;
- 1 psychomotricien a noté : 1 cadre supérieur d'une autre filière et un médecin ;
- 1 psychomotricien a noté 1 cadre rééducateur de proximité et supérieur, 1 directeur des soins et un médecin.

Dans la colonne : « Autres filières », se sont essentiellement des cadres infirmiers sauf pour les *, où des cadres médico-techniques, supérieur pour un diététicien et de proximité pour un pédicure-podologue, sont leur supérieur hiérarchique.

Un rappel s'impose : statutairement, les personnels des filières médico-techniques et de rééducation, s'il ne sont pas hiérarchiquement reliés à un cadre paramédical, sont reliés soit directement au directeur des soins, soit, si le service des soins I.M.T.R. n'est pas encore créé, au directeur des ressources humaines ou au directeur des services économiques, comme c'est ici le cas pour 12 diététiciens.

Aux questions de savoir de quoi est responsable votre hiérarchie, il est intéressant de connaître les domaines assumés par les 26 médecins désignés comme supérieurs hiérarchiques (catégorie la plus citée) :

1. Des horaires et des congés : 8 / 26 ;
2. Des demandes de formation : 13 / 26 ;
3. De l'organisation du travail : 12 / 26 ;
4. Des informations sur la vie de l'établissement : 13 / 26 ;
5. De l'évaluation : 25 / 26.

Le médecin étant responsable principalement de l'évaluation, les rééducateurs répondent qu'ils le sont à égalité avec leur cadre pour le domaine 3 et que pour les domaines 1 (à 71%), 2 (à 77%) et 4 (à 78%) la responsabilité incombe à un cadre de santé ou au DRH qu'ils ne considèrent pas pour autant comme leurs supérieurs hiérarchiques.

Une autre information peut nous être utile : seulement 33 des 105 rééducateurs ont leur supérieur hiérarchique dans leur service, soit : 31 %. Ce qui tend à montrer leur isolement effectif. Cependant, 55 rééducateurs soit 52 % font partie d'un groupe de réflexion et d'échange dans leur établissement.

Quel serait selon eux le supérieur hiérarchique le mieux à même d'être leur responsable ?

67 des 105 rééducateurs ont répondu :

SUP.HIERARCHIQUES REEDUCATEURS	Cadre du métier	Cadre de rééducation	Cadre para- médical	Directeur des soins	Médecin	Peu importe	TOTAL
Diététiciens	4	2	0	4	0	4	14
Ergothérapeutes	5	4	3	2	0	0	14
Kinésithérapeutes	4	1	0	0	2	0	7
Orthophonistes	1	3	1	1	5	0	11
Orthoptistes	0	0	1	0	3	0	4
Pédicures -Podologues	0	2	0	0	3	0	5
Psychomotriciens	2	3	1	1	5	0	12
TOTAL	16	15	6	8	18	4	67

Tableau N° 7 : Supérieurs hiérarchiques souhaités par les rééducateurs isolés

Le pourquoi de ce choix fait émerger 4 raisons principales :

- La connaissance professionnelle que doit avoir le supérieur hiérarchique : 23 fois ;
- La compréhension, les valeurs partagées : 10 fois ;
- L'écoute : 5 fois ;
- L'articulation entre la clinique et l'administratif : 5 fois.

L'une des réponses qui pourrait résumer l'ensemble : « **Pour ne pas être un service orphelin.** »

Intéressons-nous aussi au supérieur hiérarchique de ceux qui ne se sont pas exprimés :

SUP.HIERARCHIQUES REEDUCATEURS	Cadre de rééducation	Cadre para- médical	Directeur des soins	D.R.H.	Direction du service économique	Médecin	TOTAL
Diététiciens	0	2	2	0	3	0	7
Ergothérapeutes	3	3	1	0	0	4	11
Kinésithérapeutes	0	1	1	1	0	0	3
Orthophonistes	2	2	0	0	0	2	6
Orthoptistes	0	2	0	0	0	1	3
Pédicures -Podologues	0	2	0	0	0	0	2
Psychomotriciens	2	1	0	0	0	3	6
TOTAL	7	13	4	1	3	10	38

Tableau N° 8 : Supérieurs hiérarchiques des rééducateurs n'ayant pas fait un autre choix

Ce tableau signifie qu'au moins pour ces rééducateurs, il n'y a pas une obligation impérieuse à changer de supérieur hiérarchique. On peut noter que sur ces 38, 12 seulement ont leur hiérarchie supérieure dans leur service ; et parmi ces 12, 5 déclarent avoir un médecin comme supérieur.

Si on additionne les tableaux N° 7 et N° 8, c'est-à-dire les supérieurs hiérarchiques souhaités ou acceptés par les rééducateurs isolés, on obtient l'ordre suivant :

- Cadres de santé en dehors de sa spécialité : 39 % ;
- Médecins : 27% ;
- Cadres de santé de sa spécialité : 15 % ;
- Directeurs des soins : 11 % ;
- Le reste des choix se trouvant en dessous de 3%.

b) Faire partie du service des soins I.MT.R.

Avant même de parler de faire partie du service des soins I.MT.R., on peut se demander si les rééducateurs le connaissent, et connaissent aussi la CSSI.

Si 59 % connaissent la CSSI, moins de 6 % ont participé à des travaux de cette commission, mais 51 % aimeraient en être informés.

Quant au service de soins infirmiers, moins de 25 % déclarent faire partie du service des soins infirmiers (ou I.MT.R.). Et sur l'ensemble des questionnaires retournés des rééducateurs, seuls 66 sur 195 des professionnels disent être rattachés à la direction des soins, soit seulement un tiers.

Les raisons qui les inciteraient à s'y rattacher sont les suivantes (105 questionnaires) :

Facteurs favorisants Rééducateurs	Avoir plus d'informations	Travailler un projet de soins commun	Faciliter les demandes de formations	Etre représenté au sein d'une dir. des soins	Vous sentir reconnu
Diététiciens	16	18	10	16	16
Ergothérapeutes	20	17	6	12	10
Kinésithérapeutes	6	7	6	5	5
Orthophonistes	7	12	3	12	7
Orthoptistes	4	6	4	2	3
Pédicures -Podologues	5	4	2	2	5
Psychomotriciens	10	7	6	14	10
TOTAL	68	71	37	63	57

(plusieurs réponses étaient possibles)

TABLEAU N° 9 : Facteurs favorisant l'intégration des rééducateurs isolés

D'autres facteurs ont été évoqués :

- La prise en charge pluridisciplinaire ou transversale des soins est ressortie 4 fois ;
- Une vision plus globale de l'institution voire du service public est nommée 3 fois ;
- Echanges et écoutes sont évoqués 2 fois.

En définitive, où se situe leur niveau d'intérêt à travailler avec une direction des soins :

Intérêt de travailler avec D.S.	< 3	De 3 à 5	De 6 à 8	> 8	MOYENNE
Rééducateurs					
Diététiciens	0	0	15	5	7,68
Ergothérapeutes	0	8	10	3	6,24
Kinésithérapeutes	0	1	8	1	7,30
Orthophonistes	1	9	5	1	5,69
Orthoptistes	0	4	2	1	6,37
Pédicures-Podologues	2	1	3	0	4,17
Psychomotriciens	2	9	4	2	5,12
MOYENNE GÉNÉRALE					6,24

Tableau N° 10 : Niveau d'intérêt pour les rééducateurs isolés de travailler avec la DSSI

Nous remarquons une grande disparité entre les spécialités :

- Les diététiciens, très favorables, veulent se retirer de la tutelle économique ;
- Orthophonistes (7/17), pédicures-podologues (3/7) et psychomotriciens(8/18) ont plutôt tendance à se rapprocher d'une hiérarchie médicale.

c) *Participer au projet de soins*

Vouloir travailler avec une direction du service des soins infirmiers, signifie-t-il vouloir participer à un projet de soins I.M.T.R. ?

Rééducateurs	Diét.	Ergo.	Kiné.	Opho.	Opti.	PéPo.	Psym.	TOTAL
Participation								
OUI	20	22	9	15	4	5	14	89
NON	0	0	0	2	0	2	4	8

Tableau N° 11 : Rééducateurs isolés face à une participation au projet de soins.

Une très grande majorité (92 %) est favorable à une participation au projet de soins. Les quelques réticents font partie des 3 spécialités citées plus haut qui ont plutôt tendance à

se rapprocher d'une hiérarchie médicale : les orthophonistes, pédicures-podologues et psychomotriciens.

Examinons le pourquoi de cette volonté de participation :

- 43 pour plus de cohérence, de cohésion des acteurs, pour améliorer les soins dans une prise en charge globale, pluridisciplinaire ;
- 29 pour une valorisation du travail accompli, se situer dans la vie institutionnelle ;
- 2 pour rapporter de l'information ;
- 2 aussi pour rationaliser les coûts ;
- Et 1 met une condition : que le projet de soins soit lié au projet médical.

Pour ceux qui ne veulent pas participer au projet de soins :

- Pour 2 psychomotriciens et un orthophoniste, il faudrait intégrer les médecins ;
- Pour un autre psychomotricien, ce serait trop d'éparpillement ;
- Pour un deuxième orthophoniste son travail à 40 % ne lui permet pas ;
- Enfin un pédicure-podologue, préfère les actes aux projets.

B) Leurs souhaits implicites

S'il est vrai que l'analyse des souhaits implicites peut être empreint de subjectivité, le croisement de différents tableaux, peut par contre, nous y aider. Deux souhaits semblent importants pour certains rééducateurs isolés : garder une zone d'autonomie et sans doute éviter une évaluation trop proche de leurs activités.

a) Garder leur zone de liberté

Regardons d'abord les freins possibles de leur intégration au service de soins I.MT.R. :

Rééducateurs Freins à la participation	Diét.	Ergo.	Kiné.	Opho.	Opti.	PéPo.	Psym.	TOTAL
Avoir une liberté d'organisation	5	13	7	12	5	5	5	52
Choisir la manière de travailler	5	9	7	9	4	4	3	41
Ne pas changer d'habitudes	0	1	0	0	0	1	0	2

Tableau N° 12 : Les freins à la participation des rééducateurs isolés au service de soins

D'autres facteurs ont été évoqués :

- En premier lieu la peur de l'assimilation par la filière infirmière pour 7 d'entre eux ;
- Puis un problème de temps, de surcharge de travail administratif pour 4 autres ;
- On trouve aussi la crainte de la méconnaissance de leur métier des directeurs des soins et de leur éloignement du terrain pour 3 rééducateurs ;

- Egalement la résistance au changement, 3 d'entre eux veulent garder leur statu quo ;
- Enfin l'un d'eux nous révèle : « *Il faut se méfier d'un rapport hiérarchique fort.* »

L'un de leurs souhaits plus ou moins implicites est leur désir de garder une zone de liberté. Bien qu'ils soient très nombreux à vouloir intégrer un service des soins I.M.T.R., parce que cela procure certains avantages en terme notamment de reconnaissance, d'information, de formation, de cohérence, et bien qu'ils soient encore plus nombreux à vouloir participer au projet de soins, il y a souvent chez eux la crainte d'être absorbés par la filière infirmière, d'une perte de liberté dans leurs organisations (52) et d'une perte d'autonomie dans leur travail (41). Implicitement, ils se méfient effectivement d'un rapport hiérarchique fort comme l'a écrit l'un d'entre eux.

b) Éviter une évaluation trop proche de leurs activités

Un deuxième souhait implicite pour certaines filières est le refus d'un contrôle, d'une évaluation au plus près du terrain. Ou encore, s'il y a contrôle, et sous couvert de spécialités complémentaires et donc reconnues, que ce soit par un « protecteur ». Nous avons vu que le corps médical peut quelques fois avoir ce rôle d'« intermédiaire soutenant » entre le rééducateur de son unité et l'Administration en général.

Les rééducateurs enclins à ce désir sont ceux qui choisiraient ou garderaient un supérieur hiérarchique éloigné de leur service ou d'une hiérarchie administrative pesante, c'est-à-dire, dans le premier cas, des directeurs des soins, des ressources humaines ou des services économiques ; et dans le deuxième cas des médecins.

En extrayant ces renseignements des tableaux N° 7 et N°8, nous trouvons ce phénomène plus ou moins développé dans toutes les spécialités.

Sup. hiérarchiques Rééducateurs	Directeurs des soins		Autres directeurs		Médecins		TOTAL	% des réeduc.
	Choisis	Acceptés	DRH Acceptés	Serv Eco Acceptés	Choisis	Acceptés		
Dietéticiens	4	2	0	3	0	0	9	43 %
Ergothérapeutes	2	1	0	0	0	4	7	28 %
Kinésithérapeutes	0	1	1	0	2	0	4	40 %
Orthophonistes	1	0	0	0	5	2	8	47 %
Orthoptistes	0	0	0	0	3	1	4	57 %
Pédicures -Podologues	0	0	0	0	3	0	3	43 %
Psychomotriciens	1	0	0	0	5	3	9	50 %

Tableau N°13 : Sup. hiérarchiques éloignés choisis ou acceptés par les rééducateurs

Au total, 44 rééducateurs isolés, soit 42 %, se satisferaient d'un supérieur hiérarchique évaluateur lointain. Ce chiffre est peut-être un peu surévalué par rapport à la réalité. Effectivement, nous avons considéré que ceux qui n'avaient pas répondu à un choix de supérieur hiérarchique, étaient satisfaits de ceux qu'ils avaient.

Il n'en reste pas moins qu'il faudra prendre en compte ces deux données implicites, la conservation de leur zone de liberté et une hiérarchie éloignée, pour se donner les moyens de l'intégration.

2.4 Validation des hypothèses

A partir des observations et des analyses que nous avons pu faire, revenons à nos hypothèses pour les valider ou non. C'est de ces conclusions de validation que nous pourrions imaginer un projet d'intégration de ce personnel.

- L'attente institutionnelle

Nous avons vu que bien que les intérêts institutionnels fussent importants pour une intégration des rééducateurs isolés, ces intérêts sont peu ou pas énoncés dans les projets de soins.

- La prise en compte de leurs différences

Parce qu'ils n'ont pas encore appliqué, pour beaucoup d'entre eux, les textes du 19 avril 2002, les directeurs des soins ont du mal à prendre en compte la particularité de ce personnel.

- La pluridisciplinarité et la qualité des soins

D'ailleurs la gestion des 3 filières paramédicales, permettra aux directeurs des soins une prise en charge des patients plus efficiente et de meilleure qualité, avis que partagent les rééducateurs.

- La zone d'incertitude des rééducateurs isolés

C'est peut-être cette hypothèse qui est le moins validée. Certes, certains rééducateurs restent attachés à leur zone d'incertitude ; mais ils ne représentent pas une majorité.

- Leur intérêt à participer au projet de soins

Enfin, ces agents sont favorables à participer à un projet de soins commun aux trois filières, pour une prise en charge globale de la personne soignée.

Quatre des cinq hypothèses ont été validées, la cinquième ne l'est que partiellement.

« *La liberté a à voir avec l'autorité* » **GIULIANI** (maire de New York)

3 CHAPITRE III : LES MOYENS DE L'INTEGRATION

3.1 Synthèse et perspectives :

3.1.1 Bilan global de l'étude

Avec toutes les limites objectives que l'on peut formuler sur l'enquête, et notamment le fait de ne pas avoir interrogé des directeurs d'hôpitaux ou des médecins concernés directement par cette intégration, de ne pas s'être penché sur les projets d'établissements et en particulier, dans ceux-ci, les projets de soins ; nous pouvons quand même nous appuyer sur trois éléments essentiels qui poussent vers l'intégration de ce personnel de rééducation isolé.

Il y a d'abord des intérêts partagés par quasiment tous les acteurs touchés par cette intégration :

- Les usagers, au nom d'une qualité de soins demandée ;
- La direction de l'hôpital au nom d'une gestion financière plus efficace ;
- Les rééducateurs, au nom de la reconnaissance de leur participation aux soins ;
- Les directeurs de soins, au nom de la prise en charge globale du patient et la garantie de la qualité des soins donnés.

Seuls, les médecins spécialistes, prescripteurs de soins de rééducation, peuvent trouver moins d'intérêts dans cette intégration.

Il y a ensuite la volonté d'intégration institutionnelle, que l'on retrouve dans beaucoup de textes :

- Dans l'histoire hospitalière d'abord, qui va vers un décloisonnement des spécialités dans les textes. Tous les professionnels paramédicaux font dorénavant partis du service de soins I.M.T.R. ;
- Dans l'évolution de la qualité des soins, nous avons vu que l'ANAES recommande fortement la coordination des soins autour du patient ;
- Dans la mise en place de la T2A, où seront prises en compte les activités, l'efficacité de celles-ci passant par une cohérence de l'offre de soins, rééducateurs compris.

Mais, cette intégration, passe d'abord par une connaissance et reconnaissance de ces métiers par l'institution.

Il y a enfin les désirs explicites et implicites des acteurs, et en particulier des directeurs des soins et des rééducateurs isolés, désirs que nous avons recueillis lors de notre enquête :

- L'intégration de ce personnel est un besoin pour la politique de soins des directeurs des soins I.MT.R.. Connaître et être responsable des rééducateurs, leur permettent de mettre en place un projet de prise en charge globale du patient et de pouvoir l'évaluer ;
- Pour les rééducateurs isolés, leur souhait est d'abord d'avoir la reconnaissance de leur encadrement, puis de faire partie d'un service de soins I.MT.R. et de participer au projet de soins.

Mais, bien que peut-être minoritaires, on retrouve dans leurs réponses les souhaits implicites de ne pas avoir une hiérarchie administrative pesante afin de garder une marge de liberté et de travailler en association étroite avec leur médecin prescripteur.

Fort de ce bilan, nous pouvons faire ressortir les intérêts ou les désirs communs sur lesquels nous essayerons de nous appuyer pour mettre en place un projet, et les points plus problématiques où une confrontation d'idées peut apparaître.

3.1.2 Les points qui font consensus

Quatre points au moins semblent consensuels, ils seront la base d'un projet d'intégration :

- Le projet doit être tourné vers le patient ;
- Le projet doit aller vers plus de qualité en s'appuyant sur une prise en charge globale du patient, et donc une bonne coordination des acteurs ;
- Le projet doit permettre aux rééducateurs isolés d'être connus (et reconnus) par l'ensemble des acteurs, institutionnels compris ;
- Enfin, le projet de soins I.MT.R. est fédérateur de tous les acteurs de soins, c'est à partir de lui qu'il faut monter ce projet.

3.1.3 Les points qui font débat

Deux points par contre semblent plus problématiques et on doit en tenir compte pour la réussite du projet :

- La place des médecins prescripteurs, considérés comme supérieurs hiérarchiques par certains rééducateurs isolés ;
- La zone de liberté, chère aux professionnels de rééducation, qui demande une hiérarchie administrative peu pesante et relativement éloignée du lieu de leur travail.

Le but d'intégrer les rééducateurs isolés passe par leur mobilisation vers les objectifs généraux de l'institution énoncés dans un projet de soins, en tenant compte des points consensuels et problématiques. Il est nécessaire ensuite d'évaluer cette intégration et les profits quantitatifs et qualitatifs qu'en tireront les patients au niveau de leur prise en charge.

3.2 La mobilisation des rééducateurs vers les objectifs généraux de l'institution

Trois champs d'action s'offrent à nous pour mener à bien cette mobilisation qui doit conduire à l'intégration des professionnels de rééducation isolés : les champs d'actions politique, stratégique et organisationnel.

3.2.1 Le champ d'action politique

Le champ d'action politique est défini par la directeur du centre hospitalier, et approuvé par le conseil d'administration. Cependant, le coordinateur général des soins, membre de l'équipe de direction, a l'initiative de l'évolution de sa direction. Aucun projet ne peut se mettre en place sans la volonté des deux. Il faut ajouter dans la cadre de notre étude, la place importante du corps médical. Les limites de l'organisation médicale et paramédicale sont ténues, il y a constamment interaction entre les deux soins pour la prise en charge des patients, d'autant que l'une des parties est le prescripteur de l'autre.

A) Une structure transversale de soins

Le projet de gouvernance, tel qu'il est écrit au 7/01/2004, prévoit la constitution des pôles d'activité : « ...le conseil d'administration crée par délibération sur proposition du conseil exécutif et sur la base du projet d'établissement...des pôles d'activité...Ces pôles d'activité comprennent le cas échéant des structures internes de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques, identifiées par leur activité ou leur organisation,... »³⁷. Il semble que, paradoxalement, le décloisonnement escompté s'il peut exister entre les services ou les unités d'un pôle, soit encore présent, mais à un autre niveau de responsabilité.

L'un des rôles d'une direction des soins, sera l'organisation de la prise en charge paramédicale des patients à l'hôpital de leur entrée à leur sortie et même après, au

³⁷ J.F. MATTEI, Hôpital 2007, la Nouvelle Gouvernance Hospitalière, article L6146-1, version du 7/01/2004

niveau de réseaux de soins ; quels que soient les pôles traversés et les activités dispensées par les prestataires de service que sont les rééducateurs.

En quelque sorte, la direction des soins devrait avoir un regard transversal, par rapport au regard vertical des pôles, ce qui n'est pas incompatible avec le texte prévu sur la nouvelle commission des soins I.MT.R. : « *Une commission des soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation...est consultée dans des conditions fixées par voie réglementaire sur :*

1° L'organisation générale des soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation, et de l'accompagnement des malades dans le cadre du projet de soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation. »³⁸

B) Un projet de soins I.MT.R.

C'est dans le cadre d'un projet de soins I.MT.R. transversal que trouverait place les rééducateurs isolés. Leur appartenance à l'un des pôles sera envisagée plus tard.

a) *Une place dans le projet d'établissement*

Le projet de nouvelle gouvernance, modifie les rapports entre les différents projets composant le projet d'établissement : « *Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la stratégie de l'établissement. Il intègre les dimensions de formation, de recherche, de gestion et de système d'information. Il comprend un projet de prise en charge des patients associant le projet médical et le projet de soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation, ainsi qu'un projet social . »³⁹* L'article continue en spécifiant qu'il doit être cohérent avec le schéma d'organisation sanitaire et définir la politique de l'établissement en matière de réseaux de santé et de coopérations.

La grande différence avec le texte de loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, est l'obligation d'associer les projets médicaux et de soins I.MT.R. dans un projet global de prise en charge des patients. Ce qui apportera une cohérence et sans doute davantage de concertation entre le corps médical et le service des soins I.MT.R..

Ainsi, envisager un projet transversal de soins en concordance avec un projet médical décliné en fonction des pôles d'activité, paraît être un enrichissement complémentaire, intégrant la majorité des acteurs de santé.

³⁸ Ibid., article L6146-9

³⁹ Ibid., article L6143-2

b) Le sens et les valeurs qu'il met en jeu

Pour que le projet d'établissement soit porteur de sens, il faut qu'il énonce les valeurs partagées qu'il sous-tend. Ces valeurs doivent être connues de tous et compréhensibles. Le projet du service des soins I.M.T.R. n'est que l'un des vecteurs de ces valeurs affichées, et doit pouvoir les faire connaître aux agents du terrain.

Le patient est au centre de l'activité hospitalière. Cette vérité, d'une simplicité absolue doit être le cœur du projet d'établissement. Les comment accueillir, prévenir, soigner et prendre soin du patient sont déclinés notamment par le projet de soins I.M.T.R. .

Ainsi, l'une des valeurs attachées à la direction des soins I.M.T.R. et qui fédère les acteurs de santé est la notion de prise en charge globale du patient en vue d'améliorer la qualité du service rendu.

Cette valeur, partagée par les institutions hospitalières, permet, outre de travailler en réseau pour mutualiser les compétences, d'avoir une approche pluridisciplinaire du soin, et ainsi, de faire coopérer un maximum de personnes pour répondre aux besoins du patient.

C'est grâce à cette valeur commune que participent les rééducateurs isolés. Ils sont conscients que leur adhésion à un projet de soins commun, non seulement est un mieux pour le patient, mais qu'ils y trouvent la reconnaissance institutionnelle de leur place dans le dispositif de soins. Cette reconnaissance institutionnelle est leur désir le plus souvent exprimé dans notre enquête.

D'autres valeurs, plus générales, fondent le service public hospitalier comme le respect, l'écoute, la tolérance ; elles s'annoncent dans le projet de soins. Chacune de ces valeurs se retrouve chez chaque acteur de l'institution et reste le fondement du sentiment d'appartenance. Sentiment d'appartenance, troisième degré selon Maslow dans le besoin d'intégration essentiel à l'accomplissement des rééducateurs isolés⁴⁰.

⁴⁰ Selon la pyramide de MASLOW qui comporte 5 degrés de besoins :

1. Besoins physiologiques (se nourrir, être en bonne santé) ;
2. Besoins de sécurité (stabilité, couvertures, propriétés) ;
3. Besoins sociaux (appartenir à une famille, un groupe) ;
4. Besoins d'estime (être reconnu, avoir un statut social) ;
5. Besoins d'accomplissement (se réaliser, se dépasser).

Mais il ne suffit pas de décréter la participation à un projet de soins, ces valeurs fussent-elles partagées par le plus grand nombre d'acteurs, pour que tous y participent.

C'est avant tout pour un directeur des soins : « *Faire confiance et susciter la confiance, créer et faciliter la création de liens, intégrer les différences, donner du sens et être pédagogue.* »⁴¹

3.2.2 Le champ d'action stratégique

A) Une commission des soins I.M.T.R.

Avant même l'application du nouveau texte sur la commission des soins infirmiers qui deviendra commission des soins infirmiers médico-techniques et de rééducation avec le texte sur la nouvelle gouvernance⁴², beaucoup de coordinateurs généraux des soins, avaient invité les cadres rééducateurs à participer aux débats de la commission.

Certes, ils n'ont pas le droit de vote, ils sont là à titre consultatif, mais ils peuvent déjà travailler dans des sous-groupes et une coordination des soins, non officielle, à la possibilité de se mettre en place.

La difficulté reste d'intégrer les rééducateurs isolés, et nous avons vu que seulement 6% d'entre eux ont participé à ces travaux et que plus de la moitié n'en était pas informée.

Nous ne savons pas encore, si le mode de désignation des membres de cette nouvelle commission sera le même que précédemment, ni quels seront le nombre et la qualité de chaque catégorie de personnel notamment chez les rééducateurs.

Quelles que soient ces données, une coordination des soins s'impose aux directeurs des soins.

Dans ces conditions, tout sujet ayant trait aux interfaces entre services et prestataires de services, aux parcours hospitaliers des patients, aux travaux sur les réseaux qui incluent souvent des prestations de rééducation (personnes âgées, soins palliatifs, soins de suite et de rééducation, hospitalisation à domicile, etc.)... doit être abordé avec les professionnels de rééducation concernés au sein de cette commission.

Bien souvent, et par méconnaissance des richesses que peuvent apporter ces spécialistes, les directions des soins oublient de faire appel à eux. Ils sont pourtant

⁴¹ B. LEGOURD, Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique – 2000, p. 56

⁴² J.F. MATTEI, Hôpital 2007, la Nouvelle Gouvernance Hospitalière, article L6146-10, version du 7/01/2004

experts en rééducation et nous avons vu que leur souhait était de participer au projet de soins I.MT.R. (au moins pour 89 % d'entre eux).

B) Une prise en compte des différences

Reconnaître l'expertise des personnels de rééducation, c'est prendre conscience de leurs différences. Reste à les connaître et les faire connaître.

L'un des directeurs des soins interrogés nous a fait part de son désir d'organiser au sein de la commission des soins I.MT.R. un forum des métiers. C'est l'un des moyens de faire connaître aux autres participants ces professions et de les démystifier.

L'autre grand intérêt de ces forums, est de permettre de toucher du doigt les obligations qu'ont ces professionnels pour exercer leur métier, de connaître leurs limites : dans certains cas ils ne peuvent travailler qu'avec des personnes assises ou debout, dans d'autres ils leur faut un temps minimum pour une rééducation efficace, et toutes ces obligations doivent être entendues et d'une manière réciproque, car les services de soins ont aussi leurs obligations et limites.

La coordination des soins se trouve bien là. Prendre en compte les exigences de chacun pour une prise en charge cohérente des soins .

Mais, on peut aller plus loin :

- Dans un CHG par exemple, la direction des soins organise des journées portes ouvertes, qui permet à l'ensemble des soignants intéressés d'aller découvrir ce que fait l'autre ;
- Dans un CHU encore, une journée dans l'année, organisée aussi par la direction des soins, propose à des services de montrer une innovation qu'elle soit thérapeutique (mise en place d'une technique nouvelle...) ou organisationnelle (un accueil plus individualisé du patient...). Cela permet de mettre en valeur ces services, de faire partager aux autres des améliorations qu'ils pourront mettre en place, évitant de repartir sur une étude longue et peut-être fastidieuse.

Tous ces moyens, permettent une intégration des acteurs de soins, dans leur diversité, leur complémentarité, leur richesse. Et dans le dernier cas, qui en 2003 ouvrait cette journée aux services médico-techniques, nous pouvons aisément imaginer qu'en plus d'une prise en compte des différences, il pouvait y avoir une reconnaissance institutionnelle forte.

Cette prise en compte des différences, doit l'être également au niveau des évaluations et du recrutement. S'attacher à ce qu'une personne au moins connaisse bien le métier, qu'il soit médecin ou cadre de santé, peu importe, mais c'est aussi un moyen de reconnaître une spécificité.

Enfin, proposer à ces rééducateurs, de produire leurs protocoles de bonnes pratiques, de travailler avec eux sur la fiche de poste de leur fonction, renforcent l'intégration de ces personnels dans un service de soins I.M.T.R., tout en reconnaissant leurs différences.

C) Une hiérarchie adaptée

D'après les réponses aux questionnaires, les rééducateurs isolés n'ont pas une appréciation consensuelle sur le sujet.

D'une part, il place les cadres de santé en dehors de leur spécialité en tête de leur choix (39 %) ; mais d'autre part le total des supérieurs hiérarchiques éloignés soit de leur lieu de travail (les directeurs), soit d'une préoccupation administrative (les médecins), représentent 44 % des choix dont 27 % pour les seuls médecins. Alors que 15% seulement choisiraient un cadre de santé de sa spécialité.

De fait, ils ne se trouvent pas tous dans la même position dans l'institution.

Trois cas peuvent être envisagés suivant la spécialité du rééducateur, et sa place dans un service :

- Le cas d'un rééducateur isolé attaché à un service dont la spécialité est plus ou moins spécifique à son métier : en ORL pour les orthophonistes, en ophtalmologie pour les orthoptistes, en pédo-psychiatrie pour les psychomotriciens etc. ;
- Le cas d'un rééducateur isolé attaché à un service, mais dont la spécialité n'est pas spécifique au métier de rééducateur : en diabétologie pour les diététiciens et les pédicures-podologues, en orthopédie ou pédiatrie pour les kinésithérapeutes, en gérontologie pour les ergothérapeutes etc. ;
- Enfin le cas des rééducateurs n'ayant pas de service attitré et qui vont travailler selon la demande des unités, comme les kinésithérapeutes ou les diététiciens dans les petites structures, les pédicures-podologues ou quelques fois les psychomotriciens.

Volontairement il ne sera pas fait allusion ici aux services ayant une majorité de rééducateurs, comme les services de diététique dans certains grands hôpitaux ou les services de rééducation. Dans ces cas là, on ne peut considérer les personnels de

rééducation de ces services comme isolés. Ils ont généralement un cadre de proximité de leur métier dans l'unité.

Une exception peut exister parfois pour les ergothérapeutes dans les services de rééducation. Dans ce cas, ils font partie des rééducateurs isolés dans un service dont la spécialité n'est pas spécifique à son métier (le deuxième cas de figure).

Examinons les trois possibilités :

a) *La médiation du médical comme encadrement fonctionnel*

Dans le cas d'un rééducateur isolé attaché à un service dont la spécialité est plus ou moins spécifique à son métier, la direction des soins doit négocier avec le corps médical pour que l'un des médecins spécialistes (souvent le chef de service) puisse représenter un encadrement fonctionnel.

Le personnel médical peut être un précieux allié lors de changements, même dans leur service : « *En les (les médecins) informant sur les changements prévus et en échangeant avec eux sur les intérêts que ces changements leur offrent, les médecins interrogent leur position au sein du système d'acteurs. Etant les premiers impliqués dans ce changement, ils en deviennent très souvent les plus ardents défenseurs. Les cadres peuvent alors passer des accords avec eux, ce qui court-circuite les « marchés implicites » que médecins et infirmières (on peut remplacer par rééducateurs) passeraient si les médecins n'étaient pas consultés.* »⁴³

Or dans le cas d'un service spécialisé où le rééducateur travaille en complémentarité avec le médecin, l'avantage qu'un médecin peut tirer de cette situation est double :

- D'une part, le travail purement administratif (planning, congés, demandes de formations, informations institutionnelles, etc.), ne lui incombe pas, mais fait partie de la fonction d'un cadre référent de santé de proximité, voire, suivant les structures, d'un cadre supérieur, en tous cas de la filière de rééducation ;
- Et d'autre part, il garde une fonction d'évaluation et de recrutement, associé à un cadre référent de santé, de préférence supérieur.

En contre partie, les rééducateurs, acteurs de soins dans le service, participent aux conseils de service.

⁴³ J. HART et S. LUCAS dans Management hospitalier – Stratégies nouvelles des cadres p. 80

b) Un encadrement paramédical administratif de proximité

Dans le cas d'un rééducateur isolé attaché à un service, mais dont la spécialité n'est pas spécifique au métier de rééducateur. Le personnel infirmier est très majoritaire en nombre par rapport aux rééducateurs qui ont une place essentielle, mais très minoritaire. On peut penser que le cadre référent pour ces rééducateurs soit le cadre de santé infirmier du service.

Réciproquement d'ailleurs, l'inverse peut se produire dans un service de rééducation fonctionnelle, où les infirmiers sont minoritaires et donc peuvent être encadrés par un cadre de santé kinésithérapeute.

Le rééducateur isolé participe aussi, en tant qu'acteurs de soins, aux conseils de service.

c) Un encadrement paramédical référent plus éloigné

Dans le cas enfin des rééducateurs n'ayant pas de service attribué et qui vont travailler selon la demande des unités, il est désigné un cadre de rééducation de proximité ou supérieur qui est le référent de tous ces rééducateurs. Ce cadre doit veiller à réunir régulièrement ce personnel de rééducation pour leur donner les informations institutionnelles, répondre à leurs demandes de formation et les inciter à prendre part à la vie de l'établissement en s'engageant dans des groupes de travail.

De plus, si les rééducateurs sont plusieurs d'une même spécialité, le cadre doit les encourager à se réunir entre eux pour discuter de leurs problèmes inhérents à leur profession.

Enfin, il est bon de considérer, en tant que directeur des soins, comme un service de rééducation à part entière, cette somme de rééducateurs « itinérants ».

En définitive, il ne faut pas faire du problème de hiérarchie un dogme, mais bien analyser les situations, souvent particulières, avec les acteurs concernés : le médecin, le cadre référent, le rééducateur, le directeur des soins ; ne pas perdre de vue l'intérêt du patient, l'intérêt du service et notamment la coordination des soins dans celui-ci. De plus il est important de pouvoir être réactif à des demandes de prises en charge nouvelles ; et avoir plusieurs possibilités d'organisation à sa disposition permet cette réactivité.

La seule obligation est de mettre en place une ligne hiérarchique soignante cohérente. Ainsi, les cadres soignants de proximité, doivent être encadrés par un cadre soignant supérieur au niveau d'un pôle ou d'une fonction transversale. Cela est nécessaire à une bonne communication ascendante comme descendante.

3.2.3 Le champ d'action opérationnel

A) Une information commune

Une information pour être efficace doit viser le plus grand nombre d'agents possible et doit émaner de différents lieux institutionnels. Trois d'entre eux semblent essentiels : la direction hospitalière, le conseil de service ou le pôle d'activité et la direction des soins pour tout ce qui concerne les paramédicaux.

- La direction hospitalière, réalise la plupart du temps des journaux ou feuilles d'informations annexés au bulletin de salaire. Ce n'est peut-être pas suffisant, parce que l'habitude souvent crée une lassitude, et les agents ne lisent pas toujours cette information institutionnelle.

Il paraît intéressant de réunir une ou deux fois par an les agents, ne serait-ce que pour leur énoncer les grandes décisions politiques décidées pour l'établissement et leurs conséquences pour l'avenir de celui-ci.

- Le conseil de service est un moyen efficace de communiquer sur les projets et objectifs pour les médecins, mais aussi le directeur des soins.

Ils sont d'autant plus importants que c'est le lieu privilégié pour connaître une réalité de l'unité.

La participation aux conseils de service du directeur des soins n'est pas concevable pour tous les services. Mais il doit choisir au moins ceux avec lesquels il construit un projet spécifique comme celui de l'intégration des rééducateurs isolés. Ainsi, le service des rééducateurs « itinérants » doit faire l'objet d'une attention toute particulière dans le cadre d'un tel projet.

- La direction des soins se doit, bien évidemment, de communiquer les avancés des travaux de la commission des soins I.MT.R. au moyen de publications régulières. Elle doit aussi chaque année faire un bilan de l'activité du service des soins, intégré aux rapports d'activité de l'ensemble de l'établissement.

Nous avons vu, en outre, l'intérêt pour son ou ses directeurs d'assister aux conseils de service.

Mais, en dehors de ces actions ponctuelles, la direction des soins doit proposer une réunion hebdomadaire pour les cadres de santé supérieurs et mensuelle pour les cadres de santé de proximité. Dans ces conditions, et si la ligne hiérarchique est cohérente et applique les directives de la direction des soins, les agents qui dépendent des cadres de santé de proximité, en particulier les rééducateurs

isolés, ont une information correcte et peuvent par la même voie apporter leurs propres informations ou questionnements.

B) Des formations adaptées

Le premier intérêt des formations demandées par une direction des soins, est une mise à niveau d'un maximum d'acteurs tournés vers un projet commun.

Dans le cas qui nous intéresse, il faut profiter du plan de formation continue pour chercher à développer des approches transversales impliquant des groupes pluridisciplinaires.

Des formations de type formation-action, permettent de rendre la personne formée à son tour formateur et ainsi, d'une part de pouvoir rentabiliser la formation originelle, et d'autre part de favoriser la rencontre entre groupes professionnels différents et donc de faciliter l'intégration de professionnels isolés.

Le deuxième intérêt d'avoir une formation adaptée, est la recherche d'une compétence des acteurs de soins pour une prise en charge de meilleure qualité. Or, bien souvent, les formations proposées par une direction des soins ou plus généralement par un plan de formation sont générales : « *la formation recueillie par la direction des soins , ne touche que peu leur métier (des rééducateurs). Ce sont les plus souvent : la douleur, les soins palliatifs, les escarres ou les droits du patient* » ; confirme B l'un des directeurs des soins interrogés lors de l'enquête.

Deux raisons font que les formations techniques qu'exigent ces professions, ne sont pas prises en compte comme elles le devraient :

- D'une part elles sont relativement onéreuses et ne concernent que peu de personnes. Aussi est-il important, pour en réduire le coût, d'organiser ce type de formations avec d'autres établissements hospitaliers dans une même région ;
- D'autre part, la direction des soins peut difficilement faire un tri entre des formations qu'elle ne connaît pas.

C'est l'observation du travail de chacun, mais aussi les entretiens avec ce personnel qui permettent de cibler les formations adéquates. Pour cela, la mise en place d'une ligne hiérarchique cohérente est indispensable, et pour les rééducateurs attachés à un service spécialisé, le cadre référent a besoin de l'aide du corps médical.

C) Un dossier de soins commun

Le dossier de soins d'un malade est l'élément fédérateur par excellence. Alors qu'il n'avait qu'un usage infirmier : « *l'infirmier est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers* »⁴⁴, il est à présent dossier unique du malade.

« *Le contenu du dossier du patient permet d'assurer la coordination de la prise en charge entre professionnels et entre secteurs d'activité.* »⁴⁵ C'est le titre de la cinquième référence du référentiel : « dossier du patient ». Ainsi, est posé par le manuel d'accréditation de l'ANAES, l'obligation de cohérence entre les dossiers médicaux, de soins et administratifs.

Sa conception, sa mise en place et son utilisation doivent être pensées globalement, dépassant le contexte de l'unité ou d'un groupe de professionnels. Il faut donc connaître les activités et le fonctionnement des autres acteurs, standardiser les procédures et leur transcription avant la mise en place de ce dossier unique du patient.

Ainsi, le dossier du patient est-il une entrée privilégiée pour l'intégration de toutes les personnes concernées par la prise en charge du malade. Alors que le dossier de soins était une compilation de renseignements ajoutés les uns aux autres par catégorie d'intervenants, il doit à présent homogénéiser tous les renseignements, obligeant chacun à travailler sur un même outil.

D) Un travail sur les interfaces

La direction des soins I.M.T.R. doit développer une stratégie de la qualité. Or les faiblesses des systèmes de santé sont souvent les interfaces : Soit entre services de soins et services prestataires, soit dans la coordination des soins dans un service.

Ces interfaces sont généralement problématiques parce qu'elles concernent plusieurs filières de soins. L'étude de leur dysfonctionnement va permettre un travail pluridisciplinaire et donc favoriser l'intégration des différents acteurs de soins et en particulier celle des rééducateurs isolés.

⁴⁴ Extrait du décret 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

⁴⁵ Manuel d'accréditation des établissements de santé : 1^o version, juin 2003, p. 53

a) *Interfaces services / prestataires*

Deux exemples importants pour la bonne marche d'un établissement : le brancardage et les consultations pour un bilan.

- Le brancardage est le service clef pour une gestion transversale des soins. Il est le lien privilégié entre les services de soins et les services prestataires ou personnel prestataire. Un grand nombre d'acteurs est impliqué dans la bonne marche de ce service : unités de soins, unités médico-techniques (les services de radiologie), unités de rééducation (kinésithérapie par exemple), toutes unités temporaires de patients hospitalisés (de soins ou de rééducation) et bien sûr le service de brancardage.

La recherche d'une amélioration de la qualité du brancardage, permet la rencontre des personnels de toutes les filières de soins et prend en compte les différences et les contraintes propres à chaque métier.

L'établissement quant à lui, profite des solutions réalistes et applicables qui en seront dégagées, dont le cadre de santé responsable du brancardage est le garant.

- La coordination des examens lors de bilans est aussi souvent problématique dans les hôpitaux. Les attentes trop longues, voir les hospitalisations de deux ou trois jours, alors qu'un seul aurait suffi ne sont pas rares et font preuve d'une mauvaise gestion du temps pour le malade et le personnel et des finances pour l'institution. Comme pour le brancardage, la coordination des examens touche toutes les filières de soins. Pour cela aussi, une résolution de problème sur cette coordination soude les différents professionnels, et l'encadrement choisi pour ce travail transversal peut être de n'importe quelle filière, le charisme étant la première qualité demandée pour ce travail.

b) *Coordination dans les services de soins*

Le problème des coordinations dans les services de soins est similaire à celui des examens lors de bilan. La différence est que dans un cas le malade se déplace vers les personnels des différentes spécialités, et dans l'autre, se sont les spécialistes qui viennent au chevet du malade.

Ici, le travail doit se faire avec le personnel des unités de soins dont le corps médical et les rééducateurs « itinérants » ou leur cadre référent.

Ce travail, garant d'une cohérence dans la prise en charge du patient, est aussi un moyen important de reconnaître l'autre et de respecter ses obligations et ainsi de l'intégrer effectivement dans la démarche de soins.

3.3 L'évaluation des pratiques

Le directeur des soins «... *détermine une politique d'évaluation des pratiques de soins...* »⁴⁶.

L'évaluation fait donc partie intégrante des pratiques professionnelles. Un projet comme celui de l'intégration des personnels de rééducation en vue de l'amélioration de la prise en charge du patient, doit pouvoir être évalué afin de pouvoir juger de la pertinence des méthodes et outils proposés à sa réalisation.

Deux évaluations sont nécessaires : celle de l'intégration des rééducateurs isolés, mais aussi l'impact que cela a pu avoir sur la prise en charge des patients.

3.3.1 L'évaluation de l'intégration

Quatre analyses peuvent être étudiées pour évaluer le succès de l'intégration :

- Analyse d'un questionnaire similaire à celui construit pour cette étude. Il sera ciblé davantage sur la connaissance institutionnelle et l'implication dans la vie de l'établissement des rééducateurs isolés.
- Analyse de leur volontariat à participer à la commission des soins I.M.T.R.. On pourra ainsi voir leur désir d'intégration.
- Analyse aussi de leur participation à des groupes de travail professionnels ou pluridisciplinaires.
- Analyse enfin de leurs pratiques professionnelles. Cela s'entend au niveau de la mise à jour de protocoles ou de fiches de poste, de leurs demandes et participations à des formations professionnelles, de leur volonté de coordination avec d'autres soignants etc..

Leur évaluation personnelle par le cadre référent, est une bonne base d'analyse pour cela.

⁴⁶ Extrait de l'article 4 , sixième point, du décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

3.3.2 L'évaluation de la prise en charge du patient

Pour l'évaluation de la prise en charge du patient, quatre moyens d'évaluation peuvent être proposés. Selon que l'on s'attache à étudier une évolution ou à s'appuyer sur une évaluation ponctuelle, on choisira l'un ou l'autre de ces moyens.

- Analyse des questionnaires de sortie : C'est plutôt un moyen de voir l'évolution qualitative de la prise en charge. On s'attachera à certains critères comme l'accueil, l'organisation des soins, la prise en charge médicale et paramédicale, la coordination, les modalités de sortie.
- Analyse des plaintes des patients : En général ponctuelles, les plaintes peuvent être adressées à des unités en particulier. Elles deviennent alors un moyen de voir l'évolution de la qualité de prise en charge dans ces unités.

Plus globalement, ces plaintes nous permettent d'adapter l'offre aux besoins de la population soignée.

- Elaboration de grilles d'observation ayant des critères tournés vers la prise en charge globale du patient et la coordination des différents acteurs médicaux et paramédicaux : C'est une évaluation ponctuelle, qui permet un recueil direct et crédible de l'information. Les grilles d'observation permettent en outre de mettre rapidement en place des actions correctives.
- Enfin, on peut interroger directement les patients. C'est également une évaluation ponctuelle. Elle permet de vérifier la bonne compréhension des questions par le patient, et, se pratiquant en interrelation, la personne interrogeante peut recueillir les impressions plus générales, non dites du patient.

Il faut cependant se méfier des interférences que peut produire un interrogatoire chez celui qui est en état de dépendance médicale. C'est l'une des limites de cette méthode.

CONCLUSION

L'évolution de l'hôpital, voulue par le législateur et défendue par les usagers, nous conduit à réfléchir globalement sur la prise en charge des patients, et à recourir à une pluridisciplinarité des soins. C'est cette évolution qui est à l'origine du travail présenté ici.

L'intégration des professionnels de rééducation isolés est bien une problématique de directeur des soins. C'est à partir de sa volonté qu'est donnée de la cohérence et du sens aux actes réalisés par les différents professionnels au sein ou en dehors des unités.

Il revient à lui aussi de définir le séjour hospitalier comme un trajet nécessitant la mise en place d'une organisation qui réponde aux besoins de prise en charge coordonnée : il est là pour décloisonner, faire interagir, créer des liens, sécuriser, reconnaître...

Il doit aussi, dans ses fonctions de direction, privilégier les valeurs collectives tout en permettant l'expression des qualités individuelles de chaque acteur dans le respect de la diversité.

Enfin, garant de la qualité des soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation, il devra évaluer les actions qu'il met en place pour cela et faire partager cette approche au niveau de l'équipe de direction et du corps médical de son établissement.

L'écoute de l'autre est l'un des plus sûrs moyens d'aller plus loin avec lui, aussi je voudrai terminer ce mémoire par la citation de deux des rééducateurs isolés ayant bien voulu faire un commentaire à la fin du questionnaire⁴⁷ :

- Le premier écrit ceci : « *Nous sommes inconnus de la direction. L'avantage est la liberté du travail. L'inconvénient est la non reconnaissance de notre profession au sein de l'établissement* » ;
- Le second poursuit : « *Les professions de rééducation comme la mienne sont peut-être vues comme un peu secondaires et gagneraient, toujours dans l'intérêt des patients, à être davantage partie prenante des projets de soins.* »

Dont acte...

⁴⁷ Cf. Annexe IV : Commentaires accompagnants les questionnaires.

Bibliographie

TEXTES LÉGISLATIFS ET RÉGLEMENTAIRES :

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 1991. Loi n° 92-748 du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière. Journal officiel de la République Française, 2 août 1991, 10255-10269.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 1995. Décret n° 95-926 du 18 août 1995, portant création d'un diplôme cadre de santé.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 1995. Arrêté du 18 août 1995 du diplôme de cadre de santé.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 1996. Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2001. Décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001, portant statut particulier des cadres de santé de la fonction publique hospitalière.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2002. Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002, portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière. Journal officiel de la République Française, 23 avril 2002, 7187-7191.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 19 mars 2003, Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital, COUASNAU R. député, 2003, 98p.

Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées., Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Circulaire N°DHOS/O/2004/101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération.

OUVRAGES :

AMBLARD H., BERNOUX P., HERREROS G., LIVIAN Y.-F.; Les nouvelles approches sociologiques des organisations, Dijon Quetigny, Editions du Seuil, 1996, 245p.

BERNOUX P., La sociologie des organisations, Evreux, Point Essais, 1990, 382p.

BURCKEL M.-F., MULLER J.-L., Encadrement hospitalier « un nouvel exercice du pouvoir », Paris, Editions hospitalières, 1996, 146p.

COSNIER J., GROSJEAN M. et LACOSTE M., Soins et communication, «Approches interactionnistes des relations de soins », Presses Universitaires de Lyon, Collection Ethologie et Psychologie des communications, 1993, 219p.

CROZIER M. et FRIEDBERG E., L'acteur et le système, Paris, Editions du Seuil, Collection Points, 1977, 500p.

FRIEDBERG E. L'analyse sociologique des organisations, Paris, POUR, revue du groupe de recherche pour l'éducation et la prospective, N°28, 1988, 125p.

GENELOT D., Manager dans la complexité. Paris : INSEPCONSULTING, 2001, 345p.

GONNET F., L'hôpital en question(s), Paris, Editions Lamarre, novembre 1992, 359p.

HART J., MUCCHIELLI A., Soigner l'hôpital «Diagnostics de crise et traitements de choc », Paris, Editions Lamarre, 1997, 185p.

HART J., LUCAS S., Le management hospitalier, «Stratégies nouvelles des cadres », Paris, Editions Lamarre, 2002, 180p.

LAPAUW R., La pratique du management des entreprises sanitaires et sociales, Paris, Editions Privat, 1993, 168p.

LEBORTEF G., De la compétence à la navigation professionnelle, Paris, Editions d'Organisation, 1997, 294p.

MINTZBERG H., Le management « voyage au centre des organisations », Paris, Editions d'Organisation, 1998 ; 570p.

MOATTY F., Comment les salariés reçoivent-ils leurs instructions de travail ?, « Canaux de communication et formalisation des organisations », Centre d'Etudes de l'Emploi, 1994, 135p.

MOUNIER E., Œuvre de MOUNIER 1944-1950 (Tome 3), Paris, Editions du Seuil, 1962, 749p.

OBIN J.-P., Les établissements scolaires entre l'éthique et la loi, Editions Hachette, 1996, 175p.

PONCHON F., L'hôpital en 100 mots clés, Berger-Levrault, Paris, 1998, 261p.

SAINSAULIEU R., L'identité au travail, Paris, Presse de la Fondation Nationale Des Sciences Politiques, 1988, 477p.

ARTICLES :

ANAES, Manuel d'accréditation des établissements de santé, première procédure d'accréditation, juin 2003, 136p. <http://www.anaes.fr>

ANAES, Manuel d'accréditation des établissements de santé, deuxième procédure d'accréditation, version expérimentale, novembre 2003, 184p. <http://www.anaes.fr>

HAEFFNER A.-L., Cadres infirmiers et démarche qualité : des managers en mutation, Gestions Hospitalières, 2002/02, N: 413.

PONTIGIA N. et ACKER R., Compétence et organisation : approche stratégique et systémique, Les cahiers de l'ANIG, 2002, N: 4.

LA TARIFICATION A L'ACTIVITE, modèle d'allocation des ressources et modalités de mise en œuvre, document d'information, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, octobre 2003, 52 p. <http://www.sante.gouv.fr>

MEMOIRES :

BELLET B., Et si l'infirmier général devenait directeur des soins ? , mémoire de fin d'étude, formation des infirmiers généraux, 1999, 68p.

KARASOGLU M., La prise en charge globale, notion fédératrice du dossier de soins : quelle stratégie pour le directeur des soins ?, mémoire de fin d'étude, formation des directeurs des soins, 2002, 65p.

LEGOURD B., L'infirmier général, directeur des soins paramédicaux, mémoire de fin d'étude, formation des infirmiers généraux, 2000, 87p.

MARTINO C., La circulation de l'information écrite descendante au sein du service infirmier : analyse et enjeux, mémoire de fin d'étude, formation des infirmiers généraux, 2000, 92p.

PHAM M.-C., La prise en charge du patient à l'hôpital : mieux gérer la complexité de la coordination des acteurs. « Application des méthodes de gestion de flux et d'analyse de la valeur », mémoire de fin d'étude, formation des directeurs d'hôpital, 2002, 110p.

RAYNAUD M., Une organisation de la prise en charge innovante au CHU de Montpellier : le projet de chemins cliniques, mémoire de fin d'étude, formation des directeurs d'hôpital, 2004, 90p.

COURS ET CONFÉRENCES :

SCHWEYER F.-X., Sociologie de l'organisation hospitalière, cours ENSP, 2003

VILLENEUVE P., Nouvelle gouvernance au sein des établissements de santé : prise en compte des nouvelles responsabilités, cours ENSP, 2 avril 2004

JOUBERT J., HERNANDEZ H., Formations initiales des professions de rééducation et médico-techniques, état des lieux, VIème Journée d'étude et de réflexion sur : Formations et Valorisation Professionnelle (UIPARM), Hôpital Pitié Salpêtrière, Paris, 18 janvier 2002.

Liste des annexes

ANNEXE I: Effectif des personnels de rééducation dans les établissements publics de santé.....I

ANNEXE II : Guide d'entretien et grille d'analyse.....V

ANNEXE III : Lettre d'accompagnement et questionnaire pour les rééducateurs.....XI

ANNEXE IV : Commentaires accompagnants les questionnaires.....XIX

ANNEXE I

Effectif des personnels de rééducation dans les établissements publics de santé

EFFECTIF DES PERSONNELS DE REEDUCATION DANS LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE

	TITULAIRE									
	Homme temps plein	Homme temps partiel	Total Homme physique	Femme temps plein	Femme temps partiel	Total Femme physique	TOTAL PHYSIQUE	Homme ETP	Femme ETP	TOTAL ETP
Diététiciens	49	4	53	1 181	822	2 003	2 056	51,9	1 791,6	1 843,5
Ergothérapeutes	169	18	187	651	407	1 058	1 245	182,9	949,3	1 132,2
Masseurs kinésithérapeutes	1 419	100	1 519	2 352	1 447	3 799	5 318	1 489,7	3 381,9	4 871,6
Orthophonistes	25	0	25	573	351	924	949	24,1	827,6	851,7
Orthoptistes	12	1	13	97	50	147	160	11,9	129,6	141,5
Pédicures-podologues	9	1	10	19	14	33	43	9,5	27,0	36,5
Psychomotriciens	184	13	197	599	390	989	1 186	194,3	881,5	1 075,8
TOTAL Personnels de rééducation	1 867	137	2 004	5 472	3 481	8 953	10 957	1 964,3	7 988,5	9 952,8

	NON TITULAIRE SUR EMPLOI PERMANENT									
	Homme temps plein	Homme temps partiel	Total Homme physique	Femme temps plein	Femme temps partiel	Total Femme physique	TOTAL PHYSIQUE	Homme ETP	Femme ETP	TOTAL ETP
Diététiciens	3	3	6	62	128	190	196	4,0	122,2	126,2
Ergothérapeutes	18	17	35	78	126	204	239	25,7	141,4	167,1
Masseurs kinésithérapeutes	133	569	702	143	284	427	1 129	374,5	277,4	651,9
Orthophonistes	2	49	51	65	614	679	730	19,8	316,3	336,1
Orthoptistes	2	13	15	12	131	143	158	5,4	51,4	56,8
Pédicures-podologues	2	65	67	6	80	86	153	17,3	25,2	42,5
Psychomotriciens	7	46	53	63	262	325	378	30,3	194,1	224,4
TOTAL Personnels de rééducation	167	762	929	429	1 625	2 054	2 983	477,0	1 128,0	1 605,0

Source : SAE 2001, France entière

DHOS/P2/Cellule statistiques-le 6/02/04

ANNEXE II

Guide d'entretien et grille d'analyse

GUIDE D'ENTRETIEN

Question de départ :

- *Comment sont organisés dans votre établissement les personnels de rééducation isolés ?*

Les thèmes à aborder :

1. La communication :
 - Direction des soins / personnel de rééducation
 - Personnel de rééducation / administration
 - Encadrement / personnel de rééducation
 - *Comment se passe la communication entre vous et ce personnel ou entre ce personnel et l'administration ?*
2. Les pratiques professionnelles (hors ou dans une direction des soins)
 - Notamment pour :
 - l'évaluation
 - le recrutement
 - les stages d'école de ce personnel
 - l'organisation du travail des agents
 - la formation
 - *Comment est suivi dans votre établissement ce personnel au niveau de leur travail et de leur carrière ?*
3. Les intérêts d'une intégration ? Pour :
 - ce personnel
 - un directeur des soins
 - un établissement
 - les patients
 - *Voyez-vous des intérêts pour les différents acteurs (jusqu'au patient) à une intégration de ce personnel dans une direction des soins ?*

4. Les projets :

- Au niveau :
- de l'information soignante (CSSI, direction des soins)
 - du ou d'un projet de soins paramédicaux
 - du projet d'établissement

- Avez-vous des projets ou des idées qui pourraient aller dans le sens de l'intégration de ce personnel ?

GRILLE D'ANALYSE

PRÉNOM :

TYPE D'ÉTABLISSEMENT :

Nb de LITS :

COMMUNICATION

GESTION / ORGANISATION

INTERÊTS

PROJETS

ANNEXE III

Lettre d'accompagnement et questionnaire pour les rééducateurs

Rennes, le 26 janvier 2004

Madame, monsieur,

Merci de me consacrer quelques instants.

Elève directeur des soins, j'ai choisi comme thème de mémoire : « La communication entre les personnels de la filière rééducation et la direction des soins ».

Pour cela, j'ai besoin de recueillir vos témoignages. Je le fais au moyen d'un questionnaire que j'espère simple et rapide à remplir. Ce questionnaire est anonyme, et les résultats ne seront exploités que sous forme de statistiques.

Merci de bien vouloir y consacrer quelques minutes et de remettre vos réponses sous 8 jours au stagiaire directeur des soins qui vous l'a remis.

Si vous avez besoins de renseignements complémentaires, vous pouvez m'appeler au 06 23 39 10 88 ou sur email : mercieralaric@aol.com .

A. MERCIER

QUESTIONNAIRE

Sur : « La communication entre les personnels de la filière rééducation et la direction des soins » A. MERCIER

Questionnaire à retourner sous 8 jours au stagiaire directeur des soins. Merci

Les liens hiérarchiques :

1. Quel est votre responsable hiérarchique ?

- Le chef du service dans lequel vous travaillez **34%**
- Un directeur des soins **9%** - Le directeur des ressources humaines **6%**
- Un cadre de santé **30%** ou un cadre supérieur de santé **22%**
 - . de la filière de rééducation^a ? oui **23%** non **30%**
 - . de votre métier oui **0%** non **100%**

Si non quel métier ? _____

. travaille-t-il dans votre service ? oui **31%** non **25%** ss réponse **44%**

- Une personne autre que celles déjà mentionnées **12%**
 - . Merci de préciser sa fonction : Directeur des services économiques **12%**

2. Votre responsable hiérarchique, s'occupe-t-il ? (*plusieurs réponses possibles*)

- De vos horaires et congés oui **64%** non **36%**
 - . Si non qui s'en occupe ? _____ ss réponse **0%**
- De vos demandes de formations oui **71%** non **25%**
 - . Si non qui s'en occupe ? _____ ss réponse **4%**
- De l'organisation de votre travail oui **21%** non **70%**
 - . Si non qui s'en occupe ? _____ ss réponse **9%**
- De vous fournir les info. sur la vie de votre établissement oui **64%** non **34%**
 - . Si non qui s'en occupe ? _____ ss réponse **2%**
- De votre évaluation oui **83%** non **16%**
 - . Si non qui s'en occupe ? _____ ss réponse **1%**

Vos relations avec vos collègues de travail :

3. Dans votre établissement faites-vous partie d'un groupe de réflexion et d'échange ?

oui **52%** non **47%** Si oui, lequel ? _____
ss réponse **1%**

^a La filière de rééducation comprend les métiers suivants : diététicien, ergothérapeute, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue et psychomotricien.

Vos souhaits :

9. Vous souhaitez être rattaché à une direction des soins. Quelle serait selon vous la personne la plus à même d'être votre responsable hiérarchique ? _____
Pourquoi ?

10. Aimerez-vous être associé au projet de soins paramédicaux ? oui **85%** non **8%**
Pourquoi ? ss réponse **7%**

Vous êtes :

11. Vous faites partie de la **filière** des rééducateurs :

. Quel est votre métier ?	diététicien	20%	orthoptiste	7%
	ergothérapeute	24%	pédic-podologue	7%
	kinésithérapeute	9%	psychomotricien	17%
	orthophoniste	16%		

12. Dans votre établissement, combien êtes-vous à pratiquer ce même métier ?

Vous êtes : seul(e) **12%** 2 à 5 **59%** 6 à 10 **22%** plus de 10 **7%**

13. Vous travaillez dans quel type d'établissement ?

CHR 9%	CHG 26,5%	Hôpital local	6%	Maison de retraite	0%
CHU 23%	CHS 26,5%	Centre de rééducation	0%	Autre (<i>préciser</i>)	_____
				Hôpital des armées	4%
				AP-HP	3%
				CHD	2%

. Dans quel(s) service(s) ? _____

14. Quel est votre ancienneté dans l'établissement ? ans

Ancienneté moyenne (103 réponses) : **13 ans**

15. Merci de me faire part de toutes vos remarques sur ce sujet

Merci de votre précieuse collaboration

ANNEXE IV

Commentaires accompagnants les questionnaires

COMMENTAIRES ACCOMPAGNANT LES QUESTIONNAIRES

Remarques sur le sujet

J'ai plus l'impression d'être membre de mon service que du CHG.

On me montre peu d'intérêt pour ma profession malgré les besoins et les demandes sur le terrain.

Manque de différenciation entre notre profession et le service de kiné auquel je suis rattachée.

Quelques fois oubliée dans les staffs médicaux

Les professions de rééducation comme la mienne sont peut-être vues comme un peu secondaires et gagneraient, toujours dans l'intérêt des patients, à être davantage partie prenante des projets de soins.

Malgré une certaine évolution ces dernières années sentiment encore d'exclusion dans les projets communs.

J'ai l'impression de ne pas être pris au sérieux par ma hiérarchie.

Pour pouvoir continuer à évoluer favorablement, avoir accès à des formations extérieures.

Nous sommes inconnus de la direction. L'avantage est la liberté du travail. L'inconvénient est la non reconnaissance de notre profession au sein de l'établissement.

Je suis fatiguée de me battre pour la reconnaissance d'une profession utile pour le monde médical et les malades surtout.

Seul au sein de cette structure, je suis encore souvent oubliée.

Pour ma part je commence à être en relation avec la DS en participant aux CSSI tous les trimestres.

En tant que psychomotricienne et étant peu nombreux, on se sent un peu isolé dans tout ce système.

Personnellement, je tiens à me démarquer hiérarchiquement du corps infirmier pour une d'ergothérapeute. Reconnaissance complète de la profession.

Profession insuffisante en nombre pour un W large intra et extrahospitalier (travail en réseau, action de prévention...). D'autre part, avoir un encadrement supérieur spécifique tout en dépendant de la direction de soins.

Le travail en partenariat est un bénéfice pour toutes les fonctions contrairement à ce que la majorité pense.

Nous nous sommes vus rattachés il y a 5 ans à la DS et depuis notre travail est reconnu.

Au début on a eu peur, mais c'est plus aussi parce qu'on connaissait le DS que nous nous sommes dit oui il y a 5 ans, on l'aurait fait sinon avant.

Les directeurs des soins n'étant plus sur le terrain, leurs réalités et la notre ne correspondent plus.

Difficulté d'apprécier le travail de la DSSI car peu de retour et peu de connaissances sur sa fonction.

Je souhaite de la part des directeurs qu'ils favorisent la réflexion et l'application et non l'inverse.

Une des principales difficultés des diététiciens hospitaliers est un positionnement entre la restauration et les services cliniques.

J'ai trouvé ce questionnaire trop flou et passablement orienté.

Je suis d'accord avec votre projet. Je trouve cette communication essentielle pour l'évolution de nos professions et pour la prise en charge globale du patient.

Il serait intéressant de connaître le statut des professionnels concernés. Le mien est d'être depuis 14 ans 1/2 contractuelle permanente.

Même si je ne participe pas à la CSSI, je peux échanger avec les équipes et envisager des projets qui tendent vers un même but pour le patient.

Trop de hiérarchie en pyramide sans connaissance de l'activité par exemple de dysfonctionnement, des propositions de réunions concernant les formations avec un délai d'organisation inférieur à une semaine.

Une prise en charge de l'ancienneté pour les contractuels permanents.

Je suis en CDD, et mon ancienneté n'est pas prise en compte dans l'établissement. Je trouve cela anormal.

Un kiné plein temps, un à 75%, ce qui est insuffisant en période de congés.

Depuis 10 ans, malgré une demande croissante et justifiée de nos soins, nous avons un manque de temps de travail qui est toujours de 8 heures 45 par semaine pour le CHU.

La direction des soins existe bien mais les personnels de rééducation n'ont jamais été rattachés officiellement et de manière explicite à cette direction !!! On peut se demander pourquoi ?