



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des soins

Promotion 2005

La rééducation dans les CHU
Visibilité et participation institutionnelle

Valérie LOZANO

Remerciements

A toutes les personnes qui ont accepté de me consacrer de leur temps pour m'aider à mieux comprendre ce sujet, qui m'ont répondu avec sincérité et générosité. J'espère qu'ils trouveront dans ce mémoire une contribution à la réflexion sur le sujet.

A tous mes proches et à ceux qui m'ont soutenue au cours de mon engagement professionnel.

A toutes celles et à tous ceux qui ont assuré le soutien logistique au cours de cette année et m'ont permis de travailler dans des conditions confortables et agréables.

A la petite lumière courageuse et pétillante qui brille dans ma vie.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 LA REEDUCATION, UN NOM UNIQUE POUR DES REALITES MULTIPLES....	5
1.1 Les professions de rééducation.....	5
1.1.1 Un groupe hétérogène	5
1.1.2 Définitions de l'exercice des professions de rééducation.....	6
1.1.3 Eléments démographiques	7
1.2 Identité des professions de rééducation.....	9
1.2.1 Existe-t-il une profession de rééducation ?.....	9
1.2.2 Les professions de rééducation sont-elles vraiment des professions ?.....	10
1.2.3 L'identité professionnelle des rééducateurs	11
1.3 Les rééducateurs et leurs interactions professionnelles.....	14
1.3.1 Professions de rééducation et corps médical.....	14
1.3.2 Reconnaissance professionnelle et visibilité : mise en parallèle des évolutions de la profession d'infirmier et des professions de rééducation	16
1.4 Les professions de rééducation en CHU : un travail situé dans un cadre institutionnel spécifique.....	19
1.4.1 Les spécificités des CHU	19
1.4.2 L'organisation hospitalière, une bureaucratie professionnelle qui favorise l'indépendance des opérationnels	21
1.4.3 Les obstacles à la coopération.....	21
1.4.4 Les évolutions réglementaires en faveur d'une meilleure intégration institutionnelle des professions de rééducation.....	22
1.5 Conclusion de la première partie	24
2 LA REEDUCATION DANS LES CHU	24
2.1 Les personnels de rééducation dans les CHU enquêtés.....	24
2.2 Visibilité de la rééducation dans les documents institutionnels	25
2.3 L'organisation de la rééducation.....	26
2.3.1 L'organisation hiérarchique à travers les organigrammes.....	26
2.3.2 La disposition géographique influence l'organisation	26
2.3.3 Les incertitudes liées au choix d'une nouvelle organisation	28
2.4 Place de la rééducation dans les CHU.....	29

2.4.1	Les directeurs généraux sont loin des activités de rééducation	29
2.4.2	La rééducation est en décalage avec les missions d'un CHU.....	30
2.4.3	L'image de la rééducation a influencé sa place dans les CHU.....	31
2.4.4	La représentation institutionnelle	31
2.4.5	Inquiétudes pour la place de la rééducation dans « l'hôpital 2007 ».....	33
2.5	Éléments de la communication des rééducateurs défavorables à leur visibilité.....	33
2.5.1	Un faible « sens institutionnel »	33
2.5.2	Il n'existe pas de groupe des rééducateurs	34
2.5.3	Le corps médical domine les professions de rééducation	34
2.5.4	Les incertitudes liées aux multiples hiérarchies	35
2.5.5	L'encadrement n'est pas en position de force.....	37
2.5.6	Le manque de traçabilité des actions	37
2.5.7	Difficultés à réaliser des publications professionnelles	38
2.5.8	Les actions de recherche, de formation, d'enseignement ne sont pas connues .	38
2.6	Les actions des rééducateurs pour se faire connaître	39
2.6.1	Le développement de la communication avec les cadres soignants.....	39
2.6.2	La mise en place de la traçabilité	39
2.6.3	Des documents professionnalisent le management	40
2.6.4	Les écrits destinés à se faire connaître au niveau institutionnel	40
2.6.5	La collaboration à travers les projets institutionnels ou pluriprofessionnels.....	41
2.7	Conclusion de la deuxième partie	41
3	AU DELA DE LA VISIBILITE, L'ENJEU EST DANS LA PARTICIPATION DE TOUS LES ACTEURS ET DANS LEUR COOPERATION.....	42
3.1	Diagnostics.....	42
3.1.1	Diagnostic n°1 : le manque de visibilité globale de la rééducation dans l'institution résulte de l'absence d'une entité organisationnelle regroupant l'ensemble des rééducateurs	42
3.1.2	Diagnostic n°2 : le sommet stratégique et la base opérationnelle manquent de données concernant les activités de rééducation et les actions menées par les rééducateurs.....	43
3.2	Traitement n°1 : structurer la rééducation.....	44
3.2.1	Créer un service des soins de rééducation.....	44
3.2.2	Créer une identité du service des soins de rééducation	45
3.2.2.1	Définir et afficher l'organisation des activités de rééducation.....	45
3.2.2.2	Construire un projet de soins commun aux différentes professions de rééducation pour fédérer le groupe des rééducateurs	46

3.2.2.3 Amener les rééducateurs à définir leur identité professionnelle.....	46
3.2.2.4 Structurer un accueil personnalisé des professionnels nouvellement recrutés	47
3.2.2.5 Structurer l'accueil des étudiants	47
3.2.3 Favoriser la confiance en soi du groupe des rééducateurs.....	48
3.2.3.1 Favoriser les relations de confiance pour conforter le rôle des cadres	48
3.2.3.2 Reconnaître le travail effectué	49
3.3 Le traitement n°2 : favoriser la participation des rééducateurs au sein de l'institution	50
3.3.1 Améliorer la communication pour favoriser la coopération	50
3.3.2 Faire apparaître les activités de rééducation et les actions menées par les rééducateurs	51
3.3.2.1 Le rapport d'activité	51
3.3.2.2 L'analyse de l'activité.....	52
3.3.3 Développer la coopération avec les soignants et avec les médecins.....	53
3.3.3.1 Le dossier patient et les transmissions écrites	53
3.3.3.2 Construire ensemble le projet de soins	53
3.3.4 Développer des projets en liens avec les besoins de l'institution et avec la politique de santé publique	54
3.3.4.1 Les projets de recherche	54
3.3.4.2 Améliorer les conditions de travail	54
3.3.4.3 Contribuer à la formation du personnel	55
3.3.4.4 Développer l'accueil et le suivi des personnes souffrant de perte d'autonomie	55
3.3.4.5 Structurer des réseaux ville/hôpital en rééducation et réadaptation	55
3.4 Conclusion de la troisième partie	56
CONCLUSION	57
BIBLIOGRAPHIE.....	59
LISTE DES ANNEXES	I
Annexe I - Textes réglementaires définissant les actes professionnels des professions de rééducation	II
Annexe II – Méthodologie de l'enquête et de l'analyse des données.....	X
Méthodologie de l'enquête	X
Les guides d'entretiens.....	XI
Analyse des données	XIV
Annexe III - Présentation des CHU enquêtés	XV

Annexe IV - Liste des travaux en lien avec les missions d'enseignement, de recherche et de formation menés par les rééducateurs, recensés au cours des entretiens.....XVII

Liste des sigles utilisés

ADELI : automatisation des listes des professions de santé
ADERF : association pour le développement de la recherche en rééducation fonctionnelle
ADLF : association des diététiciens de langue française
AFREK : association française pour la recherche en kinésithérapie
ANAES : agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ARH : agence régionale de l'hospitalisation
AS : aide soignant(e)
CGS : coordonnateur général des soins
CHU : centre hospitalier universitaire
CME : commission médicale d'établissement
CS MK : cadre de santé masseur-kinésithérapeute
CS : cadre de santé
CSS IDE : cadre supérieur de santé infirmier
CSS MK : cadre supérieur de santé masseur-kinésithérapeute
CSS : cadre supérieur de santé
DG : directeur général
DHOS : direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DMS : durée moyenne de séjour
DRH : directeur des ressources humaines
DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DS : directeur des soins
EPS : établissements publics de santé
ETP : équivalent temps plein
FNO : fédération nationale des orthophonistes
FPH : fonction publique hospitalière
IDE : infirmier, infirmière diplômé(e) d'Etat
IFMK : institut de formation en masso-kinésithérapie
IFSI : institut de formation en soins infirmiers
MPR : médecine physique et de réadaptation
MTR : médico-techniques et de rééducation
PCEM 1 : premier cycle d'études médicales 1^{ère} année
Pdt CME : président de la commission médicale d'établissement
Pr MPR : professeur, chef de service de médecine physique et de réadaptation
SAE : statistiques annuelles des établissements
SNAO : syndicat national des orthoptistes
T2A : tarification à l'activité
UF : unité fonctionnelle

INTRODUCTION

Bien qu'intégrés à part entière dans les activités de soins par le décret du 19 avril 2002, portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière et par l'Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, les rééducateurs ont des compétences professionnelles et des spécificités qui restent méconnues -voire inconnues pour certaines- des autres professionnels des soins et des directions des établissements. Ces derniers apprécient difficilement la valeur ajoutée que les activités de rééducation constituent pour l'établissement car la multiplicité des métiers –ils forment un groupe de sept métiers de rééducation dans la fonction publique hospitalière-, la faiblesse des effectifs, la dispersion des professionnels dans les différents services contribuent à les rendre peu visibles.

Mon expérience professionnelle au sein d'un CHU en tant que kinésithérapeute puis en tant que cadre de santé m'a permis de constater que les rééducateurs travaillent en étroite collaboration avec les équipes médicales et soignantes et développent des expertises dans leur métier. Ils mènent souvent des activités de recherche, d'enseignement et de formation reconnues dans leur spécialité. Cependant, ces compétences ne sont pas toujours connues au sein de l'institution et restent souvent confidentielles, limitées à la profession ou aux services concernés alors qu'elles pourraient contribuer à l'amélioration de la qualité des soins si elles étaient utilisées plus largement. Pourtant, ce sont des acteurs qui, notamment en matière d'éducation pour la santé et d'ergonomie, seraient susceptibles de contribuer à faire progresser la qualité des soins et des conditions de travail. L'institution se privant de ces ressources humaines, les rééducateurs, mal intégrés dans les projets institutionnels, ne se sentent pas reconnus et peuvent être amenés à réduire leur participation et à se désengager de plus en plus. Bien que certains développent des innovations dans leur profession elles ne sont pas réinvesties dans l'institution faute de connaissance par l'encadrement et par les responsables stratégiques des établissements.

Ma propre expérience et les regrets récurrents de certains de mes collègues cadres de santé rééducateurs d'être ignorés lors de la mise en place de projets institutionnels m'ont poussée à m'interroger sur les raisons de leur faible participation aux projets conduits dans l'établissement, que ce soit lors de créations de services, pour les travaux de réaménagement, les formations institutionnelles ou les démarches qualité.

Il m'a donc paru intéressant d'essayer de comprendre **les raisons pour lesquelles les compétences et les actions des rééducateurs semblent manquer de visibilité¹ et ne semblent pas reconnues au niveau institutionnel.**

Cette question correspond à un enjeu essentiel pour un directeur des soins qui doit chercher à connaître, à reconnaître et à faire reconnaître toutes les compétences disponibles dans son établissement afin de faciliter la participation et la coopération de tous les acteurs des soins.

L'hôpital est un monde tiraillé entre des logiques individuelles d'expertise, un fort corporatisme professionnel et une nécessité incontournable de travail en équipe : il lui faut assurer une cohérence de fonctionnement à laquelle sont peu préparés les différents acteurs de soins². Le directeur des soins doit permettre de faire travailler ensemble tous les soignants issus de métiers multiples et de formations différentes, et les relier aux équipes de direction. Cette approche doit amener à associer les rééducateurs à des projets pour lesquels leur éclairage de professionnels de la réadaptation et de l'éducation pour la santé peut apporter une plus value, par exemple en matière d'accueil des personnes hospitalisées, de développement de réseaux de suivi extrahospitalier, ou d'amélioration de la santé au travail. Cette démarche est d'autant plus nécessaire dans un environnement démographique, social et législatif qui oblige les établissements de santé à envisager une politique active pour offrir des prestations adaptées aux personnes handicapées ou souffrant de perte d'autonomie.

Afin de tenter d'expliquer le manque apparent d'intégration des rééducateurs dans la vie institutionnelle, j'ai retenu trois hypothèses principales :

La première est en lien avec la structure hospitalière universitaire : un CHU est centré sur l'urgence, les soins aigus et les techniques de pointe. **Il a des missions de recherche, d'enseignement, de formation : la place de la rééducation est secondaire au regard des objectifs d'un tel établissement.**

La deuxième hypothèse a trait à l'identité professionnelle des rééducateurs : **l'absence d'une identité commune pour tous ces métiers limite leur visibilité dans l'institution.**

¹ Par visibilité, j'entends la qualité de ce qui apparaît clairement à autrui et peut être constaté, compris de manière évidente.

² ALLAFORT M. *Développer la coopération entre les acteurs du soin à l'hôpital.*

La troisième hypothèse a trait à la communication : **le contexte dans lequel évoluent les rééducateurs entrave leur communication dans l'institution.** La communication est entendue dans un sens plus large que celui restreint aux paroles, écrits, échanges interpersonnels. Elle prend en compte les actions et les conduites des acteurs sociaux, y compris les non communications. Selon A. MUCCHIELLI et coll., « *la communication est une sorte de « construit » émergent dans une situation d'acteurs en interaction, construit qui prend son sens dans un contexte qu'il convient de circonscrire* »³. Le contexte qui devra donc être étudié concernera notamment la position sociale des professions de rééducation, la structure institutionnelle des CHU, le positionnement hiérarchique et fonctionnel des rééducateurs vis-à-vis des autres professionnels (médecins, soignants, équipes de direction).

Dans une première partie, je présenterai ce que sont les professions de rééducation et la place qu'elles occupent parmi les professions de santé en France et plus précisément au sein des CHU. J'envisagerai ensuite les caractéristiques des métiers de rééducation du point de vue législatif et réglementaire et du point de vue sociologique. Définir ce qu'est une profession et dans quelle mesure ce terme a un sens pour la rééducation, étudier comment se construit l'identité professionnelle et les éléments qui contribuent à la visibilité d'une profession seront des éléments qui permettront de mieux comprendre la situation des rééducateurs dans les CHU. Enfin, j'examinerai ce que dans l'environnement institutionnel d'un CHU permet de mieux appréhender la place des activités de rééducation dans cet ensemble et les processus qui facilitent ou freinent la coopération des différents acteurs. Enfin, je terminerai la première partie par les évolutions réglementaires susceptible de favoriser la visibilité de la rééducation dans les CHU.

Dans la seconde partie, je présenterai les résultats d'une enquête de terrain que j'ai réalisée dans trois CHU. J'ai cherché à repérer les facteurs de visibilité des activités de rééducation à partir de l'observation des structures notamment au travers de l'analyse de documents écrits institutionnels et en menant des entretiens semi directifs avec les principaux acteurs concernés.

J'ai ainsi pu mettre en évidence un certain nombre d'éléments qui contribuent à mieux comprendre la place de la rééducation dans les CHU, le positionnement des acteurs et leurs interactions, y compris la représentation que les rééducateurs se font d'eux-mêmes,

³ MUCCHIELLI A., CORBALAN J.-A., FERRANDEZ V., *Théorie des processus de la communication*. p. 14

les relations qu'ils ont entre eux et les modes de communication qu'ils développent dans l'institution.

Au-delà des explications étiologiques, ces entretiens ont apporté aussi de nombreuses indications qu'une évolution de la visibilité des actions menées par les rééducateurs est déjà amorcée dans les CHU. Elles ouvrent des perspectives d'amélioration sur lesquelles je me suis appuyée pour construire les propositions de la troisième partie où j'envisagerai comment favoriser la visibilité et la participation institutionnelle des rééducateurs dans les CHU.

1 LA REEDUCATION, UN NOM UNIQUE POUR DES REALITES MULTIPLES

1.1 Les professions de rééducation

1.1.1 Un groupe hétérogène

Les activités de rééducation auxquelles j'ai choisi de m'intéresser correspondent aux activités des professionnels de santé du groupe des rééducateurs. Il s'agit de sept métiers (masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste, et diététicien) qui ont été regroupés par le décret n°89-609 du 1 septembre 1989, portant statuts particuliers des personnels de rééducation de la fonction publique hospitalière. Ce décret les répartit en sept corps classés en catégorie B.

Les métiers de rééducation sont des métiers jeunes, dont la création a été liée à la volonté médicale de déléguer des actes non primordiaux. Ils se sont pour la plupart développés à partir de la spécialisation du métier d'infirmière. Leur reconnaissance par l'Etat date de moins de 60 ans, le premier diplôme créé ayant été celui de masseur-kinésithérapeute en 1946 tandis que le diplôme national du Certificat de Capacité d'Orthophonie ne date que du 10 juillet 1964.

Ce groupe professionnel est relativement disparate comme l'attestent des formations et des diplômes professionnels hétérogènes.

Les formations peuvent être organisées au sein d'écoles ou de départements dépendant de l'université (pour l'orthophonie, l'orthoptie, la rééducation psychomotrice), au sein de lycées techniques ou d'instituts universitaires de technologie (pour la diététique) ou encore dans des instituts de formation dépendant de la fonction publique hospitalière ou privés (pour la masso-kinésithérapie, la pédicurie, l'ergothérapie).

L'entrée en formation se fait par l'intermédiaire d'un concours (excepté pour les formations de diététique)⁴, organisé par les écoles, les instituts ou par l'université.

Les formations comportent un nombre d'heures de cours magistraux et de travaux pratiques variant de 1090 heures pour les psychomotriciens à 1870 heures pour les ergothérapeutes, et un nombre d'heures de stage allant de 800 heures pour les diététiciens à 1695 heures pour les pédicures-podologues. Le niveau d'études reconnu

⁴ KREMPF M. Rapport sur l'évolution du métier de diététicien. Programme national nutrition santé. p.14-15

est Bac + 2 pour les diététiciens, Bac + 4 pour les orthophonistes, et Bac + 3 pour les ergothérapeutes, psychomotriciens, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues⁵. Les diplômes sont délivrés par l'éducation nationale et l'enseignement supérieur (certificats de capacité d'orthophoniste et d'orthoptiste, BTS diététique, DUT génie biologique option diététique) ou par le ministère de la santé (diplômes d'Etat de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue, de psychomotricien et d'ergothérapeute). La disparité que l'on trouve dans la formation de ces professions se retrouve aussi dans la définition législative de leur exercice professionnel.

1.1.2 Définitions de l'exercice des professions de rééducation

Les professions de rééducation font partie des auxiliaires médicaux, groupe qui comprend aussi les professions d'infirmier, de manipulateur d'électroradiologie médicale, d'audioprothésiste et d'opticien-lunetier.

Leur régulation fait l'objet du livre 3 de la quatrième partie du code de la santé publique mais toutes ne bénéficient pas de définitions précises.

Les professions de masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, orthophoniste et orthoptiste voient leur exercice clairement indiqué. Selon l'article L.4321-1, « *La profession de masseur-kinésithérapeute consiste à pratiquer habituellement le massage et la gymnastique médicale.* » L'article L.4322-1 établit que « *Seuls les pédicures-podologues ont qualité pour traiter directement les affections épidermiques, limitées aux couches cornées et les affections unguéales du pied à l'exclusion de toute intervention provoquant l'effusion du sang. Ils ont également seuls qualité pour pratiquer les soins d'hygiène, confectionner et appliquer les semelles destinées à soulager les affections épidermiques.* » Selon l'article L.4341-1, « *Est considérée comme exerçant la profession d'orthophoniste toute personne qui, non médecin, exécute habituellement des actes de rééducation constituant un traitement des anomalies de nature pathologique, de la voix, de la parole, et du langage oral ou écrit, hors la présence du médecin.* » Enfin, l'article L.4342-1 dispose « *Est considérée comme exerçant la profession d'orthoptiste toute personne qui exécute habituellement des actes de rééducation orthoptique hors la présence du médecin.* »

Pour les ergothérapeutes, les psychomotriciens, l'exercice n'est pas précisément défini par des actes mais à partir des personnes qui exercent l'activité : « *est considérée comme exerçant la profession d'ergothérapeute toute personne qui non médecin, exécute habituellement des actes professionnels d'ergothérapie, définis par décret en Conseil*

⁵ KREMPF M. Rapport sur l'évolution du métier de diététicien. Programme national nutrition santé. p.19

d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine. » (Article L.4331-1), et « est considérée comme exerçant la profession de psychomotricien toute personne qui non médecin, exécute habituellement des actes professionnels de rééducation psychomotrice, définis par décret en Conseil d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine. » (Article L.4332-1).

Enfin, le Code de la santé publique ne qualifie pas « diététicien » de profession mais de titre : « *L'usage professionnel du titre de diététicien, accompagné ou non d'un qualificatif, est réservé aux titulaires d'un diplôme, certificat ou titre mentionné à l'article L.4371-2 ou aux personnes autorisées selon les dispositions de l'article L.4371-3* » (article L.4371-1). Cette profession ne bénéficie pas d'un rôle bien défini par les textes législatifs ce qui limite sa visibilité au sein du système de santé français.

1.1.3 Eléments démographiques

Au-delà de leur hétérogénéité, les professions de rééducation représentent des effectifs minoritaires en France et dans la fonction publique hospitalière.

Les statistiques fournies par la DREES⁶ donnaient au 1^{er} janvier 2005, en France métropolitaine :

- 60 364 masseurs-kinésithérapeutes soit 100 masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants,
- 10 550 pédicures-podologues soit 17 pour 100 000 habitants,
- 5370 ergothérapeutes soit 9 pour 100 000 habitants,
- 2588 orthoptistes soit 4 pour 100 000 habitants,
- 5894 psychomotriciens soit 10 pour 100 000 habitants,
- 15 909 orthophonistes soit 26 pour 100 000 habitants.
- 4000 diététiciens sont recensés par l'association des diététiciens de langue française⁷ et par M. KREMPF⁸ (en 2003, en France.)

Les effectifs de rééducateurs -104 675 personnes au total- représentent presque un quart des effectifs infirmiers -452 466 IDE en activité au 1^{er} janvier 2005- (23 rééducateurs pour 100 IDE).

70% des rééducateurs (73 358) exercent en libéral alors que le rapport est inverse dans la profession infirmière qui est salariée à 87%.

⁶ SICART D. *Les professions de santé au 1^{er} janvier 2005*. DREES, série statistiques, n°82, Mai 2005. 65p.

⁷ ADLF [Consulté le 30/07/2005]. Disponible sur Internet : <http://www.adlf.org>

⁸ KREMPF M. Rapport sur l'évolution du métier de diététicien. Programme national nutrition santé. p.7

Au sein des professions de rééducation, l'exercice libéral est majoritaire pour les pédicures-podologues (98%), les masseurs-kinésithérapeutes (78%), les orthophonistes (77%) et les orthoptistes (77%) qui représentent le plus gros des effectifs de rééducateurs.

Les trois autres professions ne bénéficient pas d'une nomenclature des actes admis au remboursement selon les règles de la sécurité sociale et sont très majoritairement exercées de façon salariée, c'est le cas de 99% des ergothérapeutes, 92% des psychomotriciens et 87% des diététiciens.

Les personnels de rééducation salariés des établissements publics de santé⁹ représentaient 13 404 personnes, soit :

- 6440 masseurs-kinésithérapeutes (48%)
- 2252 diététiciens (16%)
- 1990 ergothérapeutes (14%)
- 1587 psychomotriciens
- 889 orthophonistes
- 173 orthoptistes
- 73 pédicures podologues.

L'ensemble des professionnels de rééducation ne représente que 5% des effectifs infirmiers des établissements publics de santé (250 159 IDE au 1^{er} janvier 2005). Ce rapport illustre l'état de minorité numérique de ces professions parmi les professions paramédicales à l'hôpital.

De nombreux professionnels exercent à temps partiel soit par convenance, soit par absence de poste à temps plein. Les orthophonistes, les pédicures-podologues peuvent avoir une activité libérale par ailleurs, les autres professionnels (psychomotriciens, ergothérapeutes) peuvent avoir une activité salariée dans un autre établissement. Cette organisation rend leur collaboration difficile avec les autres membres de l'équipe de soins et nuit à la transmission efficace des informations. En outre, elle peut considérablement limiter leur implication institutionnelle. Par ailleurs, excepté dans les CHU, les effectifs de ces professions sont souvent trop faibles pour permettre le développement d'un encadrement professionnel ce qui ne favorise pas leur visibilité dans l'institution.

⁹ Les effectifs des personnels de rééducation dans les établissements publics de santé sont donnés à partir des statistiques de la DREES au 1^{er} janvier 2005 excepté pour les diététiciens dont les données sont issues de SAE 2001, France entière ; DHOS/P2/Cellule statistiques.

Devant une telle hétérogénéité des statuts, des formations et des modes d'exercice, il est légitime de se demander si les professionnels de rééducation ont une identité professionnelle commune.

1.2 Identité des professions de rééducation

1.2.1 Existe-t-il une profession de rééducation ?

Le regroupement de ces sept professions par décret n'est pas garant de la constitution d'un groupe de «rééducateurs». « *Tout regroupement de personne ne constitue pas forcément un groupe... Si le groupe se différencie d'une simple collection de personnes ce ne peut être que par l'établissement d'une ou plusieurs liaisons entre elles. Un premier type de liens est imaginaire, c'est parce que les désirs et les rêves des membres entrent en résonance que le groupe se forme. Un autre grand type de lien dérive de la technique, de procédés ou de savoir-faire partagés qui créent des liens fonctionnels entre les personnes.* »¹⁰ Dans les faits, existe-t-il des liens imaginaires ou concrets suffisamment solides entre les professionnels de rééducation pour leur donner le sentiment d'appartenir à un groupe ? Même si une union interprofessionnelle des associations de rééducateurs et de médico-techniques (UIPARM) regroupe les différentes associations professionnelles, il n'est pas sûr que les différents professionnels aient le sentiment d'appartenir au groupe des rééducateurs. En effet, « *La liaison se constitue également par l'adhésion commune à un système de valeurs. Si ce type de liens est particulièrement explicite dans les groupes confessionnels par exemple, en fait, il existe dans tous les groupes par le biais du système de normes qui les régit. I n'y a pas de groupe sans normes et réciproquement, les normes sont produites par des collectifs.* »¹¹ A l'heure actuelle, chaque profession a une histoire propre, crée et enseigne ses propres normes et ses propres valeurs et même s'il existe des collaborations interprofessionnelles, même si chacune de ces professions s'affirme comme profession de rééducation, il n'y a pas encore de perspective de création d'un groupe des rééducateurs. Actuellement, les différentes professions de rééducation par l'intermédiaire de leurs associations professionnelles se consacrent à essayer d'être reconnues de manière indépendante comme professions à part entière. Elles n'en sont pas encore à construire un statut

¹⁰ OBERLE D. « Vivre ensemble. Le groupe en psychologie sociale ». *Sciences humaines*, Mai 1999, n°94, pp. 20-25

¹¹ OBERLE D. « Vivre ensemble. Le groupe en psychologie sociale ». *Sciences humaines*, Mai 1999, n°94, pp. 20-25

commun permettant de délimiter une entité susceptible de créer à terme une profession de « rééducateur ».

1.2.2 Les professions de rééducation sont-elles vraiment des professions ?

Le terme de profession fait classiquement référence à trois champs sémantiques, celui de la profession (de foi), qui correspond à quelque chose qui s'énonce publiquement et qui est lié à des croyances politico-religieuses, celui de l'occupation par laquelle on gagne sa vie, et enfin celui du groupe professionnel qui est un ensemble de personnes exerçant le même métier ou ayant le même statut professionnel. Dans cette dernière acception, constituent des professions, des groupes ou des catégories de gens faisant un même métier qui a un nom, une identité au sens nominal.¹² Ainsi, les métiers de la rééducation peuvent bien être qualifiés de professions.

Cependant, selon la théorie fonctionnaliste de PARSONS, deux traits principaux caractérisent les véritables professions : la compétence, techniquement et scientifiquement fondée, et l'acceptation d'un code éthique commun¹³. Les fonctionnalistes se sont intéressés à la place centrale de la professionnalisation et à l'institutionnalisation des occupations professionnelles. Selon WILENSKY, pour être reconnue comme profession, une occupation doit acquérir successivement six caractères : être exercée à plein temps, comporter des règles d'activité, comprendre une formation et des écoles spécialisées, posséder des organisations professionnelles, comporter une protection légale du monopole, et avoir établi un code de déontologie. Ces critères ne sont pas accessibles à n'importe quel type d'emploi et selon WILENSKY, le moment clé du processus est la reconnaissance d'une spécialité professionnelle comme discipline universitaire. Pour les fonctionnalistes, il existe donc des activités qui peuvent devenir professions et d'autres qui ne le peuvent pas.

Cette position est discutée par les sociologues interactionnistes des groupes professionnels (de Chicago dans les années 1950-1960), notamment par E. HUGUES. Pour ces sociologues, comme l'ont résumé C DUBAR et P. TRIPIER¹⁴, les groupes professionnels sont des processus d'interactions qui conduisent les membres d'une même activité de travail à s'auto-organiser, à défendre leur autonomie et leur territoire et à se protéger de la concurrence. Les groupes professionnels cherchent à se faire reconnaître par leurs partenaires en développant des rhétoriques professionnelles et en cherchant des protections légales. Certains groupes y parviennent mieux que d'autres,

¹² DUBAR C., TRIPIER P., *Sociologie des professions*. p.10-11

¹³ CHAPOULIE cité par DUBAR C., TRIPIER P., *Sociologie des professions*. p.87

¹⁴ DUBAR C., TRIPIER P., *Sociologie des professions*. p96

grâce à leur position dans la division morale du travail et à leur capacité à se coaliser, mais tous aspirent à obtenir un statut protecteur. Ceci permet de mieux comprendre l'ensemble des combats menés par les associations professionnelles. A l'heure actuelle, la lutte d'influence pour l'universitarisation des professions paramédicales qui mobilise les organisations professionnelles, les cadres et les responsables de formation est représentative de ce processus de recherche de la reconnaissance professionnelle.

La lutte des professions paramédicales pour être reconnues comme professions à l'instar de la profession médicale se poursuit depuis plus d'un siècle pour les infirmières et s'est engagée plus récemment pour les jeunes professions de rééducation. Ce sont des groupes professionnels qui n'ont pas encore acquis le statut de profession à part entière, contrôlant de manière autonome leur formation et leur exercice.

1.2.3 L'identité professionnelle des rééducateurs

Pour les rééducateurs, il existe, nous l'avons vu, deux catégories de professions, celles dont l'exercice est majoritairement libéral et celles dont l'exercice est majoritairement salarié. Cette situation influence l'identité professionnelle que chacun développe en fonction de sa formation initiale mais aussi de ses conditions d'exercice. L'identité professionnelle est marquée par la dualité,¹⁵ elle est construite à la fois à partir d'un processus biographique qui définit une identité pour soi et d'un processus relationnel qui définit une identité pour autrui.

Selon DUBAR¹⁶, « *l'individu se socialise en intériorisant des valeurs, des normes, des dispositions qui en font un être socialement identifiable* ». Un professionnel de rééducation exerçant à l'hôpital, en intériorisant à la fois les valeurs et les normes¹⁷ de son métier d'origine et celles de la fonction publique hospitalière construit une identité professionnelle particulière qui fait cohabiter des références souvent opposées.

En effet, les professions de rééducation majoritairement libérales sont imprégnées par les valeurs du modèle médical, qui sont des « *valeurs d'indépendance, d'initiative et d'autonomie qui étaient liées au modèle de la profession libérale, à la fois vécue comme*

¹⁵ DUBAR C., La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles. p. 113

¹⁶ Ibid. p. 83

¹⁷ Selon BOUDON et BOURRICAUD, les normes sont «des manières de faire, d'être ou de penser socialement définies et sanctionnées », et les valeurs « orientent d'une manière diffuse l'activité des individus en leur fournissant un ensemble de références idéales, et du même coup une variété de symboles d'identification, qui les aident à se situer eux-mêmes et les autres par rapport à cet idéal ». (BOUDON R., BOURRICAUD F. *Dictionnaire critique de la sociologie*. p.417)

vocation et sensible au prestige et à l'argent »¹⁸. Au cours de leur formation, ces futurs professionnels sont préparés à l'exercice libéral, notamment en masso-kinésithérapie où la formation reste centrée sur l'apprentissage des actes techniques spécifiques et sur la gestion d'un cabinet. La dimension de collaboration en tant qu'acteur de santé partenaire des autres professionnels, les dimensions déontologique et institutionnelle n'ont que peu de place dans la formation. Celle-ci ne prépare pas à la coopération pluriprofessionnelle et au travail en équipe indispensables pour l'exercice salarié, particulièrement à l'hôpital. Par ailleurs, au regard des valeurs précédemment citées, l'exercice dans la fonction publique hospitalière peut paraître un mode d'exercice dépendant de contraintes institutionnelles, soumis aux « devoirs du fonctionnaire » et trop subordonné à une hiérarchie pesante. Dans l'esprit de nombreux masseurs-kinésithérapeutes notamment, l'hôpital représente un lieu d'exercice où se mettent à l'abri ceux qui ont besoin de sécurité voire d'assistance et ceux dont la force de travail est limitée (confinant à la paresse).

Cependant, l'exercice dans la fonction publique hospitalière n'est nullement une obligation pour les professionnels qui pourraient exercer en libéral, et, même si certains se « réfugient » à l'hôpital pour bénéficier des conditions « avantageuses »¹⁹ de la fonction publique, nombreux sont ceux qui y exercent en l'ayant choisi pour des raisons d'intérêt professionnel. L'appartenance au groupe professionnel d'origine leur permet d'« hériter » d'une identité de métier mais ils peuvent choisir de continuer de développer leur identité professionnelle non pas en reproduisant le modèle appris en formation mais en développant de nouveaux modes d'actions et d'interactions. En effet, en optant pour l'hôpital, le rééducateur choisit un environnement de travail dont les normes et les valeurs sont totalement différentes de celles de l'exercice libéral. Ce choix est alors fondé sur d'autres valeurs que celles traditionnellement transmises par la formation initiale. Deux d'entre elles me paraissent importantes à prendre en compte :

La première a à voir avec les valeurs qui déterminent l'approche soignante, considérée comme une approche globale de la personne. En se référant à ces valeurs, le rééducateur contribue selon ses compétences à améliorer la santé et l'autonomie. Cette représentation l'amène naturellement à se considérer comme un soignant, certes doté de

¹⁸ F. X. SCHWEYER « La transformation des normes professionnelles des médecins hospitaliers » in *Normes et valeurs dans le champ de la santé*. p.132

¹⁹ Sur le plan des revenus, les conditions de la FPH ne sont nullement avantageuses puisqu'un masseur-kinésithérapeute débute au deuxième échelon à 1270 € net / mois, tandis que dans un centre de rééducation de la CRAM, il gagne 1800 € net / mois et en tant qu'assistant d'un masseur-kinésithérapeute libéral ses revenus peuvent avoisiner 3000 € à 3500 € net / mois.

compétences spécifiques, mais qui œuvre en lien avec une équipe dans un objectif commun. Cette représentation sous tend une capacité à comprendre sa place au sein de l'équipe, à comprendre la place et le rôle des autres partenaires, et à communiquer efficacement avec eux.

La seconde valeur qui peut guider le choix d'un rééducateur pour l'exercice hospitalier n'est pas en contradiction avec la précédente. C'est une dynamique professionnelle basée sur la recherche de progrès, elle renvoie à une conception apprenante de l'exercice professionnel. Le rééducateur se conçoit comme un professionnel qui évolue et qui peut activement faire progresser ses compétences par une pratique professionnelle réflexive. Les conditions d'exercice qu'offre l'hôpital (particulièrement si c'est un CHU) sont alors idéales car la recherche médicale, l'enseignement et la formation qui y sont développés se prêtent au développement de pratiques innovantes. La collaboration avec d'autres professionnels mus par les mêmes valeurs « de recherche et de progrès » favorise cette dynamique.

Le processus identitaire qui se construit selon ces deux valeurs, la prise en charge globale de la personne soignée et la recherche de l'amélioration des compétences professionnelles, est basé sur les relations de travail qui se développent dans l'organisation au travers des activités collectives. Il dépend de la reconnaissance réciproque qui s'établit entre les différents partenaires. Il ne peut se développer que si tous les partenaires dépassent « *le sentiment d'appartenir à un métier, d'être en droit de s'y référer, de se sentir proche des uns...et différent des autres –que l'on côtoie sans doute, avec qui on a probablement des points communs, mais qui n'ont pas suivi la même filière, que l'on ressent confusément comme ne voyant pas les choses de la même manière, que l'on sait au besoin fustiger ou caricaturer sous le manteau...* »²⁰.

La reconnaissance par autrui permet la coopération, permet l'identification à l'institution, c'est ce qui se construit lorsque le rééducateur reconnaît les autres acteurs institutionnels et est reconnu par eux. Par méconnaissance mutuelle, l'identité attribuée aux autres et l'identité attribuée par les autres peuvent se trouver en désaccord avec les identités assumées ou incorporées par les individus. C'est alors source de conflits. La « *négociation identitaire constitue un processus communicationnel complexe, irréductible à un étiquetage autoritaire d'identités prédéfinies sur la base de trajectoires individuelles. Elle implique de faire de la qualité des relations avec autrui un critère et un enjeu importants de la dynamique des identités* ». ²¹

²⁰ VILBROD A. « Les fondements de l'identité professionnelle ». *Informations sociales*. 2001, n°94, pp. 42-50

²¹ DUBAR C., *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*. p. 112

1.3 Les rééducateurs et leurs interactions professionnelles

1.3.1 Professions de rééducation et corps médical

Les professionnels de rééducation sont très proches du corps médical dont ils sont dans de nombreuses spécialités des collaborateurs privilégiés. Cependant, ils sont des auxiliaires médicaux, et ces professions étant construites comme des dérogations au monopole médical protégé par l'exercice illégal de la profession, un médecin peut toujours intervenir dans le champ d'intervention de toutes ces professions de santé. J. MORET-BAILLY²² souligne que l'habilitation de ces professions est soumise au contrôle médical puisqu'elles sont définies en référence à l'article L.4161-1 du code de la santé publique comme « *personnes qui accomplissent dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine, les actes professionnels dont la liste est établie par ce même décret* ». Les deux points utilisés par le législateur pour structurer l'organisation de ces professions étant « *leur définition et la configuration, particulière à chaque profession, du contrôle médical sur leur activité* ».

Chacune des définitions législatives de ces professions est complétée par des précisions sur le contrôle médical auquel elles sont soumises, ainsi pour les masseurs-kinésithérapeutes, « *La définition du massage et de la gymnastique médicale est précisée par un décret en Conseil d'Etat, après avis de l'Académie nationale de médecine.* » et « *Lorsqu'ils agissent dans un but thérapeutique, les masseurs-kinésithérapeutes pratiquent leur art sur ordonnance médicale...* » Les orthophonistes et les orthoptistes « *ne peuvent pratiquer leur art que sur ordonnance médicale.* » Enfin, bien que les pédicures podologues puissent exercer une partie de leur activité sans prescription médicale, c'est « *Sur ordonnance et sous contrôle médical* » qu'ils « *peuvent traiter les cas pathologiques de leur domaine de compétence.* »

Ergothérapeutes et psychomotriciens « *exercent leur art sur prescription médicale.* »

Les actes professionnels des professions de rééducation sont définis par des décrets et regroupés dans le livre 3 de la quatrième partie du Code de la santé publique, partie réglementaire. A l'exception des diététiciens pour lesquels les actes professionnels ne sont pas précisés par la réglementation, les actes professionnels des autres professions de rééducation sont limités à des domaines physiologiques et pathologiques précisément définis et/ou à des actes techniques spécifiques. (Cf. Annexe I). La plupart des actes

²² Annexe 1 du Rapport du Pr. Y. MATILLON, *Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé* : Rapport élaboré par J. MORET-BAILLY, pp 57-81

autorisés le sont dans le cadre de la prescription médicale et certains actes ne peuvent être effectués que sous contrôle médical.

La tutelle médicale est aussi visible dans les textes qui précisent l'exercice du diagnostic professionnel. Celui-ci n'existe que pour les professions de masseur-kinésithérapeute, d'orthophoniste et d'orthoptiste.

Selon l'article R.4321-2 : « *Le masseur-kinésithérapeute communique au médecin toute information susceptible de lui être utile pour l'établissement du diagnostic médical ou l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution. Dans le cadre de la prescription médicale, il établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins.... Ce bilan est adressé au médecin prescripteur...* » Pour les orthophonistes, l'article R.4341-2 dispose « *Dans le cadre de la prescription médicale, l'orthophoniste établit un bilan qui comprend le diagnostic orthophonique, les objectifs et le plan de soins. Le compte rendu est communiqué au médecin prescripteur...* » Enfin, pour les orthoptistes, l'article R.4342-2 pose « *Sur prescription médicale, l'orthoptiste établit un bilan qui comprend le diagnostic orthoptique, l'objectif et le plan de soins. Ce bilan, accompagné du choix des actes et des techniques appropriées, est communiqué au médecin prescripteur...* »

Construits sur le même modèle, ces textes définissent la prescription médicale comme le préalable indispensable à l'établissement du diagnostic professionnel, celui-ci est donc un outil professionnel pour le rééducateur mais c'est aussi un outil d'aide au diagnostic et à la thérapeutique pour le médecin. Il est aussi destinataire d'un compte rendu des résultats et peut ainsi vérifier les résultats de la rééducation prescrite. Ces textes confirment le statut d'autorité de référence du médecin qui ordonne et contrôle la rééducation.

La législation place donc de manière explicite les rééducateurs sous autorité médicale dans la plupart des cas, notamment pour la majorité de leurs interventions en milieu hospitalier. Elle donne donc à ces professionnels un exercice très encadré par le corps médical, ce qui peut en partie expliquer le positionnement professionnel ambivalent des rééducateurs de la fonction publique hospitalière par rapport au corps médical. Ils sont le plus souvent très attachés à leur référent médical qui reste un moteur indispensable par l'autorité scientifique qu'il représente, mais il est aussi un frein à l'émancipation. Les rééducateurs sont tiraillés entre le besoin de devenir des professionnels adultes, de prendre leurs responsabilités, et le besoin de reconnaissance de la part des médecins, représentants d'une profession reconnue et prépondérante, car prestigieuse et universitaire.

1.3.2 Reconnaissance professionnelle et visibilité : mise en parallèle des évolutions de la profession d'infirmier et des professions de rééducation

En comparant l'évolution des professions de rééducation à l'évolution de la profession infirmière, profession paramédicale historique et majoritaire, il est possible d'apprécier l'avance significative de cette profession en matière d'autonomisation.

De tous les auxiliaires médicaux, c'est la profession la plus complètement structurée sur le plan législatif et réglementaire puisque non seulement son exercice professionnel mais aussi ses règles professionnelles sont définis.

Cette profession a la particularité d'échapper au contrôle médical pour tout un pan de son activité qui relève de son rôle propre. Dans ce cadre, elle est habilitée à se faire assister de collaborateurs aides-soignants, auxiliaires de puériculture et aides médico-psychologiques, ce qui lui donne une fonction d'encadrement et de responsabilité vis-à-vis d'autres professionnels. L'article 1 du décret 2002-194 du 11 février 2002 précise : *« L'exercice de la profession d'infirmier comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques, et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé »*. Ainsi, au-delà de la dimension opérationnelle de la réalisation des soins infirmiers, sont posés d'emblée les éléments qui caractérisent une dimension réflexive et autonome de l'exercice professionnel : « analyse », « organisation », « évaluation ». Ces fonctions sont complétées par l'article 14 du décret du 11 février 2002 qui détaille les actions de formation et de recherche que l'infirmier propose, organise ou auxquelles il participe. Enfin, les règles professionnelles affirment une responsabilité et un contrôle déontologique de la profession.

Pour les professions de rééducation, seules les professions de masseur-kinésithérapeute et d'orthophoniste comportent des mentions concernant leur habilitation à participer à des actions de prévention, d'éducation sanitaire, de dépistage, de formation et d'encadrement ainsi que de développement de la recherche dans leur domaine. (Articles R. 4321-12, R.4321-13 et R. 4341-4). Aucune des professions de rééducation n'est par ailleurs habilitée à encadrer d'autres professionnels.

Pour l'ensemble des professions de rééducation, la recherche de ces marques institutionnelles qu'ont acquises les infirmiers est encore à l'œuvre. La création d'un ordre professionnel qui a été obtenue par les masseurs-kinésithérapeutes et les pédicures-podologues dès 1995²³ n'a jamais été effective faute de décrets d'application et ces

²³ Loi n°95-116 du 4 février 1995 portant diverses dispositions d'ordre social

dispositions ont ensuite été abrogées par la loi du 4 mars 2002. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique rétablit ces ordres professionnels qui sont encore en attente de décrets d'application. Il semble donc que ces ordres tant réclamés par les associations professionnelles ne soient pas encore prêts à entrer en application. Il est possible de voir là un signe supplémentaire de la difficulté d'émancipation professionnelle que rencontrent les auxiliaires médicaux et qui participe du manque d'affirmation et de visibilité de ces professions dans la société française.

Pour F. ACKER les professions d'auxiliaires médicaux même « *si elles ne s'inscrivent pas directement dans une activité scientifique*²⁴, *interviennent dans le monde de la médecine, marqué par un développement scientifique et technique important ; elles connaissent donc une acculturation aux dimensions scientifiques et techniques du travail médical. Néanmoins leur place dans l'organisation sociale de ce travail reste aujourd'hui largement problématique* »²⁵ car elles sont considérées comme des professions techniciennes, intervenant de façon instrumentales dans un travail décidé et contrôlé par les médecins. En effet, « *le modèle individualiste de la pensée scientifique* » et « *notre tendance à considérer la science comme une pensée plutôt que comme un travail* » amène à ne considérer ces professionnels qui contribuent pourtant à une activité considérée comme scientifique que pour leur savoir-faire et « *non pour leurs connaissances ou leur capacité réflexive* ». C'est pourquoi, les professionnels paramédicaux cherchent une reconnaissance de leur professionnalité qui ne saurait totalement être incluse dans celle de la profession médicale.

Pour contribuer à faire sortir la profession infirmière de l'invisibilité, différents outils ont été mis en œuvre et il m'a semblé intéressant de les présenter car le retard des rééducateurs en la matière est sans doute en lien avec le peu d'outils de communication développés.

F. ACKER²⁶ a montré comment les guides du service infirmier²⁷, publiés à partir de 1985 par le ministère des affaires sociales et pour l'essentiel par la Direction des Hôpitaux ont permis au groupe infirmier de réaliser une démarche d'argumentation de sa spécificité

²⁴ La référence à l'activité scientifique est liée au fait que selon PARSONS, dans notre société, c'est la science qui constitue la culture essentielle, une activité scientifique est donc une activité socialement reconnue.

²⁵ ACKER F. Sortir de l'invisibilité. Le cas du travail infirmier. p.66

²⁶ ACKER F. « La fonction de l'infirmière. L'imaginaire nécessaire ». *Sciences sociales et santé*. Juin 1991, vol. IX, n°2, pp. 123-143.

²⁷ Quelques titres de guides du Service Infirmier : *Le dossier de soins* (1986) ; *Terminologie des soins infirmiers* (1986) ; *Typologie des actes de soins infirmiers relatifs au rôle propre de l'infirmière* (1987) ; *Aide à l'élaboration d'un cahier des charges pour l'informatisation du système d'information en soins infirmiers* (1990) ; *Les soins infirmiers et la charge de travail* (1987)

dans l'offre de soins. Un travail d'envergure, consensuel, sur les normes et les valeurs auxquelles un groupe professionnel se réfère²⁸, lui permet de définir son identité par rapport à ses membres mais aussi vis-à-vis de l'extérieur. La Direction des Hôpitaux ayant été à l'initiative de ce travail a montré non seulement l'importance qu'elle accorde à cette profession mais lui a aussi donné un moyen de légitimer son action. Les autres professions paramédicales n'ont pas bénéficié de telles démarches à la même époque, ce n'est par exemple, que dix ans plus tard, en 1996, qu'a été constitué un groupe de travail interprofessionnel pour élaborer un outil d'analyse des activités professionnelles des personnels médico-techniques et de rééducation²⁹.

Le dossier de soins et les transmissions ciblées ont aussi contribué à donner une représentation des actions infirmières « *sur le mode rationnel qui suit le modèle médical, lui-même aligné sur le modèle de représentation scientifique longtemps dominant* »³⁰ ce qui a conduit l'institution à une reconnaissance du savoir-faire incorporé et de l'expertise infirmières.

En ce qui concerne, les professions de rééducation, le dossier de rééducation, les référentiels professionnels ou les guides de bonnes pratiques, sont élaborés depuis une dizaine d'années par les associations professionnelles^{31 32} ou les instituts de formation³³. Les groupes de travail de l'ANAES visant à établir des recommandations professionnelles ont aussi contribué à rendre visibles les pratiques professionnelles et l'expertise mais ces travaux mériteraient une plus large diffusion et un travail d'appropriation par les professionnels de terrain.

²⁸ Selon BOUDON et BOURRICAUD, les normes sont «des manières de faire, d'être ou de penser socialement définies et sanctionnées », et les valeurs « orientent d'une manière diffuse l'activité des individus en leur fournissant un ensemble de références idéales, et du même coup une variété de symboles d'identification, qui les aident à se situer eux-mêmes et les autres par rapport à cet idéal ». (BOUDON R., BOURRICAUD F. *Dictionnaire critique de la sociologie*. p.417)

²⁹ ANKS / BRIEN J.-C. MA²PMTR : Evaluation des activités des personnels médico-techniques et rééducateurs. [Consulté le 20/06/2005]. Disponible sur Internet <[http : www.anks.org/ARTICLES/evaluation/creation%20MA2.htm](http://www.anks.org/ARTICLES/evaluation/creation%20MA2.htm)>

³⁰ ACKER F. Sortir de l'invisibilité. Le cas du travail infirmier. p.90

³¹ ADLF / Référentiel de compétences pour la profession de diététicien. Mise à jour le 25/06/2004. [Consulté le 30/07/2005]. Disponible sur Internet :<http://www.adlf.org>

³² VIEL E. « L'AFREK. Construction des fiches de procédure ». La lettre du cadre de santé kinésithérapeute. Septembre 2003, n°20, pp.7-8

³³ ADERF/ Référentiel du métier de masseur-kinésithérapeute [Consulté le 30/07/05]. Disponible sur Internet : <http://www.aderf.com/recherche/reference.html>

Cependant, les rééducateurs commencent à être sensibilisés à l'utilisation des outils de communication institutionnels. En ce qui concerne les écrits, A. PILOTTI³⁴ a montré que pour les masseurs-kinésithérapeutes la tradition de communication orale et non verbale est progressivement complétée par le passage à l'écrit : « *En 2000 les M.K. écrivaient peu ou pas du tout.. On voit qu'en 2004 les M.K. qui écrivent quotidiennement ont intégré une vision différente de l'écriture et de leur place dans l'institution. Ils prennent conscience que le soin du malade ne se fait pas seulement à son chevet, mais que c'est un travail d'équipe dont ils font partie. La visibilité plus grande des pratiques des masseurs-kinésithérapeutes due à l'écriture a des conséquences sur les actions et sur l'organisation du travail. Les M.K. se rendent compte que l'hôpital ne se limite pas aux services où ils travaillent, mais que c'est aussi une organisation dans laquelle ils prennent part... La vision des professionnels est en train de se modifier, de s'élargir. Ils s'impliquent plus dans le fonctionnement de l'institution en se transformant en des acteurs sociaux.* »³⁵

Cette évolution qui concerne une profession traditionnellement peu encline à partager ses informations est un élément significatif du changement qui s'opère. Les professionnels s'affirment au travers de l'écriture dans l'institution et ainsi, en formalisant leur pratique, développent une meilleure visibilité.

1.4 Les professions de rééducation en CHU : un travail situé dans un cadre institutionnel spécifique

1.4.1 Les spécificités des CHU

Il existe 29 CHU en France qui représentent 35% de la capacité hospitalière en lits et places, 33% des budgets de fonctionnement des établissements publics de santé (EPS). Ils emploient 275 000 personnes³⁶. Nés des ordonnances et du décret de 1958, « *Les CHU constituent le fleuron de la médecine française ; ils ont été le théâtre de réussites médicales et d'innovations thérapeutiques qui ont contribué à renforcer leur bonne réputation* »³⁷. Une convention lie ces établissements hospitaliers à la faculté de

³⁴ PILOTTI A. L'écriture connectée des masseurs-kinésithérapeutes hospitaliers. In *L'année de la recherche et kinésithérapie*.

³⁵ PILOTTI A. L'écriture connectée des masseurs-kinésithérapeutes hospitaliers. In *L'année de la recherche et kinésithérapie*. p. 55-56

³⁶ DUCASSOU D., JAECK D., LECLERCQ B. *Restaurer l'attractivité des CHU et leur partenariat avec le monde de la santé et l'université*. Rapport de mission relatif aux spécificités des CHU « plan hôpital 2007 », au Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées et au Ministre de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche, Avril 2003. p. 5

³⁷ Ibid. p. 17

médecine. Leurs missions de soins, d'enseignement et de recherche sont la base de leur activité de référence et de recours qui fonde leur prestige. Les CHU sont l'emblème de la médecine scientifique et technique. Le développement de spécialités médicales novatrices et leurs plateaux techniques sophistiqués sont les symboles de leur qualité.

Dans ce contexte, la rééducation apparaît comme une activité marginale susceptible de ne pas susciter d'intérêt car elle n'est pas primordiale en regard des objectifs d'un CHU, même si ceux-ci sont tenus d'assurer une activité de proximité (ce qui leur crée, selon le rapport DUCASSOU, d'immenses difficultés de fonctionnement).

Selon ce même rapport, « *il convient d'étudier des stratégies permettant aux CHU de développer leur capacité d'innovation et de formation, de mieux évaluer les charges d'enseignement et de recherche pour pouvoir assurer leur financement, de restaurer l'attractivité des CHU et de développer les partenariats tant dans le monde de la santé qu'avec l'université* ». Dans ce rapport les professionnels paramédicaux ne sont pas mentionnés pour leur contribution aux différentes missions citées plus haut³⁸, seuls le corps médical et l'université sont identifiés comme étant parties prenantes. Cette présentation des spécificités des CHU qui omet tout le pan d'activités d'enseignement, de formation et de recherche développé par les paramédicaux (soignants, rééducateurs et médico-techniques) paraît significative du manque de place reconnue à ces professions, en la matière. L'absence de reconnaissance universitaire de ces professions, le peu de liens développés avec la formation médicale contribuent à créer ce manque de visibilité. Mais il est aussi possible que les professions paramédicales passent aussi inaperçues du fait que l'autorité dans les CHU est essentiellement médicale. En effet, l'hôpital est une organisation du type « bureaucratie professionnelle » où la coordination est assurée par la normalisation des compétences et non des procédés. L'autorité est d'une nature professionnelle, c'est le pouvoir de la compétence, représenté essentiellement par la compétence médicale. Le pouvoir et le prestige du corps médical³⁹ y sont exacerbés du fait de l'extrême spécialisation et de la haute technicisation emblématiques de ces établissements. C'est pourquoi le corps médical joue un rôle clé dans la stratégie de ces organisations. Leur pouvoir -historique, social et légal- et leur position les amènent à considérer « *personnels et plateaux techniques comme étant à leur service?* »⁴⁰ ce qui rend difficile l'affirmation professionnelle des métiers paramédicaux et l'exercice de l'autorité des cadres soignants « qui ne font pas le poids » puisqu'ils font partie de ces mêmes personnels.

³⁸ Le rapport s'intéresse uniquement au transfert des formations paramédicales vers l'université

³⁹ CLEMENT J.M. *Les pouvoirs à l'hôpital*. p. 46

⁴⁰ HART J., MUCCHIELLI A. *Soigner l'hôpital. Diagnostic de crise et traitements de choc*. p.71

1.4.2 L'organisation hospitalière, une bureaucratie professionnelle qui favorise l'indépendance des opérationnels

A l'hôpital, les opérationnels sont dûment formés et qualifiés (les médecins en premier lieu mais aussi les auxiliaires médicaux infirmiers, rééducateurs...), ils ont un contrôle sur leur propre travail et « *chacun sait exactement ce qu'il peut attendre des autres par ce qu'il a appris.* »⁴¹. Ces professionnels restent proches des clients qu'ils servent (les patients) et avec qui ils établissent une relation interpersonnelle.

Le travail avec les patients ne pouvant être standardisé totalement, les professionnels utilisent leur capacité de jugement pour s'adapter à chaque situation, à chaque cas, par essence unique. Ce fonctionnement qui est approprié lorsque les professionnels sont compétents et consciencieux peut être extrêmement préjudiciable lorsqu'ils sont paresseux ou incompetents. En effet, il est très difficile de mesurer les résultats du travail du professionnel, et en dehors de la profession, il n'y a pratiquement aucun contrôle possible sur leur travail.

Le pouvoir détenu du fait de leur expertise par les professionnels à l'hôpital concerne au premier chef les médecins, mais l'on trouve pour les rééducateurs les mêmes mécanismes qui leur donnent une autonomie et une latitude considérable dans le contrôle de leur propre travail ce qui rend très difficile la tâche de l'encadrement.

Cependant, les exigences liées aux démarches qualité et aux procédures d'accréditation ont engagé les professionnels sur la voie de l'évaluation de leurs pratiques et de la traçabilité ce qui ne peut qu'être favorable à la visibilité des actions menées par les professionnels.

1.4.3 Les obstacles à la coopération

Comme le souligne F. X. SCHWEYER⁴² « *l'hôpital s'est engagé dans un processus qui, en quelques décennies, l'a fait passer de l'hébergement sans soins aux soins sans hébergement* » ce qui conduit selon D. CARRICABURU et M. MENOIRET⁴³ à « *davantage d'actes techniques dans un temps réduit et donc une fragmentation de la prise en charge. Conjointement, la spécialisation croissante des techniques et des professions engendre des segmentations, qui ne sont pas toujours reconnues au niveau statutaire, mais induisent la nécessité d'un travail d'articulation entre les multiples professionnels* »

⁴¹ MINTZBERG H. *Le management. Voyage au centre des organisations*. p. 312

⁴² « Crises et mutations de la médecine hospitalière » p. 241 in DE KERVASDOUE J./ La Mutualité Française. *La crise des professions de santé*.

⁴³ CARRICABURU D., MENOIRET M., *Sociologie de la santé, institutions, professions et maladies*. p.37

De nombreux obstacles s'opposent à la coopération au sein de l'hôpital⁴⁴, notamment l'évolution des métiers et des professions qui entraîne une recherche de reconnaissance, c'est-à-dire la création d'un nouveau « nous » et l'apparition de nouvelles tribus. Les personnes évoluent avec leurs propres règles, ce qui nécessite un travail d'articulation par rapport aux différentes tensions. Les identités professionnelles ont tendance à rigidifier les règles. Par ailleurs, les patients aiment les « professionnels » ou les experts. La segmentation est aussi source de reconnaissance pour les différents métiers, elle valorise l'action des différents acteurs. On est compétent dans un domaine donné, ce qui crée un réseau stabilisé mais favorise le cloisonnement.

Celui-ci est encore favorisé par la différenciation qui est générée par des différences de nature des objectifs et des processus de travail, de l'horizon temporel, de la fonction du groupe de travail, de l'origine sociale des personnes, de la formation, de la forme de commandement notamment de la distribution hiérarchique et du style de commandement. Tous ces éléments sont susceptibles d'altérer la communication et la coopération entre les groupes professionnels. Les rééducateurs qui sont peu nombreux peuvent avoir tendance à se rassurer en restant entre eux, sans oser la coopération avec les professions dominante ou majoritaire. Cependant, des évolutions de la réglementation favorisent les rapprochements.

1.4.4 Les évolutions réglementaires en faveur d'une meilleure intégration institutionnelle des professions de rééducation

Du point de vue organisationnel, les activités de rééducation étaient, jusqu'à la création du statut de directeur des soins intégrant la filière rééducation en 2002, isolées de la filière soignante représentée uniquement par le service infirmier. Les lignes hiérarchiques dont dépendaient les rééducateurs ne leur permettaient pas d'être représentés jusqu'au sommet stratégique de l'organisation. De ce fait, les actions qu'ils menaient n'étaient pas connues ou reconnues prégnantes pour l'institution faute d'être explicitées et mises en perspective au plus haut niveau décisionnel. Des évolutions législatives et réglementaires récentes permettent d'envisager une meilleure représentativité et une meilleure participation institutionnelle pour l'ensemble de ces professions.

La première évolution est représentée par le décret du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé qui offre la possibilité d'une formation de cadre commune aux différents professionnels paramédicaux. Cette formation qui leur permet d'appréhender l'encadrement sur les bases d'un même programme en favorisant les échanges

⁴⁴ F.X. SCHWEYER, Introduction à la sociologie hospitalière, cours ENSP 2005

interprofessionnels améliore la connaissance mutuelle des normes et des contraintes qui s'imposent aux différents professionnels.

Le décret n°2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier des cadres de santé de la fonction publique hospitalière rassemble l'ensemble des cadres paramédicaux dans un corps classé en catégorie A de la fonction publique hospitalière. Dans les établissements publics de santé, les cadres sont désormais dénommés cadres de santé, la profession d'origine venant seulement à la suite compléter ce titre, la visibilité de l'encadrement médico-technique et de rééducation et l'intégration des professionnels en a été améliorée selon A. MERCIER⁴⁵.

La seconde évolution en faveur d'une meilleure visibilité des professions de rééducation et médico-technique est la création du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière par le décret n°2002-550 du 19 avril 2002. En instaurant la fonction de coordonnateur général des soins, le législateur témoigne de la volonté politique de favoriser la cohérence des actions des différentes professions paramédicales au sein des établissements hospitaliers. Il incite à une organisation des soins décloisonnée, intégrant l'ensemble des professionnels au sein d'une même direction. En offrant la possibilité d'une évolution statutaire similaire à tous les paramédicaux par la création de la fonction de directeur des soins pour les médico-techniques et pour les rééducateurs, ce décret permet d'envisager une collaboration saine de tous les professionnels qui peuvent apporter leurs compétences spécifiques sans craindre les freins corporatistes liés à la prédominance hiérarchique d'une profession par rapport aux autres. Cette nouvelle possibilité d'organiser les soins en conjuguant les compétences de tous les paramédicaux sans occulter leur identité est une opportunité pour développer la collaboration pluriprofessionnelle indispensable à un projet de soins cohérent et efficient.

Enfin, la nouvelle gouvernance hospitalière instaurée par l'Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, place les professions médico-techniques et de rééducation au même titre que la profession infirmière dans la commission des soins.

De plus, auparavant, les activités de rééducation se confondaient avec la spécialité médicale de médecine physique et de réadaptation, en conséquence, les actions menées par les rééducateurs étaient fondues dans les projets médicaux et n'existaient pas en tant que projets de soins paramédicaux ce qui nuisait à leur visibilité. La nouvelle organisation définie par l'Ordonnance du 2 mai 2005, les implique dans l'élaboration du projet d'établissement. Cette légitimation de leur participation est une reconnaissance indéniable

⁴⁵ MERCIER A. *Les enjeux de l'intégration des personnels de rééducation isolés*. p. 11

de la contribution de tous les paramédicaux au projet de soins qui permet d'espérer une meilleure visibilité institutionnelle dès les prochaines années.

1.5 Conclusion de la première partie

Les professions de rééducation sont donc des professions de santé minoritaires dans les établissements publics de santé. Elles sont aussi mineures dans le sens où elles sont encore sous tutelle médicale. L'absence d'une identité professionnelle commune à tous les rééducateurs ne permet pas à ces professionnels de « peser » au niveau social. Leur système de valeurs initialement fondé sur le modèle libéral pour la majorité des professionnels est en contradiction avec celui de la fonction publique qu'ils doivent assimiler dans l'exercice hospitalier, ce qui peut être source de « malaise » identitaire, non propice à l'affirmation professionnelle. Dans les CHU, où les valeurs sont plus spécifiquement liées à l'excellence médicale, la rééducation semble accessoire. Par ailleurs, à l'hôpital, l'autonomie des professionnels experts dans leur domaine s'applique aux rééducateurs et favorise l'isolement et le cloisonnement. Cependant, des évolutions réglementaires laissent augurer une meilleure intégration des rééducateurs dans les CHU à court terme notamment grâce à leur intégration dans la direction des soins.

2 LA REEDUCATION DANS LES CHU

Mon enquête a consisté à analyser dans 3 CHU la visibilité des activités de rééducation au travers des documents écrits institutionnels et en interviewant des membres de l'équipe de direction, des médecins, des cadres de santé rééducateurs et infirmiers, et des professionnels de rééducation (quand il n'y avait pas de cadre pour la profession concernée). Le détail de la méthodologie de l'enquête, les guides d'entretien et la description des CHU enquêtés sont présentés en annexes II et III.

2.1 Les personnels de rééducation dans les CHU enquêtés

	Nombre de lits et places	Effectifs de rééducateurs en ETP	Pourcentage de kinésithérapeutes dans l'effectif des rééducateurs	Pourcentage de diététiciens dans l'effectif des rééducateurs	Ratio des effectifs de rééducateurs par rapport aux effectifs infirmiers
CHU n°1	2067	78,57 ETP	70,50%	17,8%	5,64 %.
CHU n°2	1564	60	70,50%	11,6%	5,33%
CHU n°3	2776	139,07	51%	30%	5,5%

Dans les trois CHU, les professions de rééducation les plus représentées étaient les masseurs-kinésithérapeutes et les diététiciens qui constituaient en moyenne 80% des effectifs. Les masseurs-kinésithérapeutes étaient de loin les plus nombreux (64% des rééducateurs en moyenne) y compris dans l'encadrement.

Ces données permettent d'expliquer pourquoi, au cours des entretiens j'ai pu constater que la plupart des personnes interviewées, à l'exception des cadres de santé et des rééducateurs autres que kinésithérapeutes, avait tendance à réduire la rééducation à la kinésithérapie. Même si au début de l'entretien, les personnes avaient bien compris que l'on parlait de l'ensemble des activités et des professionnels de rééducation, très rapidement dans leur discours, « kinésithérapie » se substituait à « activités de rééducation » et « kinésithérapeutes » à « rééducateurs ».

Un DRH le confirme par sa question : « *Les rééducateurs... y met-on toute la déclinaison possible en plus des masseurs-kinésithérapeutes, car les autres professionnels sont encore moins nombreux ?* » Un cadre ergothérapeute le déplore « *On est largement dominé par un plateau technique orienté kiné et on a le sentiment d'être laissés pour compte* », tandis qu'un médecin, chef de service de MPR, souligne : « *La perception de l'administration par rapport à la rééducation n'est pas très nette ; c'est une vision de la kinésithérapie dans un premier temps, ce qui est une limitation ; c'est la loi du nombre qui s'applique aux autres professionnels par rapport aux kinés (qui eux-mêmes le vivent par rapport aux IDE)* ». En effet, la proportion de rééducateurs par rapport aux infirmiers est faible. Cette faiblesse numérique est le premier facteur qui peut contribuer au manque de visibilité des rééducateurs dans les CHU. « *La prééminence au CHU est pour les soignants qui sont la grosse masse, le nombre.* » souligne un DRH.

2.2 Visibilité de la rééducation dans les documents institutionnels

Les projets d'établissement des trois CHU (2001-2005) n'offrent qu'une place limitée aux rééducateurs dans le projet médical, par l'intermédiaire du projet consacré aux services de MPR où ils sont cités. Dans un seul CHU sont brièvement mentionnées quelques actions menées. Les autres mentions concernent les postes de rééducateurs à créer pour répondre à différents besoins dans des services spécialisés.

Dans les projets de soins, ils apparaissent dans deux CHU, dans l'un par le biais de l'évocation du « coordonnateur du personnel médico-technique et de rééducation » qui est impliqué dans la mise en œuvre du projet de soins. Dans l'autre, leur présentation sur une page les donne partie prenante d'un projet de soins où est mise en valeur la complémentarité des acteurs.

Les présentations des CHU destinées aux personnels et aux patients mentionne succinctement les rééducateurs dans deux cas sur trois. Aucun détail informatif sur le rôle de ces professionnels n'est fourni.

Aucune des plaquettes « chiffres clés de l'établissement » n'évoque les personnels de rééducation qui sont inclus dans les effectifs des personnels soignants et éducatifs ou médico-techniques selon les établissements.

Sur les présentations Internet des établissements, deux sites font mention d'actions menées par les kinésithérapeutes et/ou par les diététiciens.

Au total, la visibilité dans les documents officiels de communication des CHU est réduite notamment dans le projet médical.

2.3 L'organisation de la rééducation

2.3.1 L'organisation hiérarchique à travers les organigrammes

Je n'ai pu consulter les organigrammes des rééducateurs dans aucun des trois CHU malgré des demandes réitérées. Soit ces documents n'existaient pas, soit les cadres rééducateurs ne les jugeaient pas importants. Or la formalisation des relations hiérarchiques et fonctionnelles est un élément clé de la visibilité des professionnels et des services. Cette exigence est intégrée dans le manuel d'accréditation de l'ANAES⁴⁶. La référence 7 du thème Management de l'établissement et des secteurs d'activité (MEA) détermine « *la place et le rôle des professionnels sont identifiés* », la référence MEA 7a est : « *la structure organisationnelle des secteurs d'activité est connue des professionnels* », et la référence MEA 7b est : « *Les compétences et les domaines de responsabilité des secteurs d'activité et de l'encadrement sont clairement définis et écrits* ». Le fait que les rééducateurs n'aient pas formalisé leur organisation ou que les documents ne soient pas aisément accessibles empêche de clairement identifier les acteurs et leurs relations, ce qui nuit à leur visibilité dans l'institution.

2.3.2 La disposition géographique influence l'organisation

Dans deux CHU, la séparation des activités de soins de suite du reste des activités de court séjour était nette, les services de MPR étant situés dans un bâtiment excentré par rapport au bâtiment principal. Ces services comportaient des plateaux techniques bien équipés pour la rééducation en masso-kinésithérapie, en ergothérapie et en appareillage.

⁴⁶ ANAES/Direction de l'accréditation. Manuel d'accréditation des établissements de santé. Actualisation juin 2003. Disponible sur Internet <[http : www.anaes.fr](http://www.anaes.fr)>

Les autres locaux de rééducation, dispersés dans les services de court séjour, étaient constitués de salles isolées et de dimensions réduites servant à la kinésithérapie et parfois à d'autres usages (rangement). Tous les kinésithérapeutes n'en avaient pas forcément à leur disposition.

Dans l'un des CHU, la majorité des bureaux des orthophonistes constituait un service attenant au service de neurologie, dans l'autre CHU le bureau d'orthophonie était situé dans le service de MPR.

Dans deux CHU, les diététiciennes avaient un grand bureau commun, attenant aux locaux des cuisines et très excentré par rapport aux services de soins.

Dans un autre CHU, composé de deux sites principaux, le service de rééducation était installé au 1^{er} étage du grand hôpital type « bloc » et un plateau technique de rééducation très bien équipé et doté d'une piscine était situé au rez-de-chaussée, immédiatement en dessous. Là se trouvaient les bureaux des orthophonistes, des cadres kinésithérapeutes et les locaux du plateau technique d'ergothérapie et de kinésithérapie. Les autres kinésithérapeutes étaient répartis dans les services aux différents niveaux de l'hôpital et n'accédaient pas systématiquement au plateau technique avec leurs patients. Sur l'autre site, il n'existait pas de service de rééducation centralisé, les rééducateurs étant répartis dans les différents pavillons du site. Les bureaux des cadres kinésithérapeutes et diététiciens étaient situés dans un bâtiment isolé à distance des personnels de rééducation. Cette dispersion était à l'origine de difficultés signalées par le CSS MK et le CS MK : « *Ici, les kinésithérapeutes ont des micro plateaux techniques en sous-sol ou en grenier et sont dispersés dans les cliniques... l'on dit que le kinésithérapeute se promène pour aller d'un service à l'autre. Or il y a un vrai problème lié aux déplacements.* » Ces agencements structurels sont effectivement propices à la méconnaissance des rééducateurs par les soignants qui ne les voient pas travailler et les rencontrent très souvent entre deux services. Cette organisation est facteur d'incompréhension et favorise des représentations erronées qui compromettent les collaborations.

Dans les trois CHU, les cadres kinésithérapeutes ne bénéficiaient pas toujours d'un bureau au même étage voire dans le même bâtiment que la plupart des kinésithérapeutes qu'ils encadraient. Ce défaut de proximité physique était signalé par un DRH comme pouvant être à l'origine de réelles difficultés de contrôle du travail effectué par les opérateurs : « *Les kinésithérapeutes sont autonomes, itinérants sur plusieurs sites... Pour le cadre, c'est difficile d'apprécier la qualité du travail, il ne les voit pas, il ne les entend pas parler aux patients, il ne rencontre pas les familles.... Cela doit être difficile d'encadrer des kinésithérapeutes que l'on ne voit pas travailler* ». En amont du contrôle, c'est la vie d'une équipe qui est compromise car le cadre ne peut pas réellement animer des professionnels dispersés et géographiquement éloignés les uns des autres. La coordination et la planification des activités de rééducation sont rendues difficiles.

L'émulation qui résulte des échanges réflexifs entre les membres d'une même profession ne peut exister faute d'un regroupement physique régulier des rééducateurs entre eux et avec leur cadre.

Cette invisibilité des contraintes liées aux structures est renforcée par le fait qu'il existe des horizons temporels et spatiaux différents pour les rééducateurs et les soignants, « *La culture soignante est basée sur la continuité des soins, 24h/24, c'est en cela qu'elle diffère de la culture des rééducateurs* » (CGS). Au contraire de l'activité soignante qui garantit la présence auprès des patients de professionnels susceptibles d'être interpellés à tout heure du jour et de la nuit, l'activité de rééducation est une activité discontinue, elle s'établit le plus souvent dans une relation duelle entre le rééducateur et le patient en dehors de son lieu d'hébergement, en salle de rééducation. La rééducation est une activité circonscrite dans le temps et dans l'espace. Il est donc possible pour un soignant de ne pas croiser le rééducateur pendant plusieurs jours ou de ne le rencontrer que dans les couloirs sans réellement le voir pratiquer. Cette vision partielle peut donner l'impression que les rééducateurs ont une activité insaisissable : on ne les voit pas travailler, ils utilisent très peu de produits consommables et leurs résultats ne sont en général pas faciles à observer ni immédiats.

2.3.3 Les incertitudes liées au choix d'une nouvelle organisation

Dans les trois établissements, l'organisation de la rééducation dans le contexte de mise en place des pôles n'était pas encore arrêtée : « *On réfléchit à une fédération des kinés des services. Elle regrouperait l'ensemble des postes de kinésithérapie au sein d'une UF gérée par le CSS MK sous la responsabilité du CGS. Le nom de "service de kinésithérapie", ça fait peur au corps médical* » (CSS MK), « *La grande problématique est : " est-ce qu'on les laisse rattachés au service par discipline " ou " est-ce qu'on les raccroche à un service central ". Les médecins de spécialités n'acceptent pas trop le rattachement des kinésithérapeutes à un service central* » (DRH).

Certains médecins sont attachés à une hiérarchie médicale exclusive : « *Si une structure indépendante de type service de kinésithérapie est créée sous l'influence de l'administration, il y aura étiolement pour la recherche. C'est plus enrichissant pour les rééducateurs d'être rattachés aux médecins* » (Pr MPR).

Mais les cadres et d'autres médecins envisagent l'encadrement par le partage et la collaboration entre corps médical (plutôt spécialisé en médecine physique et réadaptation) et direction des soins et encadrement paramédical : « *Le chef de service de MPR accepte que l'unité de rééducation soit sous la double responsabilité médicale et paramédicale. Sur l'organigramme CSS MK et médecin sont sur le même niveau. C'est le positionnement du travail en collaboration...* » (CSS MK), « *La hiérarchie médicale est*

purement clinique sur les projets thérapeutiques. Un cadre de santé et son identité administrative ne doivent pas être rattachés à une hiérarchie médicale. Ca ne l'est pas dans les textes, et les médecins ont du mal à se situer par rapport à ça : ils voudraient qu'on leur laisse le décisionnel. Le directeur des soins a un rôle diplomatique par rapport aux médecins. Les rééducateurs ont besoin d'avoir un soutien par le pouvoir administratif auprès du corps médical » (CS ergothérapeute). La majorité des cadres de rééducation est favorable au rattachement à la direction des soins. La clarification des rôles et la formalisation des organisations semblent indispensables pour affirmer une lisibilité institutionnelle.

2.4 Place de la rééducation dans les CHU

2.4.1 Les directeurs généraux sont loin des activités de rééducation

Je n'ai pas pu avoir d'entretien avec les directeurs généraux (DG) des CHU enquêtés car leur emploi du temps était surchargé et mon enquête n'était pas primordiale. Cependant, j'ai retenu quelques réflexions brèves de la part de deux d'entre eux que j'ai pu rencontrer à plusieurs reprises. Le premier DG, lorsque je lui ai demandé son point de vue sur la place des activités de rééducation dans son établissement, m'a répondu qu'il préfèrerait avoir mon avis sur la question en tant que directeur des soins de rééducation, « *ce sera plus intéressant que tout ce que je pourrais vous dire. Nous voudrions les réorganiser, mais nous ne savons pas s'il faut rattacher les rééducateurs à un médecin spécialiste, chef de service de Médecine Physique et de Réadaptation, ou laisser tous les kinésithérapeutes rattachés aux différents services dans lesquels ils interviennent* ».

Le deuxième DG, quand je lui ai indiqué le sujet de mon mémoire, m'a dit « *La place des activités de rééducation dans les CHU...l'absence de place, vous voulez dire...* ».

Ces réflexions semblent significatives de la méconnaissance de la rééducation et des actions menées par les rééducateurs au plus haut du sommet stratégique dans les CHU.

Dans le deuxième cas, le fait que le DG parle de « *l'absence de place* » semble illustrer la non reconnaissance de ces activités dans les missions des CHU, ce qui est confirmé par le DRH de ce CHU : « *Ce n'est pas du tout une priorité du directeur général de développer des axes en lien avec la rééducation car cela ne sera pas novateur en recherche. ...ce ne sont pas des filières que l'on développe* ».

Or, c'est le directeur général qui représente le pouvoir de décision, donne l'impulsion et la position officielle de l'institution. C'est lui qui peut choisir d'allouer des moyens. Les acteurs se réfèrent à sa position pour s'orienter, agir ou non : « *J'ai demandé au Directeur Général ce qu'il veut faire de la rééducation : un département universitaire avec une notion d'expertise et de référence ou un service de suite pour décharger le court séjour,*

pour augmenter le flux des patients et pour améliorer la T2A sur le court séjour. » (Pr MPR) ; « Le DG aurait dit que ce n'était pas le rôle des paramédicaux de faire de la recherche, donc, ça nous a un peu freinés. » (CS MK).

Il semble donc essentiel que les directeurs généraux puissent mieux être informés de ce que sont les activités de rééducation, de ce qu'elles peuvent apporter à l'institution pour qu'ils soient à même de les intégrer dans les décisions stratégiques de l'établissement.

Cependant, la méconnaissance de ce qu'est la rééducation est non seulement le fait des directions « *...le problème, c'est que les supérieurs hiérarchiques ne connaissent pas tous les éléments de notre activité. » (CS diététicien), mais cette méconnaissance est aussi celle des services, « La place de la rééducation au CHU, elle n'est pas définie. On ne sait pas ce qu'on attend de la rééducation. Personne ne la connaît. » (CSS MK), « L'activité des kinésithérapeutes est pour l'instant restée assez floue. » (CSS MK), « Les ergothérapeutes sont peu connus... » (CS ergothérapeute), « Il y a des services où l'on va tous les jours, ils connaissent notre travail et savent le bénéfice que l'on peut en tirer. Dans les services où l'on intervient très rarement, ils ne pensent pas à nous parce qu'ils nous voient pas. » (Diététicien). Cette méconnaissance est aussi celle de monsieur Tout-le-monde : « Dans l'imaginaire populaire l'hôpital, c'est le médecin et l'infirmière. Le manque de lisibilité de la rééducation vient en premier lieu de cette représentation populaire. » (DRH).*

Cette situation provoque un manque de reconnaissance « *Quand une personne fait quelque chose de remarquable, une lettre au directeur général permettrait de valoriser la personne, de lui montrer la reconnaissance du CHU...mais le Directeur Général n'est pas forcément au courant de ses travaux » (CSS MK).*

2.4.2 La rééducation est en décalage avec les missions d'un CHU

Dans les trois CHU, les différents acteurs sont d'accord pour dire que la rééducation n'est pas au premier plan des activités d'un CHU : « *La rééducation n'a jamais été une priorité » (CSS MK CHU n°1), « Les activités de rééducation dans ce CHU ne sont pas très développées. Ce ne sont pas des missions portées, reconnues au CHU... » (DRH CHU n°2), « Dans notre CHU comme dans d'autres, on n'est quand même pas branchés sur l'activité kinésithérapique » (DRH CHU n°3).*

Peut être même la rééducation n'y est-elle pas adaptée et pourrait-elle être externalisée : « *J'ai toujours entendu le directeur général dire qu'il fallait se centrer sur les missions d'un CHU et ne faire que ce que le libéral ne propose pas » (DRH CHU n°2), « La rééducation a une place mais est-elle bien adaptée au CHU ? On est dans une dynamique de développement des réseaux » (CGS CHU n°3).*

La rééducation est une spécialité décalée par rapport aux contraintes économiques et concurrentielles des CHU (renforcées par la T2A), comme le dit un chef de service de MPR: « *La place de la rééducation en CHU, c'est mal barré. Cela n'est pas, cela n'est plus, cela n'a jamais été : dans un CHU on conçoit beaucoup d'activités techniques qui font beaucoup de points ISA qui rapportent. C'est très difficile d'exister par rapport à la chirurgie hépatique. La DMS est de 4-5 jours sur le CHU, on fait le bilan et dehors..., c'est le contexte d'un CHU, il n'y a pas la place pour s'asseoir, pour s'arrêter.* »

2.4.3 L'image de la rééducation a influencé sa place dans les CHU

Dans les trois CHU enquêtés, de nombreux acteurs interviewés attribuent à l'histoire de l'établissement et aux hommes qui l'ont faite (chefs de services, cadres de rééducation, rééducateurs), la cause de la mauvaise image de marque de la rééducation qui aurait influencé son faible développement : « *Les cadres ne faisaient rien. Il a fallu en déraciner un de son bureau* » (Pdt CME), « *La rééducation était une activité mosaïque, éclatée, faite d'électrons libres. Elle avait une mauvaise image qui faisait qu'elle était sous dotée.* » (Pdt CME), « *C'est une question d'hommes. On a un retard important car l'ancien chef de service de MPR était complètement inexistant. Il ne venait à aucune instance, n'a jamais participé à aucun groupe de travail.* » (CGS), « *Depuis 15 ans tout était bloqué par un médecin de MPR qui s'était coupé de tout.* » (Pr MPR), « *Les kinésithérapeutes sur ce site du CHU sont saupoudrés sur les cliniques en fonction de l'historique et du poids du patron. La kinésithérapie était secondaire et on est resté avec le même tableau des effectifs dans certains services malgré le changement de patrons* ». (CS MK).

Cependant, il semblerait que l'image de la rééducation évolue favorablement grâce au renouvellement des chefs de service de MPR et de l'encadrement : « *Par rapport à il y a 20 ans, ça s'est bien amélioré grâce au départ de certains cadres qui représentaient le groupe et en donnaient une mauvaise image...* » (CS MK), « *La rééducation avait une image déplorable au sein de l'établissement, elle s'améliore maintenant* ». (Pr MPR).

2.4.4 La représentation institutionnelle

Jusqu'alors, la représentation institutionnelle des rééducateurs et de la rééducation était limitée: « *Les rééducateurs ne sont dans aucune instance. Il est donc difficile de faire entendre sa voix.* » (CSS MK), « *On n'a pas d'UF identifiée propre à l'ergothérapie* ». (CS ergothérapeute), « *La fédération de rééducation n'a pas d'existence formalisée sur le papier, c'est un regroupement des moyens humains et matériels rattachés au service de MPR.* » (Pr MPR), « *...on oubliait les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes quand il y avait des demandes de postes car l'infirmière générale ne s'en occupait pas.* » (CGS),

« Les kinésithérapeutes à l'hôpital s'y prennent comme des manches. Je ne sais pas qui les défend : on ne les entend pas, ils ne se battent pas assez par rapport aux infirmières qui se débrouillent mieux ». (Pr MPR).

Désormais, la représentation institutionnelle se développe : *« Depuis 2000, le conseil de gestion de la kinésithérapie a permis à l'administration de nous connaître, de connaître nos préoccupations, nos difficultés, nos projets. » (CS MK),*

L'intégration officielle des rééducateurs dans la direction des soins a fait évoluer la participation institutionnelle : *« Le DS MTR veut essayer de comprendre, montre de la bonne volonté... nous participons à la vie institutionnelle, aux réunions. » (CSS MK), « Je fais partie du groupe d'homologation des procédures institutionnelles » (CSS diététicien), « La reconnaissance au niveau de l'institution semble meilleure. Le fait qu'il y ait un coordonnateur général des soins sensibilisé à la collaboration pluriprofessionnelle fait que nos projets sont mieux pris en compte ». (CS MK)*

Le développement des filières de soins intra hospitalières impliquant la MPR a aussi favorisé la visibilité institutionnelle de la rééducation : *« Un certain nombre de domaines sont mieux lisibles maintenant, avec la filière AVC, la filière d'explorations urodynamiques, la filière orthopédie-traumatologie... » (Pr MPR)*

Enfin, la création des CLAN a permis de mieux faire reconnaître les activités diététiques : *« Le CLAN a favorisé notre reconnaissance dans l'institution » (CS diététicien), « Le CLAN nous aide bien à nous situer dans notre réelle fonction... » (CSS diététicien).*

Ainsi, les différents acteurs s'accordent à constater que la politique de santé publique et les évolutions réglementaires ont permis d'augmenter significativement la visibilité et la représentation institutionnelles des activités de rééducation. Au total, dans un contexte marqué par les contraintes de la T2A, ils semblent noter une dynamique propre à faire évoluer positivement la place de la rééducation : *« Ici on essaie de donner plus de place que ce qu'il n'y avait à la rééducation. On a une population de proximité, notamment des personnes âgées. Il faut faire réagir vite l'équipe soignante pour que les rééducateurs soient associés dès le début de la prise en charge » (CGS), « Depuis l'arrivée du nouveau directeur général, l'évolution vis-à-vis des services de soins de suite est très positive, il a pleinement conscience de l'importance des services de moyen séjour dans le CHU, notamment avec la T2A, pour faire diminuer la DMS... » (Pr MPR), « L'existence d'un service de rééducation est indispensable pour raccourcir le délai d'hospitalisation... C'est pourquoi on existe encore sans avoir perdu de lits en 20 ans. » (Pr MPR)*

2.4.5 Inquiétudes pour la place de la rééducation dans « l'hôpital 2007 »

Cependant, les rééducateurs s'inquiètent de l'avenir des activités de rééducation en fonction des choix qu'induiront la gestion déconcentrée : cette inquiétude a trait au maintien des effectifs des rééducateurs : « *la gestion par pôles n'incitera-t-elle pas à renoncer aux prestations de rééducation quand il faudra faire des économies ?* » (DS MTR), « *Connaissant les coûts, les médecins se positionneront de deux façons possibles : soit le kinésithérapeute sera rattaché au pôle s'il paraît indispensable aux médecins, soit le kinésithérapeute sera prestataire pour les autres pôles, et il faudra vendre la rééducation aux médecins.* » (CS MK).

L'organisation par pôle est aussi susceptible de repousser les rééducateurs hors des lieux de concertation et de prises de décision : « *Le fonctionnement des pôles nous pose une difficulté car on ne peut être qu'invité dans les conseils de pôle. On n'a pas les informations en direct. On ne peut s'exprimer qu'à posteriori* » (CS MK).

Ces évolutions de l'organisation hospitalière doivent inciter les rééducateurs et tous les prestataires de service à se faire connaître et reconnaître pour continuer à participer voire à développer leur participation aux activités institutionnelles.

2.5 Éléments de la communication des rééducateurs défavorables à leur visibilité

2.5.1 Un faible « sens institutionnel »

Au niveau des directions, les rééducateurs ont la réputation de manquer du « sens de l'institution » : « *Les kinésithérapeutes n'ont pas acquis la dimension institutionnelle* » (CGS), « *Ces professions ... ont un sentiment de non appartenance à la communauté hospitalière.* » (DRH), « *Pour les kinés, dans les écoles, on leur donne un sentiment d'excellence qu'il faut relativiser. C'est un goût du libéral au sens péjoratif.* » (DRH). « *Les rééducateurs et les médico-techniques ce sont des populations très centrées sur elles-mêmes* ». (DRH) Le terme « d'électrons libres » revient à plusieurs reprises dans le discours des directeurs des ressources humaines, des médecins et des coordonnateurs généraux des soins. Certains cadres confirment cette distance que conservent beaucoup de rééducateurs vis-à-vis de l'institution : « *Les kinésithérapeutes ont des difficultés à avoir la sensation d'appartenir à l'institution, ils appartiennent au service.* » (CS MK), « *Les kinésithérapeutes ne s'investissent pas beaucoup dans les formations institutionnelles* » (CSS MK).

Cependant, les cadres ont compris que la reconnaissance passe par une meilleure intégration dans l'institution « *Il faut comprendre sa place dans l'institution. Pour obtenir la*

reconnaissance, il faut s'asseoir sur le corporatisme, avoir une vision globale de l'établissement au décours de travaux transversaux et institutionnels » (CSS diététicien).

2.5.2 Il n'existe pas de groupe des rééducateurs

Les cadres de rééducation pensent qu'il n'existe pas d'identification des professionnels au groupe des « rééducateurs » : « *il n'y a pas de coordination avec les autres professionnels de rééducation.* » (CS orthophoniste), « *La rééducation ne peut pas être identifiée à une seule profession...Les formations initiales ne partent pas d'une même culture de base. Au final, la prise en charge d'un même patient par plusieurs rééducateurs peut être morcelée* » (CS ergothérapeute), « *Une culture de rééducation, c'est-à-dire des échanges entre les sept professions de rééducation manque. Actuellement il y en a très peu, même entre kinésithérapeutes* » (CS MK). En effet, même au sein d'une profession, les rééducateurs sont aussi isolés « *Le kinésithérapeute, il est tout seul, il a un métier à part, il lui est difficile d'aller parler de son métier. Il est seul il n'y a pas de groupe d'identité kinésithérapique.* » (CSS MK), « *On n'a pas de fédération des orthophonistes au sein de l'hôpital, on n'a pas trop de terrain commun de rencontre.* » (CS orthophoniste).

Les médecins de MPR perçoivent aussi cet éclatement des professions : « *Beaucoup de corps de métiers se bouffent entre eux, ils sont très corporatistes. Il y a peu de symbiose, peu d'entente entre ces métiers. Ce sont des métiers assez indépendants* ».

Cette absence de groupe rééducateur affaiblit la représentation de ces professions qui disparaissent derrière les groupes professionnels plus nombreux et mieux organisés : « *Le corporatisme diététique – kinésithérapie - ergothérapie ouvre des perspectives pour le monde infirmier.* » (CSS MK). Dans les trois CHU, les cadres rééducateurs évoquent la difficulté qu'ils ont à se démarquer des soignants : « *L'objectif du recueil de l'activité de rééducation était de faire comprendre à la direction que la kinésithérapie et la rééducation en général ne fonctionnaient pas sur le même modèle que le modèle IDE... Le cadre de travail des IDE est très bien identifié, reconnu alors que nous, nous avons besoin de montrer ce que l'on fait* » (CSS MK).

2.5.3 Le corps médical domine les professions de rééducation

Il existe une proximité professionnelle importante entre médecins et rééducateurs. Les bases de l'ingénierie de rééducation s'appuyant fortement sur l'anatomie, la physiologie et la physiopathologie, il y a naturellement une filiation intellectuelle entre médecins et rééducateurs : « *La collaboration avec les médecins spécialistes de MPR est essentielle sur les projets thérapeutiques, la recherche* » (CS ergothérapeute)

Les rééducateurs leur offrent une aide au diagnostic et au choix thérapeutique : « *Dès qu'il y a un besoin d'expertise, le médecin devient proche du rééducateur* ». (CS

ergothérapeute), « *Le bilan nutritionnel c'est le diagnostic qui permet d'aider le médecin pour sa décision thérapeutique* ». (CSS diététicien), « *On apporte une contribution pour le médecin, une aide au diagnostic* » (CS orthophoniste).

Les médecins sont la référence professionnelle des rééducateurs et se posent en guides intellectuels : « *Lors de conseils de la kinésithérapie, il a été indiqué clairement la primauté médicale du chef de service pour le projet kinésithérapique du CHU, pour la formation initiale des stagiaires kinésithérapeutes, pour redynamiser les cadres, pour impulser les axes de recherche et pour l'organisation générale de la kinésithérapie sur l'ensemble du CHU* » (Pr MPR).

Les actions menées par les rééducateurs peuvent être reconnues par les médecins mais restent cantonnées à une pratique opérationnelle d'actes techniques qui passe au second plan par rapport au diagnostic médical et à la pensée de profession dominante. Cette situation renvoie à l'invisibilité professionnelle des auxiliaires décrite par F. ACKER citée plus haut.

Par ailleurs, les prescripteurs connaissent mal les activités de rééducation, « *Ils ne savent pas déterminer les objectifs de rééducation ni quels professionnels il faut solliciter* » (CS MK). Certains ont une vision restrictive des rééducateurs : « *les médecins voient bien les lombalgies, les entorses, mais est-ce que cela va au-delà, dans l'intimité des métiers de la rééducation ?...* » (Pr MPR), « *Pour eux, le kinésithérapeute c'est un gros musclé qui vient bouger...* » (Pr MPR) et la plupart manque d'intérêt pour les activités de rééducation : « *Ce n'est pas une préoccupation majeure. Quand on fait le projet de service on n'y pense pas, sauf quand il n'y en a plus* » (Pdt CME).

Ce sont eux les prescripteurs mais « *Les médecins ne savent pas prescrire* » (CSS MK), et « *les médecins ne remplissent pas les feuilles de prescription* » (CSS MK). « *Ce sont les IDE qui les remplissent et de ce fait prescrivent parfois des actes non indiqués* » (CSS MK).

Cette méconnaissance de la rééducation et le fait que les prescripteurs ne remplissent pas leur rôle est le signe d'un défaut de reconnaissance de l'activité spécifique des rééducateurs. Les infirmiers sont parvenus à obtenir des prescriptions médicales écrites, les enjeux liés à la rééducation sont sans doute considérés comme moins importants car les risques liés à des prescriptions erronées sont moindres.

2.5.4 Les incertitudes liées aux multiples hiérarchies

Les rééducateurs dispersés dans les services dépendent de deux autorités différentes, l'autorité médicale de proximité et l'autorité hiérarchique avec un encadrement professionnel éloigné, cette situation crée une zone d'incertitude qui leur permet de

conserver une grande liberté « *Avant, les kinésithérapeutes travaillaient en autonomie, rattachés à leur chef de service, Il était difficile pour les cadres kinésithérapeutes de fonctionner ainsi et il fallait ménager les susceptibilités des uns ou des autres et surtout celles des chefs de service* » (CS MK). Cette double « hiérarchie » permet aux professionnels de jouer sur deux tableaux et empêchent un management cohérent. Cette situation est source de dysfonctionnements et de rejet, surtout si certains en profitent pour échapper à tout contrôle : « *Du fait de leur dispersion dans les différents services, certains kinésithérapeutes n'en faisaient qu'à leur tête, en quasi-autonomie et il y avait un manque directif réel* » (Pdt CME).

Le travail des cadres est compliqué par le fait que certains médecins souhaitent encadrer l'organisation des rééducateurs : « *La difficulté que l'on rencontre quand on a un problème avec un kiné, c'est qu'il va pleurer dans le giron de son chef de service, celui-ci appelle le chef du service de MPR et dans ce cas notre décision de cadre de rééducation est remise en cause* » (CSS MK). De plus, les rééducateurs ont même tendance à reconnaître les médecins plutôt que les cadres de rééducation comme leurs référents professionnels. « *Culturellement, les kinésithérapeutes n'ont pas le réflexe de voir leur programme avec leur cadre. ... mais le lien se fait plus avec les médecins* » (DRH), « *Un référent intellectuel est indispensable, c'est un médecin neurologue ... il nous faut une référence* » (CS orthophoniste). Certains voient les médecins comme leurs portes parole auprès de la direction : « *Pour le nouvel hôpital, nous avons fait une demande de création de poste qui n'a pas été entendue ... Les médecins ont été prévenus et ont fait un courrier* » (CS diététicienne), « *Les relations privilégiées avec les médecins nous donnent une représentation importante* » (CS MK).

Ce positionnement s'oppose à l'affirmation d'une autonomie professionnelle qui passe par la reconnaissance de l'encadrement comme représentant et porte parole d'un groupe professionnel. D'ailleurs certains cadres pensent que le moment est venu pour les rééducateurs de s'émanciper : « *La collaboration avec les médecins est indispensable mais pas forcément la servilité* » (CS MK), « *On n'est plus dans un féodalisme médical, par contre, on a des devoirs* » (CS MK), « *Stratégiquement se tenir un peu à distance vis-à-vis du médecin est intéressant* » (CSS MK) et comme le dit un cadre ergothérapeute, « *il y a un point d'éclaircissement à faire car cette double hiérarchie (médicale et administrative) est très dure à gérer pour les cadres surtout par rapport aux médecins. Il faudrait clairement identifier les attributions administratives des cadres et faire comprendre aux médecins que ça ne les concerne pas* » (CS ergothérapeute).

2.5.5 L'encadrement n'est pas en position de force

Certains cadres ont du mal à se situer dans la stratégie de l'établissement « *Comme on ne connaît pas très bien la politique de l'hôpital, on se demande si c'est intéressant de se développer au risque de ne pas pouvoir ensuite répondre aux demandes* » (CS MK). Leurs missions et leur rôle ne sont pas clairement définis : « *L'administration n'est pas claire par rapport à l'activité des cadres. Les cadres doivent-ils soigner des patients ?* » (CS MK) D'autres ne se sentent pas soutenus par la direction et ont du mal à affirmer leur position : « *Depuis que je suis cadre, je n'ai jamais eu l'impression d'avoir été positionné comme cadre d'un groupe professionnel... On est des clampins, on n'est pas reconnu et de fait, la direction ne veut pas travailler avec nous* » (CS MK).

De surcroît, l'encadrement peut être mis en difficulté quand la hiérarchie soignante cherche aussi à encadrer les rééducateurs : « *Les kinésithérapeutes n'étant pas bien organisés, les CSS IDE et CS IDE souhaitaient les chapeauter. Quand les cadres kinésithérapeutes ont été mis en place, il y a eu des heurts. Certains cadres IDE ont compris la fonction du cadre kinésithérapeute et échangé. D'autres continuent à vouloir organiser des choses sans en référer aux cadres kinésithérapeutes* » (CSS MK).

2.5.6 Le manque de traçabilité des actions

« *L'un des soucis est la communication avec les services ne serait-ce que par rapport aux transmissions. Le kinésithérapeute doit tenir compte de l'organisation du service pour s'adapter à cette organisation et par rapport aux informations des patients* » (DS MTR)

L'absence de traces écrites est cause de non visibilité, « *La reconnaissance passe par la traçabilité, la transparence, il faut que l'on voie ce que l'on fait* » (CS MK). Les écrits sont encore insuffisamment développés : « *Beaucoup de services (en court séjour) n'ont pas de bilans écrits* » (CSS MK). Selon certains, cette situation est expliquée par le manque de culture de l'écrit « *Ils écrivent peu, à la fois pour eux et pour les autres. Il n'y a pas de culture de l'écrit.* » (CSS MK), écrire, ça prend du temps, ça ne fait pas partie du réel travail de rééducation : « *Les kinésithérapeutes ont un peu râlé au début par rapport aux transmissions : « ça va prendre du temps »...* » (CSS MK), « *Le dossier, le recueil de l'activité, le PMSI, leur prennent du temps et ils râlent. Ils ne supportent pas, au point que certains partent en libéral. On a atteint le summum de ce qu'on peut demander comme formalités administratives pour les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes* ». (Pr MPR). Ecrire ce que l'on fait permet un contrôle extérieur « *... C'est mal vécu par les kinésithérapeutes, c'est mal perçu, c'est un contrôle, un ajout de travail, une perturbation de l'autonomie* » (CS MK).

2.5.7 Difficultés à réaliser des publications professionnelles

Les cadres rééducateurs pensent qu'il existe chez les rééducateurs de CHU des ressources qui permettraient de développer les publications à propos des travaux menés mais « *C'est un problème de temps : beaucoup de kinésithérapeutes n'ont pas envie de prendre sur leur temps libre. Surtout que l'on n'en retire rien sinon de la satisfaction personnelle* » (CSS MK), « *C'est très difficile d'obtenir des jeunes stagiaires qu'elles écrivent un article à la suite de leur mémoire. Il faut une hargne qu'elles n'ont pas forcément. On ne peut pas exiger de quelqu'un qu'on embauche une production intellectuelle* » (CS orthophoniste). Pour les paramédicaux, ce type d'activité qui demande de prendre du temps sur le temps personnel n'est pas reconnu pour l'évolution de carrière, c'est pourquoi l'encadrement a des réticences à inciter les rééducateurs à s'investir dans ce travail. Pourtant, ce serait sans aucun doute un moyen d'affirmer son expertise et de la faire reconnaître.

2.5.8 Les actions de recherche, de formation, d'enseignement ne sont pas connues

Les actions de recherche, de formation, d'enseignement sont une plus value pour l'institution « *Sur le volet enseignement, formation en CHU, travaux de recherche, communications, publications, y compris l'encadrement des étudiants représentent des plus values* » (CGS).

De nombreux travaux sont menés par les rééducateurs (cf. Annexe IV) mais les actions menées, notamment en ce qui concerne la recherche, restent souvent inconnues dans l'institution : « *On n'entend pas parler de recherche en kinésithérapie, en tout cas, ce n'est pas valorisé* » (DRH), « *Il n'y a pas de recherche, je n'entends parler de rien, pas d'expertise, pas de projet de rééducation, ils gèrent le quotidien, mais il n'y a rien d'autre sur ce site* » (DS MTR), « *Peut-être y a des rééducateurs qui font des choses dont on n'est pas au courant. On ne le voit pas car ce n'est pas mis en avant* » (CGS), « *Je ne connais pas les activités de recherche des rééducateurs* » (Pdt CME), « *Les diététiciens n'ont pas d'activité de recherche que je sache* » (DRH), « *Je n'ai pas connaissance de recherche en soin de rééducation* » (DRH). Cette invisibilité peut être liée au fait que pour les directeurs et les médecins la recherche est synonyme de recherche scientifique telle qu'elle est développée par les médecins qui représentent la référence. Or, la recherche professionnelle paramédicale n'est pas forcément celle-là mais correspond plutôt à une évaluation des pratiques professionnelles, au développement d'une expertise dans un domaine. Ces activités sont méconnues et il semble nécessaire de les mettre en valeur car comme le soulignait l'un des cadres kinésithérapeutes « *quand une personne fait quelque chose de remarquable... le DG n'est pas forcément au courant de ses travaux* ».

2.6 Les actions des rééducateurs pour se faire connaître

2.6.1 Le développement de la communication avec les cadres soignants

De nombreux cadres de rééducation soulignent l'importance de développer la communication avec les cadres soignants pour se faire connaître, « *Dès ma prise de fonction, j'ai commencé à travailler la communication avec les cadres infirmiers. J'ai pris mon bâton de pèlerin, je suis allée me présenter à chaque CS IDE* » (CS MK), « *En réunion institutionnelle, je suis plus avec les cadres soignants... Je crée des contacts même si les propos ne sont pas directement en rapport avec ma spécialité, j'apprends à les connaître* » (CS diététicien).

Ils relèvent l'intérêt d'avoir suivi une formation de cadre commune : « *Les études communes dans les écoles de cadres sont très favorables pour créer un réseau ultérieurement. La formation commune permet de s'apercevoir que l'on ne raisonne pas de la même manière du coup on peut développer plus d'empathie* » (CS MK), « *Après l'école de cadre, je ne raisonnais presque plus comme diététicien, je connaissais les IDE, leurs contraintes et leurs problèmes. Comme ça j'ai pu faire connaître notre existence et l'intérêt qu'elles avaient à travailler avec nous* » (CS diététicien). Le réseau ainsi constitué et la meilleure connaissance mutuelle peuvent faciliter les collaborations.

2.6.2 La mise en place de la traçabilité

La traçabilité est mise en place malgré les réticences : « *Les kinésithérapeutes écrivent dans le dossier de soin, mettent leurs transmissions lorsqu'il y a un point particulier et font des transmissions orales.* » (CSS MK), « *On a eu d'infinies difficultés pour faire gratouiller les kinésithérapeutes dans les dossiers. Ils font une petite griffounette intégrée dans un tas d'inscriptions infirmières et c'est ce que l'on veut. On est déjà très contents de cela* » (CS MK). Cependant, les kinésithérapeutes n'utilisent pas les mêmes outils que les soignants, dans aucun des trois établissements ils n'ont été formés aux transmissions ciblées, alors que dans un CHU, l'ensemble des diététiciens y a été formé et les utilise.

Des documents écrits sont aussi créés pour affirmer la spécificité professionnelle, notamment le diagnostic kinésithérapique et le dossier de rééducation : « *Pour moi un kinésithérapeute, c'est quelqu'un qui fait un diagnostic écrit. Le kinésithérapeute produit un savoir combiné qui n'existait pas par l'intermédiaire du diagnostic écrit...Ainsi, on passe de la kinésithérapie à la rééducation. On professionnalise notre métier.* » (CS MK)

Le dossier de rééducation est mis en place dans deux établissements sur trois : « *Une prescription doit donner lieu à un diagnostic écrit et à un dossier, c'est ma demande en*

tant que cadre » (CS MK), « Le dossier de rééducation vient de se mettre en place en janvier 2005. On a deux types de documents, un dossier de rééducation et un outil de transmission. » (CSS MK)

2.6.3 Des documents professionnalisent le management

Des profils de poste ont été élaborés pour les kinésithérapeutes dans deux des trois CHU, *« Le profil de poste permet la reconnaissance de chacun des kinésithérapeutes par le cadre car ses compétences sont définies ».* (CS MK)

Des référentiels d'activités kinésithérapiques sont aussi en cours d'élaboration : *« Il est important de se faire un référentiel des actes kinésithérapiques ».* (CS MK), *« L'évaluation de la charge de travail des rééducateurs est faite par la grille d'évaluation des activités de rééducation. On a établi une définition des activités ».* (CS MK)

Des procédures harmonisées sont mises en place : *« On essaie d'harmoniser le tout en faisant participer tous les secteurs sur la création de procédures qualité, d'organisation, de prises en charge spécifiques ».* (CSS diététique), *« Il y a des procédures en cas d'absentéisme. Ils savent ce qu'ils ont à faire en fonction des absences des uns et des autres, les échanges professionnels sont possibles ».* (CS MK)

Dans un CHU, l'encadrement demande aux kinésithérapeutes qui souhaitent changer de poste de présenter **un projet professionnel** : *« les projets sont bien ficelés, les kinés font référence à leur expérience mais aussi aux projets de service »* (CSS MK).

Au total, les cadres ont engagé un travail de formalisation qui doit leur permettre de mieux mettre en évidence les compétences et les activités de leurs équipes et affirmer leur place dans le service de soins.

2.6.4 Les écrits destinés à se faire connaître au niveau institutionnel

Un rapport d'activité était réalisé par certains cadres de rééducation dans deux des trois CHU : *« Le problème c'est que les supérieurs hiérarchiques ne connaissent pas tous les éléments de notre activité d'où l'importance de réaliser un bilan d'activité »* (CS diététicien), *« Nous faisons un bilan d'activité à la fin d'année ».* (CS MK), *« Je communique le rapport d'activité annuel de mon secteur au médecin chef de département de gériatrie, au médecin coordinateur du pôle, au directeur référent du pôle d'activité Rééducation, au CSS IDE du pôle Gériatrie, au CGS, au CSS MK, au Professeur de MPR, à tous les médecins du pôle et à tous les rééducateurs du pôle »* (CS MK), *« Tous les ans, les diététiciens présentent à la DRH un bilan d'activité... »* (Diététiciens)

Le recueil d'activité de rééducation est considéré comme primordial par les cadres pour faire reconnaître et valoriser les activités de rééducation. Dans les trois CHU un

travail était engagé voire finalisé pour ce faire : « *L'avenir de la kinésithérapie avec le nouveau cadre de travail, la T2A, implique de saisir l'activité pour pouvoir montrer le coût de notre travail* ». (CS MK), « *L'outil de recueil d'activité informatisé a d'abord été pris comme un outil de flicage par les kinésithérapeutes, par contre, les cadres ont compris que c'était un moyen de valoriser l'activité.* » (CS MK). Cependant des difficultés matérielles liées à l'ergonomie des outils informatiques ou les difficultés d'accès aux ordinateurs freinent la mise en œuvre effective de la saisie de l'activité.

2.6.5 La collaboration à travers les projets institutionnels ou pluriprofessionnels

Cette collaboration est reconnue indispensable par les directeurs des soins : « *Travailler sur l'intégration des rééducateurs dans l'équipe est nécessaire. Il faut développer le volet soignant/réadaptation, quand le kinésithérapeute vient, il faut qu'il y ait des outils simples de transmission* » (CGS), « *Il y a complémentarité des rééducateurs avec l'équipe de soins* ». (CGS)

Elle s'est organisée dans certains établissements à travers des projets institutionnels « *Depuis 1 an on a mis en place un logiciel de prise de commande des repas, cela a permis de remettre au clair " qui fait quoi ". Ce travail a commencé en 2004 avec le soutien incontournable de la direction du service des soins infirmiers qui s'est positionnée par rapport aux cadres notamment par l'intégration du risque de dénutrition dans une macrocible d'admission dans le dossier de soins. On a 82 référents nutrition IDE ou AS dans l'établissement, ils sont formés et ont des missions spécifiques de repérage et d'information des diététiciens* » (CSS diététicien).

Dans d'autres CHU, la collaboration se structure grâce au travail en commun des cadres de toutes filières et des médecins, « *On avait un cloisonnement entre kinésithérapeutes et IDE, les staffs étaient isolés par métiers, aujourd'hui, on cherche à optimiser la prise en charge globale. On a intérêt de travailler sur la collaboration étroite pluridisciplinaire : c'est un constat conjoint avec les deux cadres kinésithérapeutes, le cadre IDE et le chef de service de MPR. Il faut développer cela* » (CSS IDE).

Cette collaboration débutante apporte une valeur ajoutée à la qualité du travail collectif et mériterait d'être largement développée au sein de projets institutionnels transversaux.

2.7 Conclusion de la deuxième partie

Au total, la situation communicationnelle est marquée par un manque de connaissance des activités de rééducation et des actions menées par les rééducateurs. De nombreux facteurs y contribuent, notamment le peu de place donnée aux rééducateurs (ou prise par eux) dans l'institution. Cette situation est illustrée par la méconnaissance de ce qu'est la

rééducation au sommet stratégique, la faible représentation institutionnelle des rééducateurs et l'espace réduit qui leur est dédié au niveau structurel (documents institutionnels, locaux). Leur organisation est caractérisée par la dispersion et par des zones de flou qui persistent à propos de la hiérarchie. Elle génère une difficulté pour l'encadrement à trouver sa place et à être reconnu par les professionnels.

Des évolutions positives sont cependant signalées notamment avec le rattachement des rééducateurs à la direction des soins, avec la meilleure connaissance mutuelle que les cadres soignants et rééducateurs développent en formation cadre commune et avec les collaborations institutionnelles à travers des projets transversaux. Ces facteurs semblent être des éléments clés pour améliorer la situation.

3 AU DELA DE LA VISIBILITE, L'ENJEU EST DANS LA PARTICIPATION DE TOUS LES ACTEURS ET DANS LEUR COOPERATION

3.1 Diagnostics

Cet état des lieux présente des limites puisqu'il est basé sur une enquête dans uniquement trois CHU, néanmoins dans les trois établissements les problématiques sont similaires : le manque de connaissance de ce que sont la rééducation et les actions menées par les rééducateurs concerne tous les acteurs y compris les rééducateurs.

Les deux diagnostics présentés ci-dessous permettront ensuite de faire des propositions de traitement.

3.1.1 Diagnostic n°1 : le manque de visibilité globale de la rééducation dans l'institution résulte de l'absence d'une entité organisationnelle regroupant l'ensemble des rééducateurs

Il n'a jamais existé de « service des soins de rééducation » comme il a existé un service des soins infirmiers. Le développement d'une ligne hiérarchique des rééducateurs similaire à celle des infirmiers n'est possible que depuis la création d'un grade de directeur des soins de rééducation en 2002 mais celle-ci n'est pas encore installée dans tous les CHU. Le groupe des rééducateurs est donc resté uniquement une entité réglementaire virtuelle sans avoir trouvé de traduction dans les faits par la structuration d'un groupe professionnel. L'absence d'organisation et de lignes hiérarchiques clairement définies n'a pas permis de donner une cohérence à ces professions qui sont restées cloisonnées les unes par rapport aux autres. Les rééducateurs ne se connaissent pas et/

ou ne travaillent pas ensemble au sein d'une même profession. Ils ne connaissent pas les autres professions de rééducation et/ou n'ont pas de travaux en commun. Ils ne défendent pas leurs intérêts à travers des projets professionnels communs. Les cadres des différentes professions de rééducation collaborent peu. Il n'existe pas d'acteur fédérateur de ce groupe. Cette situation a nuit à la reconnaissance institutionnelle des rééducateurs et à leur participation dans l'organisation aux projets transversaux. En effet, même si au niveau des services la contribution des rééducateurs est reconnue, leur faible représentation hiérarchique et leur non représentation au sommet stratégique ont provoqué « l'oubli » de ces professionnels lorsque des groupes de projets transversaux ont été constitués au niveau de l'institution. La démarche qualité et les groupes pluriprofessionnels qui l'ont menée ont permis de remédier en partie à ce manque de participation. Cependant, à cause de la minorité numérique des rééducateurs toutes les professions n'ont pas eu accès à ces travaux transversaux. En effet, un rééducateur est sollicité et participe au nom de sa profession et non pas au nom des rééducateurs puisqu'il n'existe pas un tel groupe. Cette situation favorise le sentiment d'exclusion ou de non reconnaissance et d'inexistence que peuvent avoir certains professionnels de rééducation minoritaires (orthophonistes, psychomotriciens par exemple).

Ce défaut de participation des rééducateurs aux projets pluriprofessionnels a favorisé le cloisonnement et l'isolement. Pour ne pas avoir participé aux travaux collectifs, rééducateurs, soignants et médecins n'ont pas construit ensemble de cadre de référence commun. La construction collective qui permet la cohésion et contribue à élaborer la culture interne de l'organisation⁴⁷ n'a pas été favorisée.

Le manque de sens institutionnel « reproché » aux rééducateurs peut aussi être mis en lien avec leur manque de connaissance de la politique et des stratégies de l'institution faute d'être destinataires des informations en provenance de la direction. Ainsi se crée un cercle vicieux : **l'institution méconnaissant des professionnels et leurs activités ne les sollicite pas, et ne les faisant pas participer aux actions qui l'animent, elle ne leur donne pas les moyens de se faire connaître, et de participer, et ainsi de suite...**

3.1.2 Diagnostic n°2 : le sommet stratégique et la base opérationnelle manquent de données concernant les activités de rééducation et les actions menées par les rééducateurs

Faute d'un système d'information institutionnel prenant en compte l'activité des rééducateurs, celle-ci n'est qu'incomplètement recensée. Par ailleurs, lorsque les

⁴⁷ MUCCHIELLI A., CORBALAN J.-A., FERRANDEZ V., *Théorie des processus de la communication*. p. 62-63

rééducateurs eux-mêmes font ce travail par l'intermédiaire du recueil des données de l'activité ou en rédigeant un rapport d'activité à l'échelle de leur service, l'analyse, la synthèse et la mise en perspective de ces données font défaut si aucun membre de l'équipe de direction ne s'y applique. Les DRH se sont désengagés de l'encadrement des paramédicaux et les coordonnateurs généraux des soins sont nouvellement responsables des professionnels médico-techniques et de rééducation dont ils ne connaissent pas toujours les valeurs, le langage, les problématiques. Un travail de traduction est encore nécessaire. « *Dans les entreprises, il faut faire tenir ensemble et amener à coopérer des acteurs dont les objectifs, les logiques, les intérêts et le langage ne sont pas identiques ; ...à l'hôpital traduire aux uns la logique d'action des autres ...recouvre la capacité à problématiser les situations, à faire passer chaque catégorie d'une position isolée à une position de coopération.* »⁴⁸ Le directeur des soins doit décloisonner la rééducation en faisant connaître ses applications et son organisation au niveau de l'équipe de direction.

Les rééducateurs ont un déficit de communication envers les autres professionnels médecins et soignants qui nuit à la compréhension mutuelle nécessaire pour la coopération.

Les rééducateurs ont un certain retard dans la mise en place de la traçabilité et/ou utilisent des outils différents de ceux majoritairement utilisés dans l'institution, ce qui entrave l'accessibilité à l'information. La systématisation de la traçabilité et la généralisation d'outils communs sont nécessaires pour faciliter la communication et permettre la coopération. Celle-ci impose des connaissances partagées et des référentiels communs, sources d'économie et d'adéquation qui permettent des fonctionnements à l'implicite.

3.2 Traitement n°1 : structurer la rééducation

3.2.1 Créer un service des soins de rééducation

« *...Pour chacun de nous, être membre d'un groupe n'est pas secondaire, mais au contraire constitutif de notre identité* »⁴⁹. Le regroupement des rééducateurs au sein d'un même service, en les tirant de l'isolement lié à leur état de professions minoritaires, donnera à tous les rééducateurs un sentiment d'appartenance à un groupe. Ce service doit être structuré de la même manière que les autres services des soins infirmiers et

⁴⁸ GROSJEAN M., LACOSTE M. Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital. p. 32

⁴⁹ OBERLE D. « Vivre ensemble. Le groupe en psychologie sociale ». *Sciences humaines*, Mai 1999, n°94, pp. 20-25

médico-techniques, reconnu par l'institution, doté des moyens nécessaires à son fonctionnement et dirigé par un directeur des soins qui en symbolise l'unité. Il est partie intégrante du service des soins dirigé par le coordonnateur général des soins. En tant que membre de l'équipe de direction, le directeur des soins responsable du service des soins de rééducation garantit la représentation institutionnelle de ce groupe et répond de son organisation et de la qualité de ses prestations auprès de l'institution. Il est associé ou informé des décisions stratégiques de l'hôpital et peut ainsi assurer la participation systématique de ce groupe (en le représentant lui-même ou en sollicitant ses membres) à toutes les initiatives institutionnelles susceptibles de le concerner. Ainsi les acteurs de la rééducation ne seraient plus en retrait et, ayant connaissance de la politique menée par la direction et des objectifs stratégiques du CHU, ils peuvent s'impliquer dans les projets de l'institution. En étant ainsi associés à la vie institutionnelle, ils pourront mieux comprendre les normes, les valeurs, les évolutions et les mutations de l'hôpital et ainsi mieux se situer pour coopérer.

3.2.2 Créer une identité du service des soins de rééducation

Le directeur des soins doit aider le groupe des rééducateurs à définir son identité et à s'affirmer en tant que groupe professionnel, non pas dans un esprit corporatiste mais avec le souci d'occuper sa place professionnelle dans l'action collective. Les rééducateurs doivent mieux se connaître pour se faire connaître et se faire reconnaître. Il s'agit de définir clairement ce que sont les activités de rééducation, ce qui fait la spécificité de chacune des professions et leurs points communs, en quoi elles contribuent aux soins globaux. Les rééducateurs doivent définir quelles sont les normes et les valeurs de leurs professions. Les rôles et les missions des cadres doivent aussi être précisés.

3.2.2.1 Définir et afficher l'organisation des activités de rééducation

Une des premières pistes pour améliorer la visibilité des rééducateurs est d'en formaliser l'organisation au sein de l'institution. Celle-ci est en général complexe puisque la rééducation est le plus souvent une activité transversale et il existe des relations à différents niveaux avec de multiples acteurs. Le travail doit être conduit au niveau des cadres qui devront formaliser l'organigramme, et au niveau des professionnels de rééducation, qui devront réfléchir aux multiples interactions qu'ils développent au cours de leur activité et à la façon dont ils les gèrent.

L'objectif de ce travail est de créer un document officiel afin de rendre lisible l'organisation des activités de rééducation par l'ensemble des acteurs de l'institution. Cette formalisation permettra aux différents acteurs de connaître leurs places respectives. Ce document sera

présenté au niveau des instances et au cours de réunions plénières de l'encadrement. Il pourra aussi être disponible en ligne sur les sites intranet et Internet de l'établissement.

En construisant un organigramme hiérarchique et un organigramme fonctionnel les cadres pourront identifier les différents partenaires avec lesquels ils sont en lien pour leur activité. Le directeur des soins doit les aider si nécessaire à analyser les relations qu'ils développent avec les acteurs (coopération, alliance, concurrence, tensions, absence de relation alors qu'il devrait y en avoir...) et les aider à définir les axes à privilégier pour améliorer la communication.

3.2.2.2 Construire un projet de soins commun aux différentes professions de rééducation pour fédérer le groupe des rééducateurs

Au-delà de la formalisation de l'organisation, le projet de rééducation doit présenter ce que sont les activités de rééducation, ce qu'elles apportent aux patients, aux autres professionnels, à l'institution. Le groupe constitué des différentes professions de rééducation doit définir ses valeurs communes, sa contribution au soin global et sa spécificité dans les soins. Cette réflexivité sur le travail, cette communication interne au groupe des rééducateurs va permettre de créer le ciment symbolique, le « nous » qui est nécessaire à l'affirmation de l'identité.

Cette démarche est le préalable indispensable au travail d'échange ultérieur avec les autres professionnels paramédicaux et médicaux. En effet, il faut que les rééducateurs aient pu se reconnaître comme un groupe, en identifiant les points forts de leur pratique et le sens de leur action, avant de pouvoir travailler avec les autres groupes professionnels qui ont, du moins en ce qui concerne les médecins et les infirmiers, une identité professionnelle déjà beaucoup plus forte et structurée.

3.2.2.3 Amener les rééducateurs à définir leur identité professionnelle

En parallèle, les cadres doivent mener avec leurs équipes une réflexion approfondie sur les activités de leur service et l'exercice professionnel des rééducateurs. Les rééducateurs doivent clarifier leur représentation de leur propre métier, puis définir les caractéristiques de leur propre poste.

A partir des textes qui régissent la fonction publique hospitalière et leur exercice professionnel, ils doivent cerner leur champ d'exercice, comprendre les relations qui les lient aux autres professionnels. En réfléchissant aux valeurs de la rééducation qui sont, par exemple, favoriser l'autonomie des personnes ou accroître leur qualité de vie en leur rendant leur indépendance fonctionnelle, ils pourront préciser quelle est leur place dans le processus de prise en charge du patient. Ce travail qui est à la base du projet de soins,

est aussi le moyen de prendre conscience de son professionnalisme en définissant des référentiels de compétences et des profils de poste.

Les profils de poste permettront aux professionnels de cerner ce qui est attendu d'eux et seront la base référentielle des évaluations. S'il existe dans l'institution un modèle, il est préférable de travailler à partir du canevas qu'il propose, sinon les fiches du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière⁵⁰ récemment édité peuvent servir d'outil pour les aider à définir les caractéristiques de leurs activités principales, des relations professionnelles les plus fréquentes, des savoir-faire requis et des connaissances associées nécessaires à l'exercice.

3.2.2.4 Structurer un accueil personnalisé des professionnels nouvellement recrutés

L'évolution démographique provoque un contexte de pénurie de personnel paramédical, alors que les difficultés de recrutement sont majeures, les rééducateurs doivent fonctionner avec un personnel en sous effectif en partie composé de professionnels novices. Or l'environnement de travail des CHU est complexe, il demande des connaissances spécialisées pour répondre aux exigences spécifiques de chaque service. Les durées de séjour tendent à diminuer et obligent à une grande adaptabilité. Cette situation nécessite un encadrement qui lui permette d'acquérir rapidement les compétences indispensables aux nécessités du service mais aussi de comprendre le fonctionnement de l'institution et la place du rééducateur dans le CHU. Il ne s'agit pas d'arriver comme en territoire conquis (comme cela est souvent reproché aux rééducateurs) mais au contraire de comprendre sa place au sein de l'organisation en y apportant ses compétences spécifiques. Ce travail doit donner à l'ensemble des professionnels la possibilité de clarifier leur propre positionnement et leur fournir l'assurance nécessaire pour accompagner leurs nouveaux collègues dans leur intégration.

3.2.2.5 Structurer l'accueil des étudiants

Parmi les missions d'un CHU, la formation des étudiants est communément bien pratiquée par les rééducateurs. Elle est fondamentale car de l'image qu'ils donneront aux étudiants dépend en grande partie l'envie de ces derniers de faire carrière dans la

⁵⁰ MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE, DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS *Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière*. Rennes : ENSP, 2004.

fonction publique hospitalière. L'accueil et l'encadrement des étudiants doivent donc être structurés de façon à offrir aux étudiants un service approprié à leurs besoins, présentant tous les intérêts du travail dans un CHU, notamment la participation à une équipe pluriprofessionnelle et la dynamique intellectuelle qui en résulte. Le tutorat de stage semble la forme la plus appropriée à un encadrement personnalisé. Il doit être conçu par les cadres et les professionnels en partenariat avec les instituts de formation concernés, mais doit aussi associer l'encadrement soignant et médical des services d'accueil des étudiants. Le directeur des soins doit en outre s'impliquer dans l'accueil des étudiants, au moins à titre symbolique, pour leur signifier l'intérêt institutionnel qui leur est porté.

3.2.3 Favoriser la confiance en soi du groupe des rééducateurs

3.2.3.1 Favoriser les relations de confiance pour conforter le rôle des cadres

Pour prendre leur place et rendre la rééducation visible dans l'institution, les cadres doivent pouvoir s'affirmer en tant que tels par rapport à leurs équipes et par rapport aux autres acteurs, notamment les médecins. Il est essentiel que les objectifs des cadres soient clairement fixés. En effet, « *la confiance en soi est possible lorsque l'on connaît ce que l'on doit faire et ce que l'on est capable de faire* ». ⁵¹.

D'autre part, les cadres doivent être assurés du soutien de la direction des soins, notamment quand des luttes de pouvoirs peuvent atténuer leur autorité. Cette relation de confiance ne peut s'élaborer que si la hiérarchie, acteur social prépondérant, « *consulte et écoute régulièrement ses subordonnés, informe et fait des réunions de concertation, dialogue facilement avec chacun, conseille sur le travail à faire, pratique la délégation, a des préoccupations centrées sur les réussites plutôt que sur les erreurs... On constate souvent que cette hiérarchie enclenche une « dynamique de participation ». Pourquoi ? Parce que toutes ses actions concourent à montrer qu'elle croit à la participation puisqu'elle la met en œuvre quotidiennement pour le bénéfice de tous... On peut aussi dire que si l'on regarde tous ces comportements, on s'aperçoit qu'une valeur fondamentale les soutient : l'humanisme, c'est-à-dire la foi dans le potentiel de l'homme... »* ⁵² Ce sont les conduites données par les leaders qui induisent ou non la confiance, notamment par le « *phénomène d'induction comportementale bien connu : ?je pense que vous êtes capable de ceci, et le fait que je vous perçoive comme cela vous pousse à l'être effectivement?* » ⁵³. Si le directeur des soins souhaite que ses équipes de

⁵¹ HART J., MUCCHIELLI A. Soigner l'hôpital. Diagnostic de crise et traitements de choc. p. 60

⁵² MUCCHIELLI A., CORBALAN J.-A., FERRANDEZ V., *Théorie des processus de la communication*. p. 68

⁵³ Ibid. p. 69

cadres développent des relations de confiance avec leurs subordonnés et que ceux-ci eux-mêmes les développent avec les autres partenaires, il doit montrer l'exemple. Cette attitude favorise le développement de la confiance en soi des subordonnés : ne doutant plus de leur valeur, ils auront moins de difficultés à s'affirmer et à oser la coopération.

3.2.3.2 Reconnaître le travail effectué

Selon C. DEJOURS⁵⁴, les gens se mobilisent dans leur travail parce qu'en échange de leur contribution, ils espèrent une rétribution. La rétribution principale n'est pas le salaire, elle est symbolique, c'est la reconnaissance. Le directeur des soins en tant que responsable hiérarchique de l'encadrement doit pouvoir montrer qu'il apprécie l'utilité et la valeur du travail effectué par les cadres. Cette reconnaissance porte sur le « faire » avant de se porter dans le registre de « l'être ». Elle passe par des évaluations individualisées réalisées en référence aux missions qui leur sont dévolues.

De même cette reconnaissance doit être signifiée aux rééducateurs par l'encadrement grâce à un suivi et à des évaluations personnalisées. Les cadres doivent être en mesure d'apprécier la qualité des prestations accomplies, mais aussi d'affirmer qu'ils reconnaissent la valeur de ce travail comme une contribution excellente pour la profession et l'institution lorsque la créativité s'exprime. Le directeur des soins doit être informé des actions remarquables pour les mettre en valeur et les intégrer dans la politique des soins de l'établissement quand cela se justifie. Pour cela, il doit encourager la communication ascendante. Utiliser les ressources des innovateurs est un des éléments primordiaux pour favoriser le développement de projets novateurs. Selon Norbert ALTER⁵⁵, au sein des entreprises, certains acteurs participent à la construction de l'innovation en développant des actions atypiques qui sont des pratiques irrégulières c'est-à-dire non prévues par les règles. C'est le cas de certains rééducateurs qui vont développer des compétences ou des organisations nouvelles, adaptées aux besoins de leur service ou de leur spécialité. Ces fonctionnements méritent d'être pris en compte par les responsables hiérarchiques pour les réguler, les articuler et en institutionnaliser les éléments qui leur semblent utiles. La direction des soins doit favoriser la structuration d'activités existantes qui ont montré des résultats. Elle doit chercher les moyens de conforter leurs actions et leurs ressources lorsque celles-ci n'ont pas été déterminées de manière officielle initialement.

⁵⁴ CHAPELLE G. « La reconnaissance au travail. Rencontre avec C. DEJOURS ». *Sciences Humaines*, Oct. 2002, n°131, p.25

⁵⁵ ALTER N. « Les innovateurs sont-ils déviants ? ». *Sciences humaines*. Mai 1999, n°94, pp. 34-37.

Cependant, la reconnaissance financière n'est pas à négliger. L'une des causes de difficulté de recrutement des rééducateurs dans la fonction publique hospitalière est la difficulté à valoriser sur ce plan les professionnels. Les personnes dont l'investissement professionnel est remarquable ne bénéficient d'aucune gratification pécuniaire supplémentaire. La réflexion est à mener au niveau politique mais aussi dans les établissements où il serait sans doute bénéfique que les directions cherchent des moyens pour marquer la reconnaissance de l'institution dans de tels cas, ce qui serait indéniablement facteur de motivation, notamment dans le domaine de la recherche.

Enfin, la reconnaissance par les effectifs est aussi un point à considérer : un effectif insuffisant en regard des besoins est source de démotivation. L'évaluation des besoins en encadrement et en rééducateurs et la répartition équitable des moyens doit être une priorité. Au-delà de la gestion prévisionnelle quantitative, les compétences nécessaires pour s'adapter à l'évolution des services doivent être déterminées. Pour cela, la consultation régulière des responsables médicaux est indispensable. Elle permet de tenir compte des transformations organisationnelles (évolution des spécialités, nouvelle structuration des services au sein des pôles) et des exigences en matière d'expertise à développer.

3.3 Le traitement n°2 : favoriser la participation des rééducateurs au sein de l'institution

Le directeur des soins doit ouvrir le service des soins de rééducation vers les autres groupes en développant la coopération au sein de l'institution et en coordonnant les activités avec les partenaires extérieurs.

3.3.1 Améliorer la communication pour favoriser la coopération

A l'interface entre le Directeur Général et les cadres de rééducation, en relation avec tous les autres membres de l'équipe de Direction, le directeur des soins doit développer à la fois la communication verticale et la communication horizontale. En tant que médiateur, il peut favoriser le développement des relations de confiance et de respect mutuels entre les différents acteurs, chacun devant comprendre le point de vue de l'autre pour pouvoir réellement donner du sens à son action et participer à la mise en commun des moyens au service du patient. « ...*La communication sur le lieu de travail participe à la coordination de tâches effectuées par des personnes différentes. Elle peut aussi assurer la*

composition d'un collectif. »⁵⁶. Ce travail de traduction, d'articulation doit permettre la coopération c'est-à-dire, « *comment faire pour « ménager » les uns et les autres pour que les choses se fassent* »⁵⁷. Pour le directeur des soins la question centrale doit être « comment aider les gens à travailler ensemble ? »

La coopération implique de construire ensemble des normes et des valeurs qui seront acceptées par toutes les parties. Selon J. D. REYNAUD⁵⁸ « *les valeurs s'imposent bien aux individus, mais elles ne sont pas transcendantes et indépendantes de leurs relations. Elles sont l'objet même de ces relations, elles sont construites par elles. Une action collective, en imposant des règles, invente un sens. Les valeurs sont l'horizon de ce sens, l'orientation de l'action collective. Leur contenu précis n'est autre que la construction même des règles* ». Selon M. AUGENDRE⁵⁹, le responsable hiérarchique doit avant tout s'interroger sur le sens de l'action collective car ce sont les projets qui donnent du sens à l'action. C'est pourquoi le directeur des soins doit favoriser des projets transversaux impliquant les rééducateurs, les autres services des soins (infirmiers et médico-techniques) et les médecins. C'est en instituant des groupes de travail participatifs où seront associés tous les acteurs des soins (paramédicaux et médicaux) tels que les groupes qualité ou les groupes progrès, qu'il permettra la construction de normes partagées telles que les chartes ou les référentiels. Tous les projets institutionnels peuvent être l'occasion de travaux pluriprofessionnels. Ainsi un plan d'accueil des nouveaux personnels de l'établissement intégrant aussi l'accueil des nouveaux médecins ou la formalisation de la prescription médicale doivent permettre, en impliquant tous les acteurs, de les amener à définir ensemble les règles d'action.

3.3.2 Faire apparaître les activités de rééducation et les actions menées par les rééducateurs

3.3.2.1 Le rapport d'activité

Le rapport d'activité annuel, obligation réglementaire, offre au directeur des soins la possibilité de donner une lisibilité institutionnelle des activités de rééducation. Selon J.R.

⁵⁶ JARDIN E. « Quand les organisations communiquent ». *Sciences humaines*. Mars-Avril-Mai 2002, Hors série n°36, pp. 50-54.

⁵⁷ SAUSSOIS M. « Coordonner, coopérer, adhérer. Les enjeux du management ». *Sciences humaines*. Mars-Avril 1998, Hors série n°20, pp. 64-67.

⁵⁸ REYNAUD J.D. Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale.

⁵⁹ AUGENDRE M. « Un enjeu pour les organisations ». *Sciences humaines*. Mars-Avril 1997, Hors série n°16, pp. 42-45.

LEDOYEN⁶⁰, ce rapport d'activité est beaucoup plus qu'un simple bilan, il permet d'avoir une vision quantitative et qualitative de l'ensemble des prestations fournies par le service des soins. Il doit rapporter ce qu'ont été les actions de ce service et comment celui-ci a rempli sa charge, en réponse à une politique définie et à des objectifs fixés.

Le directeur des soins doit y présenter la nature de la demande qui est formulée au service des soins de rééducation, non seulement en rééducation, mais aussi en formation et en recherche. Il doit y rendre compte du volume de travail effectué et de la qualité de la réponse apportée, de l'utilisation des moyens humains, de l'impact des moyens en formation, locaux, matériels sur la qualité de la production. Enfin, il permet d'évaluer les résultats, d'expliquer les écarts par rapport aux objectifs et de justifier les réajustements nécessaires.

Le rapport d'activité est un moyen de faire travailler les cadres ensemble autour d'un objectif commun et de développer une identité et une cohérence professionnelle pour les rééducateurs. Il favorise une meilleure connaissance de la réalité du service des soins de rééducation par ses propres membres et par ses partenaires et, en facilitant la circulation d'idées et d'informations, il permet de développer des échanges et une meilleure compréhension entre les différents acteurs de l'hôpital. C'est donc un outil essentiel pour affirmer la contribution professionnelle des acteurs et du service en objectivant leur activité qui en valorisant les réussites soutient la motivation des professionnels.

Cependant, le rapport d'activité ne peut se construire que progressivement, surtout lorsqu'il n'existait pas auparavant tel que c'est le cas pour les rééducateurs. Le directeur des soins doit organiser une méthodologie commune pour tout l'encadrement. Elle repose sur l'utilisation par tous les cadres de tableaux de bord identiques élaborés en lien avec la direction des soins. Cette trame commune à tous les rapports d'activité rédigés par les cadres au niveau de chaque pôle permettra au directeur des soins de réaliser la synthèse de l'ensemble pour construire le rapport d'activité.

3.3.2.2 L'analyse de l'activité

L'analyse de l'activité est l'un des préalables au rapport d'activité donc à la visibilité. Elle doit fournir des données permettant de se doter de tableaux de bord pour décrire les volumes, la nature et la charge des prestations de rééducation réalisées dans les services ou les pôles. Cette analyse de l'activité est aussi un outil de suivi de la productivité qui permet de comparer la charge de travail relative d'un service ou d'un pôle à l'autre. Elle permet d'avoir une vision transversale de l'activité produite et d'optimiser la répartition des

⁶⁰ LEDOYEN J. R. Des tableaux de bord au rapport d'activité du service des soins. Cours aux directeurs des soins ENSP 2005

effectifs en tendant vers l'équité. Les tableaux de bords issus de cette analyse de l'activité doivent être portés à la connaissance des médecins chefs de service et responsables de pôles pour rendre visibles les activités de rééducation dans leur secteur. L'analyse de l'activité devrait à terme permettre d'évaluer la part rééducation dans le coût des GHS ou même conduire à une « facturation interne » des prestations d'un pôle de rééducation aux services cliniques et aux pôles.

3.3.3 Développer la coopération avec les soignants et avec les médecins

3.3.3.1 Le dossier patient et les transmissions écrites

Le recueil des informations, leur transmission et leur fiabilité sont des éléments stratégiques de l'organisation des soins. Le directeur des soins doit en garantir la qualité dans son service. Pour accroître l'efficacité de la communication, il est nécessaire que les rééducateurs puissent utiliser les mêmes outils que les autres professionnels des soins. Le fait que les rééducateurs n'utilisent pas les mêmes dossiers ou les mêmes fiches de transmissions que les autres soignants est facteur de non visibilité.

Un travail de formation des rééducateurs doit être réalisé afin qu'ils connaissent la méthodologie du dossier ciblé, le but étant soit de s'y intégrer pleinement, soit d'y trouver une place spécifique mais visible.

Le développement de la culture de la traçabilité dans les équipes de rééducation doit préparer le passage à l'utilisation du dossier patient informatisé. Le système d'information de l'établissement doit inclure les rééducateurs. Ils travailleront sur le volet rééducation du dossier patient, en collaboration avec les autres professionnels (médecins et paramédicaux). Ils en établiront le cahier des charges en fonction de leurs contraintes notamment en terme d'accessibilité (pour eux mais aussi pour les services clients).

3.3.3.2 Construire ensemble le projet de soins

« Le fil conducteur de toute coopération est le projet. C'est un travail sur les interfaces grâce à la coordination des soins avec pour ossature le patient » (CGS)

Le travail sur le projet de soins en réunissant dans des groupes de travail des soignants de toutes filières offre un espace d'échanges et de réflexion sur les valeurs qui permet de définir les règles de fonctionnement du travail en coopération interprofessionnelle. Le projet de soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation doit être en accord avec les orientations médicales pour répondre aux besoins spécifiques des pathologies et des techniques médicales dans chaque service, chaque pôle, ou en fonction des filières. Pour ajuster le projet de soins aux projets médicaux, un travail commun médical et paramédical

est nécessaire. Il doit être mené au sein des services et des pôles pour une compréhension collective des problèmes et une définition collective des objectifs.

Le coordonnateur général des soins est garant de la cohérence du projet de soins. Celui-ci doit s'articuler avec le projet médical, tout en donnant une lisibilité sur les orientations des activités de soins à développer et les stratégies d'amélioration de l'organisation et du service rendu. Les axes communs à tous les soins seront traités de manière unique. Si des projets spécifiques de rééducation existent, ils apparaîtront explicitement.

3.3.4 Développer des projets en liens avec les besoins de l'institution et avec la politique de santé publique

Plusieurs projets dans lesquels les rééducateurs ont un rôle important à jouer mériteraient d'être développés dans les CHU : la recherche, l'amélioration de la qualité de vie au travail et l'amélioration de la qualité des soins dans plusieurs spécialités. Leur participation doit être requise dès la conception des projets pour qu'ils puissent y coopérer efficacement.

3.3.4.1 Les projets de recherche

La recherche paramédicale doit être soutenue dans les CHU, sur le plan méthodologique comme sur le plan matériel. Elle est la condition de l'amélioration de la qualité des soins. Elle favorise la remise en question des pratiques professionnelles, développe la professionnalisation et la visibilité des activités. Elle doit faire l'objet d'une communication officielle dans l'institution (centre de documentation mettant à disposition les publications, base de donnée en ligne sur l'intranet et sur Internet...). Ses résultats peuvent donner lieu à des échanges et des débats interprofessionnels qui peuvent être organisés par exemple sous forme de journées médico-soignantes où tous les professionnels pourraient présenter leurs travaux. Ces échanges doivent être développés pour que les professions paramédicales suivent l'état des recherches médicales, mais aussi pour que les médecins découvrent que les auxiliaires médicaux mènent aussi des travaux de recherche. De telles manifestations sont propices au développement de la connaissance et au respect mutuels favorables à la coopération.

3.3.4.2 Améliorer les conditions de travail

Le vieillissement des professionnels dans les établissements hospitaliers, la pénibilité du travail induisent des pathologies physiques et mentales qui imposent de prendre de mesures de prévention susceptibles d'en diminuer l'incidence. La formation du personnel

à la manutention, les adaptations ergonomiques de l'environnement de travail, l'exercice physique et la prévention de l'obésité doivent faire partie d'un plan d'action qui peut être travaillé en lien avec le CHSCT. Les rééducateurs doivent y être impliqués d'emblée.

3.3.4.3 Contribuer à la formation du personnel

Un CHU peut développer un centre ressource constitué d'experts en rééducation dont l'expérience et les compétences sont reconnues dans leurs domaines. La qualité des soins dans de nombreux champs pourrait être ainsi améliorée, notamment pour la prise en charge de nombreuses pathologies qui sont des priorités de santé publique telle que l'hypertension artérielle, l'obésité, le diabète, l'asthme, les troubles de l'équilibre chez les personnes âgées, les pathologies neurologiques, les traumatismes. Un centre ressource des outils de réadaptation tels que les aides à la communication, les aides techniques et environnementales pourrait aussi être développé. Ce dispositif doit mettre les savoir-faire des rééducateurs experts à la disposition de tous les services de l'institution désireux de développer leurs prestations et leurs compétences notamment par la formation du personnel. Ce centre ressource pouvant offrir informations, conseils, aides à l'organisation et formations, doit non seulement fournir être à disposition des clients internes mais doit aussi être tourné vers les établissements et les professionnels de la région, contribuant ainsi au rôle de pôle de référence et de formation du CHU.

3.3.4.4 Développer l'accueil et le suivi des personnes souffrant de perte d'autonomie

Le directeur des soins doit garantir la meilleure adaptation possible des prestations de l'établissement aux besoins des personnes handicapées ou en perte d'autonomie. En collaboration avec les équipes médicales (de médecine physique et de réadaptation, de gériatrie) doivent être développés des projets transversaux dont l'objectif est de permettre une approche globale et spécifique de la personne handicapée ou âgée dans tous les services cliniques du CHU, quelle que soit leur spécialité. Ceci suppose une coopération étroite avec les équipes médicales des différentes spécialités, avec la direction des soins dans son ensemble, avec le service socio-éducatif, et avec les différentes directions fonctionnelles.

3.3.4.5 Structurer des réseaux ville/hôpital en rééducation et réadaptation

La création de réseaux avec le secteur extra-hospitalier doit être développée pour accroître l'efficacité de l'organisation de la continuité des soins après l'hospitalisation. La collaboration entre rééducateurs hospitaliers et libéraux doit être structurée pour assurer

un suivi plus adapté des personnes dont l'indépendance fonctionnelle est altérée (personnes handicapées, personnes âgées en perte d'autonomie, patients atteints de maladies chroniques ou en fin de vie). Il s'agit de favoriser les possibilités du placement de suite pour éviter l'occupation inappropriée des lits de court séjour par des patients en voie de réadaptation et de garantir une réinsertion optimale au domicile pour prévenir une nouvelle hospitalisation. La dimension de prévention et d'éducation à la santé dans le domaine de la rééducation et de la réadaptation doit aussi être développée. Ces réseaux permettant de renforcer aussi le partenariat avec les médecins hospitaliers et libéraux contribuent à leur faire connaître les possibilités offertes par la rééducation.

3.4 Conclusion de la troisième partie

De nombreuses actions peuvent être envisagées pour accroître la visibilité des rééducateurs dans les CHU, la base étant la structuration d'un service des soins de rééducation inclus dans la direction des soins. Le groupe professionnel des rééducateurs en définissant son identité pourra s'engager dans la coopération avec les autres partenaires. Parallèlement, la participation du service des soins de rééducation pour tous les projets institutionnels dès leur origine est la condition sine qua non de l'implication des rééducateurs dans la vie de l'établissement.

CONCLUSION

Dans un environnement social qui impose de répondre à des exigences de plus en plus pressantes des usagers en matière de qualité d'accueil et de soins, il est indispensable d'intégrer la dimension fonctionnelle de la rééducation et de la réadaptation dans la politique de soins. En outre, l'apport des professionnels de la rééducation dans les domaines de la prévention et de l'éducation pour la santé est une valeur ajoutée non négligeable dans un contexte démographique et sanitaire où les pathologies émergentes sont les maladies chroniques et environnementales. Avec la loi de santé publique du 9 août 2004, et la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, la politique de santé actuelle montre désormais la nécessité d'une appréhension globale des personnes et la nécessité d'une réflexion sur leur qualité de vie. L'intégration de ces dimensions qui sous tendent toute rééducation mettent l'approche thérapeutique des rééducateurs en phase avec la politique de santé et doivent inciter les établissements publics de santé, a fortiori les CHU, à utiliser les ressources de ces acteurs.

Pour cela, il est nécessaire de tenir compte de leurs différents besoins identitaires, qui sont, comme pour tous les autres acteurs, le besoin d'existence et de considération (être visible aux yeux d'autrui, être connu, être pris en compte, être respecté), le besoin d'individuation (être distingué des autres, affirmer son identité propre, pouvoir être soi-même et accepté comme tel), le besoin d'intégration (être inclus dans un groupe, y avoir une place reconnue, être considéré comme semblable ou égal aux autres), le besoin de valorisation (être jugé positivement, donner une bonne image de soi, être apprécié) et le besoin de contrôle (pouvoir maîtriser l'expression et l'image que l'on donne de soi)⁶¹.

Un directeur des soins, directeur des activités de rééducation offre l'opportunité de cette reconnaissance. En fédérant et en structurant le groupe, en faisant connaître ses actions, en développant une politique des soins de rééducation en phase avec la politique de l'institution et la politique de santé, il permettra de valoriser les richesses de ces ressources humaines minoritaires méconnues. Le résultat sera non seulement profitable pour la qualité des soins et mais aussi rentable pour l'efficacité économique de l'établissement.

⁶¹ MARC E. « Le face à face et ses enjeux ». *Sciences humaines*. Mars-Avril 1997, Hors série n°16, pp. 30-32.

Bibliographie

Textes de Loi

REPUBLIQUE FRANCAISE – Code de la Santé Publique Partie législative, Quatrième partie Professions de santé, Livre 3 Auxiliaires médicaux

REPUBLIQUE FRANCAISE – Code de la Santé Publique Nouvelle partie réglementaire, Quatrième partie Professions de santé, Livre III Auxiliaires médicaux

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2005. - Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Journal officiel de la République Française, N° 102 du 3 mai 2005, p. 7626

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1995. – Loi n°95-116 du 4 février 1995 portant diverses dispositions d'ordre social. Journal officiel de la République Française, du 5 février 1995, p. 1992-1993

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2000. – Décret n°2000-577 du 27 juin 2000 modifiant la décret 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute. Journal officiel de la République Française, N° 149 du 29 juin 2000, p. 9767

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. – Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. Journal officiel de la République Française, N° 95, p. 7187-7191

Ouvrages ou monographies

ALLAFORT M. *Développer la coopération entre les acteurs du soin à l'hôpital*. CISTE – La lettre. 2003, n°34, 6 p.

CLEMENT J.M. *Les pouvoirs à l'hôpital*. Paris. Berger Levrault, 1993. 181 p.

BOUDON R., BOURRICAUD F. *Dictionnaire critique de la sociologie*, Paris, PUF, 1986. 714 p.

CARRICABURU D., MENORET M., *Sociologie de la santé, institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin, 2004. 235 p.

CROZIER M., *Le phénomène bureaucratique*. Paris. Seuil, 1963, réédition 1971 (Edition points essais).382 p.

DUBAR C., *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*. Paris : Armand Colin, 1991, 3^{ème} édition revue 2000. 255 p.

DUBAR C., TRIPIER P., *Sociologie des professions*. Paris : Armand Colin, 1998, réédition 2003. 256 p.

FRIEDBERG E. *L'analyse sociologique des organisations*. Revue Pour. 1988, n°28, 126 p

GONNET F., LUCAS S. *L'hôpital en question(s). Un diagnostic pour améliorer les relations de travail*. Rueil-Malmaison. Editions Lamarre. 1992, réédition 2003. 272 p.

GROSJEAN M., LACOSTE M. *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*. Paris. Presses universitaires de France, 1999. 225 p.

HART J., MUCCHIELLI A. *Soigner l'hôpital. Diagnostic de crise et traitements de choc*. Rueil-Malmaison. Editions Lamarre. 2002. 167 p.

MINTZBERG H. *Le management. Voyage au centre des organisations*. Paris. Editions d'organisation, 1990. 3^{ème} édition revue et corrigée 2004. 703 p.

MUCCHIELLI A., CORBALAN J.-A., FERRANDEZ V., *Théorie des processus de la communication*. Paris. Armand Colin, 1998. 178 p.

REYNAUD J.D., *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*. Paris. Armand Colin, 1993, réédition 1997. 348 p.

SAINSAULIEU R., *L'identité au travail*. Paris. Presse de la fondation nationale des sciences politiques, 1988, 3^{ème} édition. 477 p.

Ouvrages collectifs

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE, DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS *Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière*. Rennes : ENSP, 2004.

SCHWEYER F. X., PENNEC S., CRESSON G., BOUCHAYER F. *Normes et valeurs dans le champ de la santé*. Rennes : ENSP, 2004. 304 p.

Collectivité d'auteurs

DE KERVASDOUE J./ La Mutualité Française. *La crise des professions de santé*. Paris : Dunod, 2003. 329 p.

RUANO-BORBALAN J. C. / Presses Universitaires de France. *L'identité. L'individu. Le groupe. La société*. Auxerre : Sciences humaines Editions, 1998

Articles de périodiques

ACKER F. « La fonction de l'infirmière. L'imaginaire nécessaire ». *Sciences sociales et santé*. Juin 1991, vol. IX, n°2, pp. 123-143.

ALTER N. « Organisation et innovation. Une rencontre conflictuelle ». *Sciences humaines*. Mars-Avril 1998, Hors série n°20, pp. 56-59.

ALTER N. « Les innovateurs sont-ils déviants ? ». *Sciences humaines*. Mai 1999, n°94, pp. 34-37.

AUGENDRE M. « Un enjeu pour les organisations ». *Sciences humaines*. Mars - Avril 1997, Hors série n°16, pp. 42-45.

BELLIER-MICHEL S. « L'individu et le système ». *Sciences humaines*. Mars - Avril 1998, Hors série n°20, pp. 44-47.

CABIN P. « Henry MINTZBERG : nous vivons dans le culte du management ». *Sciences humaines*. Mars - Avril 1998, Hors série n°20, pp.16-19.

CHAPELLE G. « La reconnaissance au travail. Rencontre avec C. DEJOURS ». *Sciences Humaines*, Oct. 2002, n°131, p.25.

JARDIN E. « Quand les organisations communiquent ». *Sciences humaines*. Mars – Avril - Mai 2002, Hors série n°36, pp. 50-54.

LEYENS J.-P., PALADINO P. M., DEMOULIN S. « Nous et les autres. Peut on vivre sans stéréotypes sur autrui ? » *Sciences humaines*. Mai 1999, n°94, pp. 26-29.

LUCAS S. « Les enjeux des ressources humaines dans le management » *Revue hospitalière de France*. Mai – Juin 2004, n°498, pp 34-37

MARC E. « Le face à face et ses enjeux ». *Sciences humaines*. Mars - Avril 1997, Hors série n°16, pp. 30-32.

OBERLE D. « Vivre ensemble. Le groupe en psychologie sociale ». *Sciences humaines*, Mai 1999, n°94, pp. 20-25

ROUSSEL E., SIGNORINI F., DESCHAMPS C., « Cadre de santé. Un métier en recherche de sens ». *Objectif soins*. Décembre 2004, n°131, pp. 17-20

SAINSAULIEU R. « La construction des identités au travail ». *Sciences humaines*. Mars-Avril 1998, Hors série n°20, pp. 40-43.

SAUSSOIS M. « Coordonner, coopérer, adhérer. Les enjeux du management ». *Sciences humaines*. Mars-Avril 1998, Hors série n°20, pp. 64-67.

SCHWACH V. « Principes et méthodes de l'interdisciplinarité en réadaptation fonctionnelle ». *Gestions hospitalières*. Mars 2005, n°444, pp.207-213.

VIEL E. « L'AFREK. Construction des fiches de procédure ». *La lettre du cadre de santé kinésithérapeute*. Septembre 2003, n°20, pp.7-8

VILBROD A. « Les fondements de l'identité professionnelle ». *Informations sociales*. 2001, n°94, pp. 42-50

Contribution dans un ouvrage

ACKER F. Sortir de l'invisibilité. Le cas du travail infirmier. In *Cognition et information en société* / publ. Sous la dir. de B. CONEIN et L. THEVENOT. Paris : Ed. de l'Ecole des hautes études en sciences sociales, 1997. pp.65-93

PILOTTI A. L'écriture connectée des masseurs-kinésithérapeutes hospitaliers. In *L'année de la recherche et kinésithérapie*. Rennes : Collège national de la kinésithérapie salariée, 2005. pp.11-80

SCHARFF A., DE TORCY M. Un système d'information de rééducation : principales fonctions. In *Système d'information et organisation pour la gestion de l'activité et des personnels de kinésithérapie*. Strasbourg. Hôpitaux universitaires de Strasbourg, 2005.

Thèses et mémoires

BEIX-COL G. *Conception et mise en œuvre d'une démarche projet dans un établissement hospitalo-universitaire*. Mémoire pour le diplôme universitaire d'université de management de projet dans les organisations sanitaires et sociales-3^{ème} cycle. Université Claude Bernard. Lyon, 1997. 241 p.

DREVET G. *La gestion des compétences comme levier stratégique de performance économique et sociale : un enjeu pour le directeur des soins*. Mémoire de Directeur des soins : Ecole Nationale de la Santé Publique Rennes, 2004. 62 p.

MERCIER A. *Les enjeux de l'intégration des personnels de rééducation isolés*. Mémoire de Directeur des soins : Ecole Nationale de la Santé Publique Rennes, 2004. 76 p.

Rapports

ALBERT B., HEULEU J.-N. *La problématique de la profession de masseur-kinésithérapeute*. Rapport de mission au Ministre délégué à la santé et à la famille, 1987. 83 p.

BERLAND Y. *Démographie des professions de santé*. Rapport de mission au Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Novembre 2002. 113 p.

DHOS. *Fonction publique hospitalière. Données démographiques horizon 2015*. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Mai 2003. 24 p.

DREES MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES DU TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITE. *Les masseurs-kinésithérapeutes en France*, Etudes et Résultats, n°242, Juin 2003. 8 p.

DUCASSOU D., JAECK D., LECLERCQ B. *Restaurer l'attractivité des CHU et leur partenariat avec le monde de la santé et l'université*. Rapport de mission relatif aux spécificités des CHU « plan hôpital 2007 », au Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées et au Ministre de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche, Avril 2003. 47 p.

KREMPF M. *Rapport sur l'évolution du métier de diététicien. Programme national nutrition santé*. Rapport de mission au Ministre délégué à la santé, Avril 2003. 40 p.

MATILLON Y. *Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé*. Rapport de mission à l'attention de Monsieur L. FERRY, Ministre de la Jeunesse, de l'Education nationale et de la recherche et de Monsieur J.F. MATTEI, Ministre de la santé, de la Famille et des Personnes handicapées, 2003. 94 p.

SICART D. *Les professions de santé au 1^{er} janvier 2005*. DREES, série statistiques, n°82, Mai 2005. 65p.

TAVERNIER N., MAHE M.C., BARATHAY P., GUERIN T. *La gestion des ressources humaines dans les hôpitaux publics*. Rapport d'étude commandité par la Direction des Hôpitaux, Ministère des affaires sociales de la santé et de la ville, 1994. 34 p.

Cours

LEDOYEN J. R., Des tableaux de bord au rapport d'activité du service des soins. Cours aux directeurs des soins. ENSP 2005

SCHWEYER F. X., Introduction à la sociologie hospitalière. Cours aux directeurs des soins. ENSP 2005

Sites Internet

ADERF/ Référentiel du métier de masseur-kinésithérapeute [Consulté le 30/07/05]. Disponible sur Internet : <http://www.aderf.com/recherche/reference.html>

ADLF / Référentiel de compétences pour la profession de diététicien. Mise à jour le 25/06/2004. [Consulté le 30/07/2005]. Disponible sur Internet :<http://www.adlf.org>

ANAES / Direction de l'accréditation. Manuel d'accréditation des établissements de santé. Actualisation juin 2003. [Consulté le 10/05/2005]. Disponible sur Internet <http://www.anaes.fr>

ANKS / BRIEN J.-C. MA²PMTR : Evaluation des activités des personnels médico-techniques et rééducateurs. [Consulté le 20/06/2005]. Disponible sur Internet <http://www.anks.org>

FNO /Réseau orthophonie France / Qu'est ce que l'orthophonie. [Consulté le 12/05/2005]. Disponible sur Internet :<http://www.orthophonistes.fr>

LEGIFRANCE / Code de la santé publique. Disponible sur Internet <http://www.legifrance.gouv.fr>

Liste des annexes

Annexe I - Textes réglementaires définissant les actes professionnels des professions de rééducation

Annexe II – Méthodologie de l'enquête et de l'analyse des données

Annexe III - Présentation des CHU enquêtés

Annexe IV - Liste des travaux en lien avec les missions d'enseignement, de recherche et de formation menés par les rééducateurs, recensés au cours des entretiens

Annexe I - Textes réglementaires définissant les actes professionnels des professions de rééducation

Masseur-kinésithérapeute

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

(Nouvelle partie Réglementaire)

Section 1 : Actes professionnels

Article R4321-1

La masso-kinésithérapie consiste en des actes réalisés de façon manuelle ou instrumentale, notamment à des fins de rééducation, qui ont pour but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer. Ils sont adaptés à l'évolution des sciences et des techniques.

Article R4321-2

Dans l'exercice de son activité, le masseur-kinésithérapeute tient compte des caractéristiques psychologiques, sociales, économiques et culturelles de la personnalité de chaque patient, à tous les âges de la vie. Le masseur-kinésithérapeute communique au médecin toute information en sa possession susceptible de lui être utile pour l'établissement du diagnostic médical ou l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution.

Dans le cadre de la prescription médicale, il établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés.

Ce bilan est adressé au médecin prescripteur et, à l'issue de la dernière séance, complété par une fiche retraçant l'évolution du traitement kinésithérapique, également adressée au médecin prescripteur.

Article R4321-3

On entend par massage toute manoeuvre externe, réalisée sur les tissus, dans un but thérapeutique ou non, de façon manuelle ou par l'intermédiaire d'appareils autres que les appareils d'électrothérapie, avec ou sans l'aide de produits, qui comporte une mobilisation ou une stimulation méthodique, mécanique ou réflexe de ces tissus.

Article R4321-4

On entend par gymnastique médicale la réalisation et la surveillance des actes à visée de rééducation neuromusculaire, correctrice ou compensatrice, effectués dans un but thérapeutique ou préventif afin d'éviter la survenue ou l'aggravation d'une affection. Le masseur-kinésithérapeute utilise à cette fin des postures et des actes de mobilisation articulaire passive, active, active aidée ou contre résistance, à l'exception des techniques ergothérapiques.

Article R4321-5

Sur prescription médicale, le masseur-kinésithérapeute est habilité à participer aux traitements de rééducation suivants :

1° Rééducation concernant un système ou un appareil :

- a) Rééducation orthopédique ;
- b) Rééducation neurologique ;
- c) Rééducation des affections traumatiques ou non de l'appareil locomoteur ;
- d) Rééducation respiratoire ;
- e) Rééducation cardio-vasculaire, sous réserve des dispositions de l'article R. 4321-8 ;
- f) Rééducation des troubles trophiques vasculaires et lymphatiques ;
- 2° Rééducation concernant des séquelles :
 - a) Rééducation de l'amputé, appareillé ou non ;
 - b) Rééducation abdominale, y compris du post-partum à compter de l'examen postnatal ;
 - c) Rééducation périnéo-sphinctérienne dans les domaines urologique, gynécologique et proctologique, y compris du post-partum à compter du quatre-vingt-dixième jour après l'accouchement ;
 - d) Rééducation des brûlés ;
 - e) Rééducation cutanée ;
- 3° Rééducation d'une fonction particulière :
 - a) Rééducation de la motilité faciale et de la mastication ;
 - b) Rééducation de la déglutition ;
 - c) Rééducation des troubles de l'équilibre.

Article R4321-6

Le masseur-kinésithérapeute est habilité à procéder à toutes évaluations utiles à la réalisation des traitements mentionnés à l'article R. 4321-5, ainsi qu'à assurer l'adaptation et la surveillance de l'appareillage et des moyens d'assistance.

Article R4321-7

Pour la mise en oeuvre des traitements mentionnés à l'article R. 4321-5, le masseur-kinésithérapeute est habilité à utiliser les techniques et à réaliser les actes suivants :

- 1° Massages, notamment le drainage lymphatique manuel ;
- 2° Postures et actes de mobilisation articulaire mentionnés à l'article R. 4321-4 ;
- 3° Mobilisation manuelle de toutes articulations, à l'exclusion des manoeuvres de force, notamment des manipulations vertébrales et des réductions de déplacement osseux ;
- 4° Etirements musculo-tendineux ;
- 5° Mécanothérapie ;
- 6° Réalisation et application de contentions souples, adhésives ou non, d'appareils temporaires de rééducation et d'appareils de postures ;
- 7° Relaxation neuromusculaire ;
- 8° Electro-physiothérapie :
 - a) Applications de courants électriques : courant continu ou galvanique, galvanisation, diélectrolyse médicamenteuse, le choix du produit médicamenteux étant de la compétence exclusive du médecin prescripteur, et courant d'électro-stimulation antalgique et excito-moteur ;
 - b) Utilisation des ondes mécaniques, infrasons, vibrations sonores, ultrasons ;
 - c) Utilisation des ondes électromagnétiques, ondes courtes, ondes centrimétriques, infrarouges, ultraviolets ;
- 9° Autres techniques de physiothérapie :
 - a) Thermothérapie et cryothérapie, à l'exclusion de tout procédé pouvant aboutir à une lésion des téguments ;

- b) Kinébalnéothérapie et hydrothérapie ;
- c) Pressothérapie.

Article R4321-8

Sur prescription médicale, et à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment, le masseur-kinésithérapeute est habilité :

- 1° A pratiquer des élongations vertébrales par tractions mécaniques, par mise en oeuvre manuelle ou électrique ;
- 2° A participer à la rééducation cardio-vasculaire de sujets atteints d'infarctus du myocarde récent et à procéder à l'enregistrement d'électrocardiogrammes au cours des séances de rééducation cardiovasculaire, l'interprétation en étant réservée au médecin ;
- 3° A participer à la rééducation respiratoire.

Article R4321-9

Dans le cadre des traitements prescrits par le médecin et au cours de la rééducation entreprise, le masseur-kinésithérapeute est habilité :

- 1° A prendre la pression artérielle et les pulsations ;
- 2° Au cours d'une rééducation respiratoire :
 - a) A pratiquer les aspirations rhinopharyngées et les aspirations trachéales chez un malade trachéotomisé ou intubé ;
 - b) A administrer en aérosols, préalablement à l'application de techniques de désencombrement ou en accompagnement de celle-ci, des produits non médicamenteux ou des produits médicamenteux prescrits par le médecin ;
 - c) A mettre en place une ventilation par masque ;
 - d) A mesurer le débit respiratoire maximum ;
- 3° A prévenir les escarres ;
- 4° A assurer la prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ;
- 5° A contribuer à la lutte contre la douleur et à participer aux soins palliatifs.

Article R4321-10

En cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, le masseur-kinésithérapeute est habilité à accomplir les gestes de secours nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Un compte rendu des actes accomplis dans ces conditions est remis au médecin dès son intervention.

Article R4321-11

En milieu sportif, le masseur-kinésithérapeute est habilité à participer à l'établissement des bilans d'aptitude aux activités physiques et sportives et au suivi de l'entraînement et des compétitions.

Article R4321-12

Le masseur-kinésithérapeute est habilité à participer à la réalisation de bilans ergonomiques et à participer à la recherche ergonomique.

Article R4321-13

Selon les secteurs d'activité où il exerce et les besoins rencontrés, le masseur-kinésithérapeute participe à différentes actions d'éducation, de prévention, de dépistage, de formation et d'encadrement. Ces actions concernent en particulier :

- 1° La formation initiale et continue des masseurs-kinésithérapeutes ;
- 2° La contribution à la formation d'autres professionnels ;
- 3° La collaboration, en particulier avec les autres membres des professions sanitaires et sociales, permettant de réaliser des interventions coordonnées, notamment en matière de prévention ;
- 4° Le développement de la recherche en rapport avec la masso-kinésithérapie ;
- 5° La pratique de la gymnastique hygiénique, d'entretien ou préventive.

Pédicure-podologue

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

(Nouvelle partie Réglementaire)

Section 1 : Actes professionnels

Article R4322-1

Les pédicures-podologues accomplissent, sans prescription médicale préalable et dans les conditions fixées par l'article L. 4322-1, les actes professionnels suivants :

- 1° Diagnostic et traitement des :
 - a) Hyperkératoses mécaniques ou non, d'étiologie ou de localisations diverses ;
 - b) Verrues plantaires ;
 - c) Ongles incarnés, onychopathies mécaniques ou non, et des autres affections épidermiques ou unguéales du pied, à l'exclusion des interventions impliquant l'effusion de sang ;
- 2° Exfoliation et abrasion des téguments et phanères par rabotage, fraisage et meulage ;
- 3° Soins des conséquences des troubles sudoraux ;
- 4° Soins d'hygiène du pied permettant d'en maintenir l'intégrité : surveillance et soins des personnes, valides ou non, pouvant présenter des complications spécifiques entrant dans le champ de compétence des pédicures-podologues ;
- 5° Prescription et application des topiques à usage externe figurant sur une liste fixée par un arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Académie nationale de médecine ;
- 6° Prescription, confection et application des prothèses et orthèses, onychoplasties, orthonyxies, orthoplasties externes, semelles orthopédiques et autres appareillages podologiques visant à prévenir ou à traiter les affections épidermiques et unguéales du pied.

Ergothérapeute

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

(Nouvelle partie Réglementaire)

Section 1 : Actes professionnels

Article R4331-1

Les personnes remplissant les conditions définies aux articles L. 4331-2 et L. 4331-4 peuvent contribuer, lorsque ces traitements sont assurés par un établissement ou service à caractère sanitaire ou médico-social régi par le livre Ier de la partie VI du présent code ou par le livre III du code de l'action sociale et des familles aux traitements des déficiences, des dysfonctionnements, des incapacités ou des handicaps de nature somatique, psychique ou intellectuelle, en vue de solliciter, en situation d'activité et de travail, les fonctions déficitaires et les capacités résiduelles d'adaptation fonctionnelle et relationnelle des personnes traitées, pour

leur permettre de maintenir, de récupérer ou d'acquérir une autonomie individuelle, sociale ou professionnelle.

Les actes professionnels qu'au cours de ces traitements ces personnes sont habilitées à accomplir, le cas échéant, au domicile des patients, sur prescription médicale, sont :

1° Des bilans ostéo-articulaires, neurologiques, musculaires, trophiques, fonctionnels, d'autonomie ou d'évaluation des difficultés relationnelles ;

2° La mise en condition articulaire et musculaire ou la facilitation d'une fonction permettant d'accomplir les actes définis au 3°, à l'exclusion des actes mentionnés à l'article L. 4321-1 ;

3° Par l'organisation d'activités d'artisanat, de jeu, d'expression, de la vie quotidienne, de loisirs ou de travail :

- a) La transformation d'un mouvement en geste fonctionnel ;
- b) La rééducation de la sensori-motricité ;
- c) La rééducation des repères temporo-spatiaux ;
- d) L'adaptation ou la réadaptation aux gestes professionnels ou de la vie courante ;
- e) Le développement des facultés d'adaptation ou de compensation ;
- f) Le maintien des capacités fonctionnelles et relationnelles et la prévention des aggravations ;
- g) La revalorisation et la restauration des capacités de relation et de création ;
- h) Le maintien ou la reprise de l'identité personnelle et du rôle social ;
- i) L'expression des conflits internes ;

4° L'application d'appareillages et de matériels d'aide technique appropriés à l'ergothérapie.

Ces actes professionnels peuvent, le cas échéant, être assortis d'actions sur l'environnement.

Psychomotricien

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

(Nouvelle partie Réglementaire)

Section 1 : Actes professionnels

Article R4332-1

Les personnes remplissant les conditions définies aux articles L. 4332-2, L. 4332-4 et L. 4332-5 sont habilitées à accomplir, sur prescription médicale et après examen neuropsychologique du patient par le médecin, les actes professionnels suivants :

1° Bilan psychomoteur ;

2° Education précoce et stimulation psychomotrices ;

3° Rééducation des troubles du développement psychomoteur ou des désordres psychomoteurs suivants au moyen de techniques de relaxation dynamique, d'éducation gestuelle, d'expression corporelle ou plastique et par des activités rythmiques, de jeu, d'équilibration et de coordination :

- a) Retards du développement psychomoteur ;
- b) Troubles de la maturation et de la régulation tonique ;
- c) Troubles du schéma corporel ;
- d) Troubles de la latéralité ;
- e) Troubles de l'organisation spatio-temporelle ;
- f) Dysharmonies psychomotrices ;
- g) Troubles tonico-émotionnels ;
- h) Maladresses motrices et gestuelles, dyspraxies ;
- i) Débilité motrice ;
- j) Inhibition psychomotrice ;

- k) Instabilité psychomotrice ;
- l) Troubles de la graphomotricité, à l'exclusion de la rééducation du langage écrit ;
- 4° Contribution, par des techniques d'approche corporelle, au traitement des déficiences intellectuelles, des troubles caractériels ou de la personnalité, des troubles des régulations émotionnelles et relationnelles et des troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique.

Orthophoniste

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

(Nouvelle partie Réglementaire)

Section 1 : Actes professionnels

Article R4341-1

L'orthophonie consiste :

1° A prévenir, à évaluer et à prendre en charge, aussi précocement que possible, par des actes de rééducation constituant un traitement, les troubles de la voix, de l'articulation, de la parole, ainsi que les troubles associés à la compréhension du langage oral et écrit et à son expression ;

2° A dispenser l'apprentissage d'autres formes de communication non verbale permettant de compléter ou de suppléer ces fonctions.

Article R4341-2

Dans le cadre de la prescription médicale, l'orthophoniste établit un bilan qui comprend le diagnostic orthophonique, les objectifs et le plan de soins. Le compte rendu de ce bilan est communiqué au médecin prescripteur accompagné de toute information en possession de l'orthophoniste et de tout avis susceptible d'être utile au médecin pour l'établissement du diagnostic médical, pour l'éclairer sur l'aspect technique de la rééducation envisagée et lui permettre l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution.

Article R4341-3

L'orthophoniste est habilité à accomplir les actes suivants :

1° Dans le domaine des anomalies de l'expression orale ou écrite :

a) La rééducation des fonctions du langage chez le jeune enfant présentant un handicap moteur, sensoriel ou mental ;

b) La rééducation des troubles de l'articulation, de la parole ou du langage oral, dysphasies, bégaiements, quelle qu'en soit l'origine ;

c) La rééducation des troubles de la phonation liés à une division palatine ou à une incompetence vélo-pharyngée ;

d) La rééducation des troubles du langage écrit, dyslexie, dysorthographe, dysgraphie, et des dyscalculies ;

e) L'apprentissage des systèmes alternatifs ou augmentatifs de la communication ;

2° Dans le domaine des pathologies oto-rhino-laryngologiques :

a) La rééducation des troubles vélo-tubo-tympaniques ;

b) La rééducation des fonctions oro-faciales entraînant des troubles de l'articulation et de la parole ;

c) La rééducation et la conservation de la voix, de la parole et du langage, la démutisation et

l'apprentissage de la lecture labiale, y compris dans le cas d'implants cochléaires ou d'autres dispositifs de réhabilitation ou de suppléance de la surdité ;

d) La rééducation des troubles de la déglutition, dysphagie, apraxie et dyspraxie bucco-lingo-faciale ;

e) La rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle pouvant justifier l'apprentissage des voix oro-oesophagienne ou trachéo-pharyngienne et de l'utilisation de toute prothèse phonatoire.

3° Dans le domaine des pathologies neurologiques :

a) La rééducation des dysarthries et des dysphagies ;

b) La rééducation des fonctions du langage oral ou écrit liées à des lésions cérébrales localisées, aphasie, alexie, agnosie, agraphie, acalculie ;

c) Le maintien et l'adaptation des fonctions de communication dans les lésions dégénératives du vieillissement cérébral.

Article R4341-4

La rééducation orthophonique est accompagnée de conseils appropriés à l'entourage proche du patient.

L'orthophoniste peut proposer des actions de prévention, d'éducation sanitaire ou de dépistage, les organiser ou y participer. Il peut participer à des actions concernant la formation initiale et continue des orthophonistes et éventuellement d'autres professionnels, la lutte contre l'illettrisme ou la recherche dans le domaine de l'orthophonie.

Orthoptiste

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

(Nouvelle partie Réglementaire)

Section 1 : Actes professionnels

Article R4342-1

L'orthoptie consiste en des actes de rééducation et de réadaptation de la vision utilisant éventuellement des appareils et destinés à traiter les anomalies fonctionnelles de la vision.

Article R4342-2

Sur prescription médicale, l'orthoptiste établit un bilan qui comprend le diagnostic orthoptique, l'objectif et le plan de soins. Ce bilan, accompagné du choix des actes et des techniques appropriées, est communiqué au médecin prescripteur.

L'orthoptiste informe le médecin prescripteur de l'éventuelle adaptation du traitement en fonction de l'évolution et de l'état de santé de la personne et lui adresse, à l'issue de la dernière séance, une fiche retraçant l'évolution du traitement orthoptique.

Article R4342-3

Les orthoptistes sont seuls habilités, sur prescription médicale et dans le cadre du traitement des déséquilibres oculomoteurs et des déficits neurosensoriels y afférents, à effectuer les actes professionnels suivants :

- 1° Détermination subjective et objective de l'acuité visuelle, les médicaments nécessaires à la réalisation de l'acte étant prescrits par le médecin ;
 - 2° Détermination subjective de la fixation ;
 - 3° Bilan des déséquilibres oculomoteurs ;
 - 4° Rééducation des personnes atteintes de strabisme, d'hétérophories, d'insuffisance de convergence ou de déséquilibres binoculaires ;
 - 5° Rééducation des personnes atteintes d'amblyopie fonctionnelle.
- Ils sont en outre habilités à effectuer les actes de rééducation de la vision fonctionnelle chez les personnes atteintes de déficience visuelle d'origine organique ou fonctionnelle.

Article R4342-4

Les orthoptistes sont habilités à participer aux actions de dépistage organisées sous la responsabilité d'un médecin.

Article R4342-5

Les orthoptistes sont habilités, sur prescription médicale, à effectuer les actes professionnels suivants :

- 1° Périmétrie ;
- 2° Campimétrie ;
- 3° Etablissement de la courbe d'adaptation à l'obscurité ;
- 4° Exploration du sens chromatique.

L'interprétation des résultats reste de la compétence du médecin prescripteur.

Article R4342-6

Les orthoptistes sont habilités à participer, sous la responsabilité d'un médecin en mesure d'en contrôler l'exécution et d'intervenir immédiatement, aux enregistrements effectués à l'occasion des explorations fonctionnelles suivantes :

- 1° Rétinographie ;
- 2° Electrophysiologie oculaire.

Diététicien

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

(Nouvelle partie Réglementaire)

Section unique

Article D4371-1

Les diplômes, certificats ou titres permettant à leurs titulaires de faire usage professionnel du titre de diététicien sont :

- 1° Le brevet de technicien supérieur de diététique régi par les dispositions du décret n° 95-665 du 9 mai 1995 portant règlement général du brevet de technicien supérieur ;
- 2° Le diplôme universitaire de technologie, spécialité biologie appliquée, option diététique ;
- 3° Le brevet de technicien de diététique institué par l'arrêté du 30 décembre 1952, première partie, et l'arrêté du 14 septembre 1953, deuxième partie, conformément au décret n° 52-178 du 19 février 1952 portant création et fixation des dispositions générales des examens publics prévus par la loi du 4 août 1942 modifiée relative à la délivrance des diplômes professionnels et reclassé comme brevet de technicien supérieur par l'arrêté du 2 août 1962.

Annexe II – Méthodologie de l'enquête et de l'analyse des données

Méthodologie de l'enquête

J'ai recherché dans le projet d'établissement les éléments présentant les activités de rééducation dans le projet médical et dans le projet de soins. J'ai observé si les activités de rééducation ou les actions menées par les rééducateurs apparaissaient dans les documents d'information des CHU tels que la plaquette de présentation destinée aux patients, celle destinée aux nouveaux personnels et celle des « chiffres clés » de l'établissement. Enfin, j'ai recherché aussi la présentation des activités de rééducation sur les sites Internet des CHU dans lesquels j'ai enquêté.

J'ai cherché à connaître l'avis des directeurs généraux (DG), des directeurs des ressources humaines (DRH), des coordonnateurs généraux des soins (CGS) sur la place des activités de rééducation et au regard des objectifs prioritaires du CHU.

Pour apprécier le point de vue des professionnels de la rééducation, j'ai rencontré des cadres de rééducation de métiers d'origine différents et des professionnels. Lors des entretiens, j'ai cherché à comprendre leur façon d'appréhender la place de la rééducation dans leur CHU, le sentiment de reconnaissance qu'ils perçoivent, la manière dont ils communiquent leurs actions au sein de l'établissement et en dehors de l'établissement. J'ai aussi cherché à savoir s'ils s'identifient plutôt au groupe des rééducateurs ou à leur métier d'origine et s'ils mènent des travaux communs avec différents professionnels de rééducation sur l'établissement. Enfin, j'ai souhaité recueillir leur opinion concernant l'intégration de la filière rééducation dans la direction des soins.

J'ai enfin rencontré des médecins chefs de service de médecine physique (Pr MPR) et de réadaptation et des médecins chefs de service, présidents de CME (Pdt CME) afin de mieux comprendre la place de la rééducation dans les CHU et les interactions des rééducateurs avec le corps médical.

Au total, j'ai mené 28 entretiens d'une durée de 30 minutes à deux heures trente en fonction de la disponibilité des personnes. Certains entretiens ont eu lieu en groupe de deux ou trois professionnels (du même grade et du même métier). J'ai rencontré 30 professionnels dont trois DRH, trois CGS, un directeur des soins directeur des activités médico-techniques et de rééducation (DS MTR), quatre cadres supérieurs de santé masseurs-kinésithérapeutes (CSS MK), sept cadres de santé masseurs-kinésithérapeutes (CS MK), un cadre supérieur de santé diététicien (CSS diététicien), un cadre de santé diététicien (CS diététicien), un cadre de santé ergothérapeute (CS ergothérapeute), un cadre de santé orthophoniste (CS orthophoniste), un cadre supérieur de santé infirmier (CS IDE), deux diététiciens, trois Pr MPR et deux Pdt CME.

J'ai aussi eu un entretien de dix minutes avec un DG et j'ai pu échanger brièvement quelques phrases avec un autre.

Les entretiens étaient précédés d'une courte présentation :

« Mon projet de mémoire porte sur la place des activités de rééducation dans les CHU. Je souhaiterais connaître votre point de vue sur ces activités dans votre établissement...

Par activités de rééducation, j'entends non seulement les prestations d'actes mais aussi les activités d'éducation pour la santé, de prévention, de recherche, d'enseignement, de formation et le développement d'expertises. »

Les guides d'entretiens

* Guide pour les entretiens avec les directeurs généraux, les directeurs des ressources humaines, les coordonnateurs généraux des soins, les directeurs des soins et les cadres de santé infirmiers

Comment les activités de rééducation sont-elles organisées dans votre établissement ?

(Quels sont les métiers représentés ?

De qui dépendent hiérarchiquement les rééducateurs ?

Comment les activités sont-elles coordonnées en transversal ?)

Comment s'exerce l'autorité médicale ?

Quels sont les projets institutionnels qui intègrent la discipline de médecine physique et de réadaptation ou la rééducation. Existe-t-il des contrats d'objectifs et de moyens où elles sont intégrées ?

(Les rééducateurs sont-ils associés à des projets transversaux : prise en charge du handicap, de la douleur, équipe mobile de gériatrie, équipe mobile de soins palliatifs ?

Les rééducateurs interviennent-ils dans des projets d'amélioration des conditions de travail (prévention des rachialgies, formation à la manutention des malades, conception des nouveaux locaux...) ?

Les rééducateurs interviennent-ils dans la formation continue du personnel ?)

Quelles sont les activités de rééducation ou les actions menées par les rééducateurs dont vous avez connaissance ?

(Les rééducateurs reçoivent-ils des stagiaires en formation initiale ou en formation continue ?

Les rééducateurs participent-ils à des projets de recherche médicale ?

Les rééducateurs développent-ils leurs propres projets de recherche ?

Les rééducateurs ont-ils développé des domaines d'expertise ou d'excellence ?

Si vous n'êtes pas informé, comment expliquez-vous cette situation ?)

Quelle plus value les activités de rééducation apportent-elles selon vous à votre établissement ?

Comment les rééducateurs coordonnent-ils leurs actions avec les autres professionnels (soignants, médicaux) ?

(S'ils ne les coordonnent pas, pour quelles raisons y a-t-il des difficultés ?)

De quelle manière pensez-vous que l'on puisse améliorer la participation des rééducateurs à la vie de l'institution ?

Que pourrait apporter selon vous un directeur des soins, directeur des activités de rééducation dans votre établissement ?

*** Guide pour les entretiens avec les médecins présidents de la CME et chefs de service de médecine physique et de réadaptation**

Comment les activités de rééducation sont-elles organisées dans votre établissement ?

Comment s'exerce l'autorité médicale ?

Quels sont les projets institutionnels qui intègrent la discipline de médecine physique et de réadaptation ou la rééducation. Existe-t-il des contrats d'objectifs et de moyens où elles sont intégrées ?

Quelles sont les actions menées par les rééducateurs dont vous avez connaissance ?

(Les rééducateurs reçoivent-ils des stagiaires en formation initiale ou en formation continue ?

Les rééducateurs participent-ils à des projets de recherche médicale ?

Les rééducateurs développent-ils leurs propres projets de recherche ?

Les rééducateurs ont-ils développé des domaines d'expertise ou d'excellence ?

Si vous n'êtes pas informé, comment expliquez-vous cette situation ?)

Quelle plus value les activités de rééducation apportent-elles selon vous ?

Comment les rééducateurs coordonnent-ils leurs actions avec les autres professionnels (soignants, médicaux) ?

(S'ils ne les coordonnent pas, pour quelles raisons y a-t-il des difficultés ?)

De quelle manière pensez-vous que l'on puisse améliorer la participation des rééducateurs à la vie de l'institution ?

Que pourrait apporter selon vous un directeur des soins directeur des activités de rééducation dans votre établissement ?

* **Guide pour les entretiens avec les cadres de santé rééducateurs (masseur kinésithérapeute, diététicien, orthophoniste, ergothérapeute...) et les rééducateurs (masseur kinésithérapeute, diététicien, orthophoniste, ergothérapeute...)**

Comment les activités de rééducation sont-elles organisées dans votre établissement ?

(Quels sont les métiers représentés ?

De qui dépendent hiérarchiquement les rééducateurs ?

Comment s'exerce l'autorité médicale ?

Comment les activités sont-elles coordonnées en transversal ?)

Comment voyez-vous votre place dans l'établissement ?

(Quelles sont vos relations avec les autres professionnels, IDE, médecins, autres rééducateurs ?

Comment collaborez-vous ?

Avez-vous le sentiment d'être reconnu dans votre travail ?)

En tant que rééducateurs, vous et vos équipes êtes-vous associés à des projets transversaux ?

(Prise en charge du handicap, de la douleur, équipe mobile de gériatrie, équipe mobile de soins palliatifs ?

Intervenez-vous dans des projets d'amélioration des conditions de travail (prévention des rachialgies, formation à la manutention des malades, conception des nouveaux locaux...) ?

Intervenez-vous dans la formation continue du personnel ?)

Quelles sont les actions d'enseignement, de formation, de recherche que vous menez, vous et vos équipes ?

(Recevez-vous des stagiaires en formation initiale ou en formation continue ?

Participez-vous à des projets de recherche médicale ?

Développez-vous vos propres projets de recherche ?

Faites-vous des publications ?)

Intervenez-vous dans des congrès ?)

Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez dans votre travail ?

(Comment les expliquez-vous ? ...Difficultés de communication ?, Manque de moyens humains ou matériels ?...)

De quelle manière communiquez-vous à l'intérieur de l'établissement et à l'extérieur ?

(De quelle manière informez-vous la Direction des actions que vous menez ? Quelles en sont les conséquences ?

Comment communiquez-vous avec les soignants ? Avec les médecins ? Entre vous ?

Avec vos confrères libéraux ?)

De quelle manière pensez-vous que l'on puisse améliorer la participation des rééducateurs à la vie de l'institution ?

Que pourrait apporter selon vous un directeur des soins directeur des activités de rééducation dans votre établissement ?

Analyse des données

Les entretiens ont tous été transcrits en notes manuscrites puis dactylographiés. A partir de l'analyse du contenu, j'ai classé les propositions en unités de sens selon quatre grands thèmes :

- Place de la rééducation dans les CHU
 - Représentation institutionnelle
 - Organisation du travail
 - Sentiment de reconnaissance
- Facteurs de communication
 - Relations avec les médecins
 - Relations avec les soignants (infirmiers et aides soignants)
 - Relations avec la direction des soins et le coordonnateur général des soins
 - Communication et actions menées au sein de l'institution et en dehors
 - Les écrits professionnels
- Identité professionnelle des rééducateurs
- Perspectives d'actions pour un directeur des soins

C'est à partir de cette classification que, dans un deuxième temps, j'ai structuré l'analyse des données qui constitue la deuxième partie du mémoire.

Annexe III - Présentation des CHU enquêtés ⁶²

Le premier CHU comportait 2067 lits et places dont 533 lits en unités de soins de longue durée (USLD), 1206 lits et places en court séjour (MCO) et 273 lits et places en soins de suite et de réadaptation (SSR). Ce CHU assure à la fois un rôle de pôle de secteur pour son département répondant à des besoins de prise en charge de proximité, et un rôle de pôle régional (83,2% de son activité est réalisée en faveur des malades de la région), siège d'activités hautement spécialisées qui, pour certaines, ont une forte attractivité hors de la région notamment en neurochirurgie, en ophtalmologie et en rhumatologie. L'activité médicale représente 85368 entrées dont 20443 journées d'hospitalisation de moins de 24 heures. Alors que l'hospitalisation complète diminue, l'hospitalisation à temps partiel se développe régulièrement chaque année. La durée moyenne de séjour en médecine a diminué de 10 % entre 2001 et 2003. Les effectifs en personnel non médical sont de 5030 Equivalent Temps Plein (ETP) dont 2904 ETP pour le personnel soignant et éducatif. Les effectifs en personnel médical sont de 376 ETP.

Dans ce CHU, les personnels infirmiers représentaient 1391,80 ETP, les soignants (IDE + AS) représentaient 2640,43 ETP, tandis que les personnels de rééducation représentaient 78,57 ETP (55,40 ETP de MK, 5,06 ETP d'ergothérapeute, 1,32 ETP d'orthophoniste, 14 ETP de diététicien, 1,80 ETP d'orthoptiste, 0,50 ETP de psychomotricien et 0,49 ETP de pédicure-podologue). Les masseurs-kinésithérapeutes représentent 70,50% des effectifs de rééducateurs. Les diététiciens représentent 17,8% des effectifs de rééducateurs.

Le ratio de rééducateurs par rapport aux IDE est de 5,64 % et le ratio de rééducateurs par rapport aux soignants (IDE + AS) est de 2,97%.

Le deuxième CHU comportait 1 564 lits et places, dont 1007 lits et places en court séjour (MCO), 175 lits et places en soins de suite et de réadaptation (SSR) et 248 lits en unités de soins de longue durée (USLD). Il réalise 69 808 entrées par an en hospitalisation complète et 191 786 consultations externes. La durée moyenne de séjour est de 7,33 jours sur l'ensemble des services de l'établissement et de 4,83 jours en court séjour. Ce CHU assure une mission de proximité pour les habitants de la communauté d'agglomérations où il est situé et il est pôle régional de référence dans les disciplines de neurochirurgie, de chirurgie cardio-thoracique, de pédiatrie, d'hématologie et de cancérologie. Les effectifs en personnel non médical sont de 3980 Equivalent Temps Plein (ETP) dont 2606 ETP pour le personnel soignant et éducatif, 457 ETP pour le personnel administratif et 544 ETP pour le personnel technique et général. Les effectifs en personnel médical sont de 280 ETP.

⁶² Les données chiffrées sont issues des statistiques annuelles des établissements 2004 et des plaquettes « chiffres clés 2004 »

Dans ce CHU, les personnels infirmiers représentaient 1124 ETP, les personnels soignants (IDE+AS), 2060 ETP, et les personnels de rééducation 60 ETP (42 MK, 5 ergothérapeutes, 6 orthophonistes, 7 diététiciens).

Les masseurs-kinésithérapeutes représentent 70,50% des effectifs de rééducateurs. Les diététiciens représentent 11,6% des effectifs de rééducateurs.

Le ratio de rééducateurs par rapport aux IDE est de 5,33% et le ratio de rééducateurs par rapport aux soignants (IDE + AS) est de 2,91%.

Le troisième CHU comportait 2776 lits et places, qui représentent 562151 journées d'hospitalisation en court séjour (MCO), 25390 journées d'hospitalisation en moyen séjour, 75370 journées d'hospitalisation en long séjour et 27693 journées d'hospitalisation en psychiatrie. Il réalise 69 808 entrées par an en hospitalisation complète et 191 786 consultations externes. La durée moyenne de séjour est de 7,91 jours sur l'ensemble des services de l'établissement. Ce CHU assure une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche avec une activité très technique et de recours dans les domaines des transplantations et des greffes, de la prise en charge du VIH, des traumatismes multiples, de la cardiologie, de l'hématologie, des maladies infectieuses et de la pneumologie. Les effectifs en personnel non médical sont de 8028 agents dont 5502 pour le personnel soignant et éducatif, 933 pour le personnel administratif et 1203 pour le personnel technique et général. Les effectifs en personnel médical sont de 2276 personnes (677 étudiants hospitaliers compris).

Dans ce CHU, les personnels infirmiers représentaient 2525,99 ETP, les personnels soignants (IDE+AS) 3802,45 ETP, et les personnels de rééducation 139,07 ETP (70,88 MK, 10,10 ergothérapeutes, 8,40 orthophonistes, 41,89 diététiciens, 4 orthoptistes, 3,80 psychomotriciens).

Les masseurs-kinésithérapeutes représentent 51% des effectifs de rééducateurs. Les diététiciens représentent 30% des effectifs de rééducateurs.

Le ratio de rééducateurs par rapport aux IDE est 5,5% et le ratio de rééducateurs par rapport aux soignants (IDE + AS) est de 3,65%.

Annexe IV - Liste des travaux en lien avec les missions d'enseignement, de recherche et de formation menés par les rééducateurs, recensés au cours des entretiens

Enseignement

La valorisation de notre activité passe par les enseignements que nous faisons à l'extérieur : des interventions à l'IFMK et pour des DU. (CS MK)

Je fais des enseignements à l'IFMK. (CS ergothérapeute)

Nous organisons un diplôme interuniversitaire d'appareillage (DIU) avec deux autres CHU. (CS ergothérapeute)

Les kinésithérapeutes de réanimation font partie d'une formation universitaire de réanimation. (CS MK)

Participation des rééducateurs à la formation initiale et continue des soignants

Au niveau de la formation permanente pour le personnel, on organise une journée sur l'équilibre alimentaire pour développer la culture personnelle du personnel soignant. (CS diététicien)

On organise des formations sur l'alimentation de la personne âgée, les troubles du comportement alimentaire chez personnes âgées, des formations pour le personnel du service restauration (sensibilisation à la diététique) (CS diététicien)

Une des valeurs ajoutées dans le service est que les kinésithérapeutes et les cadres participent aux formations du personnel (CS MK)

Les kinésithérapeutes de réanimation et les cadres font de la formation. (CSS MK)

Trois formateurs kinésithérapeutes interviennent dans la formation des soignants à la manutention, à l'ergonomie, et à l'utilisation des aides techniques (CS MK)

Un kinésithérapeute forme les soignants au toucher massage dans le cadre d'une formation institutionnelle à 20 % ETP (CS MK).

Les diététiciennes participent à l'enseignement au niveau des écoles d'AS, ...On n'intervient pas à l'IFSI, mais des enseignantes de l'IFSI téléphonent pour connaître des spécialités. (CS diététicien)

Formation des médecins

J'encadre des thèses sur l'appareillage. (CS ergothérapeute)

Une formation Mac Kenzie⁶³ est organisée sur l'hôpital pour les kinésithérapeutes et les médecins. (CSS MK)

⁶³ Méthode Mac Kenzie : classification des lombalgies et rééducation en hyperextension du rachis développée par un rééducateur néozélandais.

Communications à l'extérieur en direction du public

Dans le cadre du PNNS, nous réalisons des interventions à l'extérieur au niveau des associations, des conférences, par exemple sur l'équilibre nutritionnel des personnes en situation de précarité, des personnes âgées qui font du sport. (CS diététicien)

On a l'accord du DG pour organiser une journée Alimentation Nutrition avec présentation de posters par les diététiciennes et jeu de piste dans le hall de l'hôpital. (CS diététicien)

Les diététiciennes participent bénévolement à des manifestations externes, par ex : parcours du cœur. (CS diététicien)

Les documents d'information pour le personnel, les patients et les usagers

« Le travail inter CLAN a permis de réaliser des plaquettes pour les aidants professionnels et familiaux. » (CS diététicien),

« Tous les documents remis aux patients ont été refaits et sont des documents officiels, qui seront édités par la direction de la communication ». (CS diététicien),

« Dans les rééducations après prothèse totale de hanche et genou, kinésithérapeute et ergothérapeute ont réalisé un livret pour les patients ». (CS MK),

« Sur intranet nous écrivons "le mot de la diététicienne", avec des articles d'information... » (CS diététicien)

Formations pour les confrères libéraux, création de réseaux

L'échange de pratiques est nécessaire pour valoriser les compétences. (CS MK)

On a mené un projet réseau ville/hôpital pour la prise en charge des bronchiolites les week-ends, ce projet a créé une dynamique car on a formé des kinésithérapeutes libéraux 30 % de ceux de la ville. On a engagé la même chose par rapport aux rééducations pour les pieds bots. (CS MK)

Valoriser notre activité consiste à faire connaître nos domaines d'excellence, en identifiant des référents dans ces domaines et en organisant des formations continues pour les kinésithérapeutes libéraux. (CS MK)

Nous n'avons pas le temps pour le traitement de l'œdème du membre supérieur post curage axillaire en gynécologie alors nous travaillons avec les confrères libéraux que nous avons formé ... (CSS MK)

Participation à des travaux de l'ANAES

J'ai participé en tant qu'expert au travail de l'ANAES sur la prise en charge du patient lombalgique. (CSS MK)

J'ai participé à des groupes de relecture de l'ANAES. (CS MK)

Travaux de recherche

On a mené des recherches propres aux kinésithérapeutes sur l'électrothérapie, le renforcement musculaire. Ces travaux ont été initiés à partir de la nécessité d'augmenter les compétences professionnelles des kinésithérapeutes avec qui on travaille... Ils correspondent à une évolution

des pratiques professionnelles qu'il est difficile de faire passer auprès des kinésithérapeutes anciens, c'est pourquoi nous avons décidé d'engager une évaluation de ce qui est fait. (CS MK)

J'interviens dans des projets hospitaliers de recherche clinique qui intègrent l'ergothérapie. (CS ergothérapeute)

On mène des travaux de recherche comme pour l'évaluation de matelas anti-escarre. Un kinésithérapeute est en train de faire valider les acquis de son expérience professionnelle pour un master recherche. Je suis en master 2 et je travaille sur un protocole de rééducation pour insuffisance respiratoire chronique en piscine. (CS MK)

Deux kinésithérapeutes qui se sont positionnés pour faire l'école des cadres ont fait un travail de recherche sur la prévention des escarres. (CSS MK)

Un kinésithérapeute est branché études statistiques et a participé à des publications de médecins de neurologie. (CSS MK)

Congrès

Ma première présentation en congrès hors techniques de kinésithérapie a été celle du mois d'avril 2005 sur l'outil informatisé de recueil de l'activité de kinésithérapie. (CSS MK)

Je réalise des interventions sur les préventions des chutes des patients à domicile, des conférences, je participe à des congrès d'ergothérapie sur l'appareillage. (CS ergothérapeute)

Les diététiciennes, dans le cadre du PNNS, réalisent des interventions dans des associations et des conférences par exemple sur l'équilibre nutritionnel des personnes en situation de précarité, des personnes âgées qui font du sport. (CS diététicien)

Publications

Nous faisons de publications à l'occasion des formations. (CSS MK)

Alors que j'étais kinésithérapeute, j'ai fait des publications sur les bilans en gériatrie. Les publications n'étaient pas un travail, je prenais ça comme un surplus, intéressant, dynamisant, permettant de parfaire mes connaissances mais je ne le prenais pas comme un travail. C'était un plus. (CS MK)

Les kinésithérapeutes de MPR, ont écrit un article sur la rééducation des myopathes. (CSS MK)

J'ai participé à des publications avec le service dans les actes des journées de Montpellier sur les étirements dans les lombalgies chroniques. (CSS MK)

On fait des publications indépendantes à propos descriptions de cas uniques. (CS orthophoniste)

On a publié un article dans *kiné scientifique* sur le thème de la santé par rapport au diagnostic kinésithérapique. (CSS MK)

J'ai écrit un article sur les aérosols doseurs. (CSS MK)