

**E.MA.M.H.**

**MANAGEMENT POUR LES PRATICIENS HOSPITALIERS  
ET LES CADRES SUPERIEURS**

**39<sup>e</sup> Promotion 2016-2017**

**« La vérité est ailleurs »**

# **MÉMOIRE**

**Optimisation d'un plateau de rééducation  
en hôpital gériatrique  
et**

**Problématique de recrutement des masseurs kinésithérapeutes  
en SSR d'ortho-gériatrie**

**Dr Chang Li PENG**

**Sous la direction de M. Frédéric KLETZ**

Enseignant-chercheur à Mines Paris Tech

**Hôpitaux Universitaires Paris Ile-de-France Ouest  
Site Sainte Périne (AP-HP)**

**Septembre 2017**



## Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement M. Frédéric Kletz pour son aide et ses conseils dans la conduite de ce projet et à sa mise en place. Je lui suis très reconnaissante de son soutien et de ses encouragements qui ont permis d'avancer sur ce sujet d'importance pour les patients âgés.

Grâce à Mme Jacqueline Serreau, je garderai le meilleur souvenir de cette année de formation où la qualité des intervenants et la convivialité des collègues ont été très enrichissantes.

Je souhaite aussi remercier très vivement Mme Elisabeth Calmon, Directrice de l'hôpital Sainte Périne-Chardon Lagache-Rossini, qui m'a encouragée à suivre la formation de l'EMAMH et qui m'a apporté de très précieux conseils pour ce travail en me guidant avec expérience et bienveillance. C'est grâce à son soutien constant et à son aide, que ce projet a pu prendre forme et se construire.

Je tiens aussi à exprimer toute ma reconnaissance au Professeur Laurent Teillet, chef du Pôle IV du GHPIFO, Président de la Collégiale de Gériatrie de l'AP-HP qui a soutenu avec courage le projet de recrutement des masseurs kinésithérapeutes (MK) auprès de nos directions et tutelles. Son implication a été d'un grand soutien pour améliorer la qualité de la prise en charge de nos aînés.

A mon chef de service le Dr Jean Laurent Le Quintrec, j'exprime mes très vifs remerciements pour m'avoir donné la possibilité de suivre la formation de l'EMAMH, m'avoir conseillée avec perspicacité et sagesse. Ses remarques pertinentes et son aide précieuse ont permis au projet de se construire et de se structurer dans le temps.

Je souhaite également remercier le Professeur Joël Ankri, président de la CMEL du GHPIFO qui m'a conseillée, aidée et encouragée. Son écoute attentive et ses remarques avisées m'ont ouvert des horizons nouveaux de réflexion sur ce sujet.

Enfin, je tiens à exprimer ma profonde gratitude :

à Mme Wozsto, responsable du département contrôle gestion et prévision, DRH de l'AP-HP pour son soutien, son implication et son aide qui ont été déterminants pour la mise en place du projet.

À Mme Muriel Peltier, cadre supérieur de rééducation du GHPIFO, à Mme Virginie Mercier, cadre de rééducation à l'hôpital Ste Périne et à M. Hervé Chanut cadre de rééducation à l'hôpital A. Paré qui m'ont beaucoup aidé et avec lesquels j'ai eu la chance de pouvoir échanger dans un esprit dynamique et constructif.

À tous les masseurs kinésithérapeutes des hôpitaux de Ste Périne, d'A. Paré et de Garches, les masseurs kinésithérapeutes libéraux, les stagiaires kiné qui, grâce à leur témoignage, ont permis le recueil de données essentielles à la réalisation de ce travail.

À Mme Catherine Xavier, cadre de rééducation de l'hôpital Foch pour son aide et ses conseils.

À Mme Dominguez, DRH de l'hôpital Saint Joseph de Paris et à M. Moizo, cadre de rééducation de l'hôpital Saint Jean de Gennevilliers pour leur aide.

À tous les patients de l'hôpital Ste Périne qui ont accepté d'être interviewés en apportant leur précieux témoignage, en espérant que ce travail pourra leur être utile.

## Liste des abréviations

APA : allocation personnalisée d'autonomie  
AP-HP : assistance publique des hôpitaux de Paris  
APR : hôpital Ambroise Paré  
ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation  
BNC : bénéficiaires non commerciaux  
CAE : contrat d'allocation études  
CDD : contrat à durée déterminée  
CDI : contrat à durée indéterminée  
CFA : contrat de formation par l'apprentissage  
DG : directeur général  
DGOS : direction générale de l'offre de soins  
DRH : direction des ressources humaines  
CMEL : commission médicale d'établissement local  
DMS : durée moyenne de séjour  
DRH : direction des ressources humaines  
ETP : équivalent temps plein  
FNEK : fédération nationale des étudiants en kinésithérapie  
GH : groupes hospitaliers  
GHPIFO : groupe hospitalier Paris Ile-de-France Ouest  
HAD : Hospitalisation à domicile  
HDJ : hôpital de jour  
IFMK : institut de formation des masseurs kinésithérapeutes  
MK : masseur kinésithérapeute  
MMS : Mini Mental State  
MPR : Médecine physique et de réadaptation  
Nb : nombre  
PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information  
PP : promotion professionnelle  
RPC : Hôpital Raymond Poincaré de Garches  
RTT : réduction du temps de travail  
SAU : service d'accueil des urgences  
SPR : hôpital Sainte Périne- Chardon Lagache- Rossini  
SSR : soins de suite et de réadaptation  
TP : temps plein  
UE : union européenne  
UGA : unité de gériatrie aiguë  
USLD : unité de soins de longue durée

## Résumé

Depuis 10 ans au moins l'assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP) est confrontée à une pénurie de ses masseurs kinésithérapeutes (MK) et ce phénomène s'amplifie actuellement. Cette situation entraîne des conditions difficiles de travail pour les MK encore en poste et un manque de rééducation pour les patients hospitalisés. Devant le risque d'augmentation de la dépendance avec les conséquences humaines et économiques que l'on peut imaginer (augmentation de la durée d'hospitalisation, coût pour l'hôpital et la société), nous avons réalisé une enquête de terrain notamment en unité de soins de suite d'ortho-gériatrie afin de comprendre les raisons de cette pénurie et tenter de trouver des solutions innovantes.

L'optimisation des plateaux de rééducation de l'hôpital ainsi que leur ouverture sur une possible activité mixte pour les MK hospitaliers (activité hospitalière et libérale au sein du même établissement) pourraient apporter des solutions d'avenir à expérimenter afin de prévenir le risque de « dépendance iatrogène » particulièrement préjudiciable à cette population de personnes âgées.

**Mots clés :** activité mixte, dépendance, masseur kinésithérapeute, optimisation, personne âgée

## Sommaire

### Introduction

<b>A- Problématique</b> .....	p. 6
<b>B- Méthodologie</b>	
<b>I - Analyse de l'existant</b>	
1) Démographie du bassin de vie.....	p. 6
2) Une demande croissante de rééducation.....	p. 7
3) Existence d'une filière d'ortho-gériatrie bien individualisée sur le GHPIFO.....	p. 8
4) Plateaux techniques de rééducation interne et externe sur SPR.....	p. 8
5) Situation actuelle des masseurs kinésithérapeutes (MK).....	p. 10
6) Le problème du recrutement des MK dans le public.....	p. 13
<b>II- Analyse du dysfonctionnement</b>	
1) Une sous-utilisation des plateaux de rééducation et du parcours extérieur de SPR.....	p. 15
2) Situation de SPR : écart prescription-réalisation en kinésithérapie.....	p. 15
3) Étude de la prise en charge des patients en SSR d'ortho-gériatrie par les MK sur une durée de 4 mois.....	p. 16
4) Le manque de MK a-t-il un impact sur l'autonomie des patients ? Étude sur les matelas anti-escarres.....	p. 17
5) Enquête auprès des patients pris en charge en ortho-gériatrie.....	p. 18
6) Enquête auprès des MK en poste sur SPR.....	p. 18
7) Enquête auprès des jeunes stagiaires MK sur SPR.....	p. 20
8) Enquête auprès des MK libéraux.....	p. 21
9) Enquête auprès d'hôpitaux confrontés au problème de recrutement des MK.....	p. 23
10) Quels éléments pourraient encourager les MK à rester à l'AP-HP ?.....	p. 24
<b>C- Moyens mis en œuvre :</b>	
1) Rencontre.....	p. 25
2) Mise en place d'un SWOT.....	p. 27
3) Étude économique avec scénarios selon les contrats proposés sur SPR.....	p. 27
<b>D- Objectifs</b> .....	p. 29
<b>E- Étude de faisabilité</b> .....	p. 30
<b>F- Évaluation</b> .....	p. 30
<b>G- Impacts</b> .....	p. 30
<b>H- Conclusion</b> .....	p. 30
Bibliographie et webographie.....	p. 31
Annexes.....	p. 32

## Introduction

L'hôpital Sainte Périne-Chardon Lagache-Rossini (SPR) situé dans le 16<sup>ème</sup> arrondissement de Paris est spécialisé dans la prise en charge des patients âgés. Appartenant à l'AP-HP, il fait partie du groupe hospitalier Paris Ile-de-France Ouest (GHPIFO) regroupant aussi les hôpitaux d'Ambroise Paré à Boulogne Billancourt, de Raymond Poincaré à Garches et l'hôpital maritime de Berck.

Doté de 522 lits (29 de gériatrie aiguë (UGA), 165 de soins de suite et de réadaptation (SSR) dont 23 dédiés à l'ortho-gériatrie, 318 de soins de longue durée (USLD) et de 10 de soins palliatifs), SPR assure par ailleurs des activités de consultations spécialisées et dispose d'un Hôpital de jour (HDJ) de prise en charge des troubles cognitifs et d'un HDJ de prise en charge de la fragilité osseuse. Les patients pris en charge proviennent pour la plupart du 16<sup>ème</sup> arrondissement de Paris et de Boulogne Billancourt. Or cette zone géographique correspond à une très forte densité de personnes âgées avec une démographie en hausse dans les années à venir.

Travaillant depuis plus de vingt ans en gériatrie, j'ai été très sensibilisée au problème de la perte d'autonomie. En dehors de la rééducation classique sur les plateaux techniques de l'hôpital, l'impact possible de l'environnement sur le patient âgé hospitalisé m'a conduite avec la collaboration de F. Poudret cadre de rééducation, à concevoir et réaliser de 2004 à 2006 un parcours de rééducation en milieu extérieur situé dans le jardin de l'hôpital Ste Périne. L'hospitalisation pouvant représenter un stress important pour le patient âgé, le but principal de ce « jardin thérapeutique » était d'encourager la mobilisation des capacités résiduelles et la reprise d'autonomie dans un cadre proche de la nature.

En effet, la lutte contre la dépendance dans cette population va devenir un véritable enjeu de santé publique dans les années à venir. C'est la raison qui a motivé ce présent travail.

En effet, on constate que SPR est confronté aux problématiques suivantes :

### A- Problématiques

- **Deux plateaux techniques de rééducation interne et un parcours extérieur sous exploités**
- **Difficultés à fidéliser et à recruter des masseurs kinésithérapeutes**
- **Des patients insuffisamment pris en rééducation avec retard à la reprise de l'autonomie**
- **Des moyens financiers limités**

### B- Méthodologie

#### I - Analyse de l'existant

##### 1) Démographie du bassin de vie

- En France, il y a 10 millions de personnes âgées de plus 65 ans (INSEE, bilan démographique au 1er janvier 2002).

#### Pour Paris et l'Ile-de-France :

Les habitants des arrondissements de l'ouest parisien sont plus âgés que ceux du nord-est (Fig.1 et Fig.2).

De 2000 à 2030 (selon l'observatoire régional de santé d'Ile-de-France, étude de 2003) en Ile – de-France, les personnes âgées de :

- 60 ans et plus passeront de 1.754.000 à 2.805.000 soit une hausse de 61%,
- 75 ans et plus passeront de 599.000 à 1.142.000 soit une hausse de 95%
- 85 ans et plus passeront de 188.000 à 346.000 soit une hausse de 88%

En 2000, environ 118.000 franciliens âgés de 60 ans et plus sont dépendants dont 89.000 âgés de 75 ans et plus.

On estime qu'en 2030, les franciliens âgés de 60 ans et plus, potentiellement dépendants vont augmenter de 76.600 personnes soit une hausse de 49 % (1).

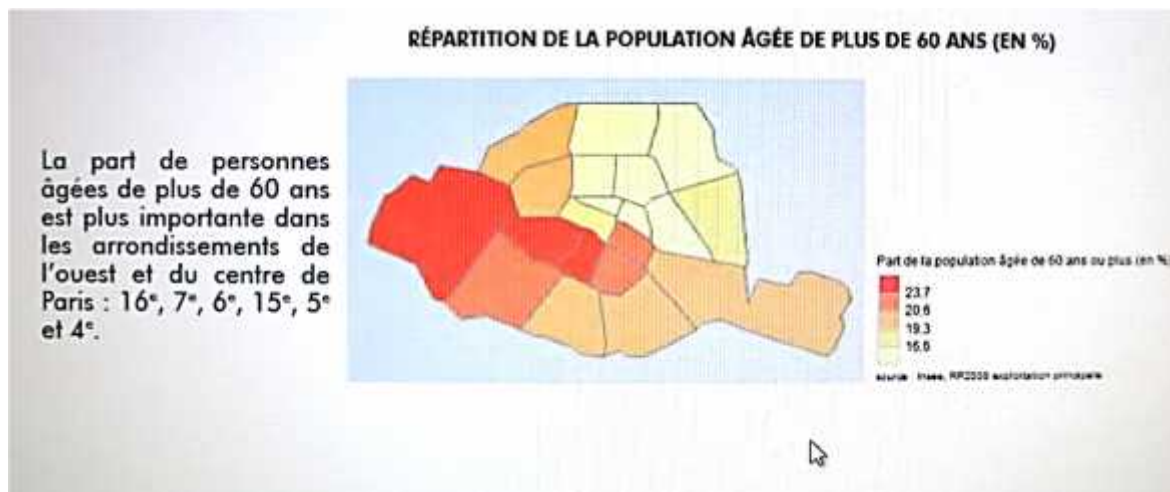


Fig.1 Répartition de la population âgée de 60 ans et plus (2)

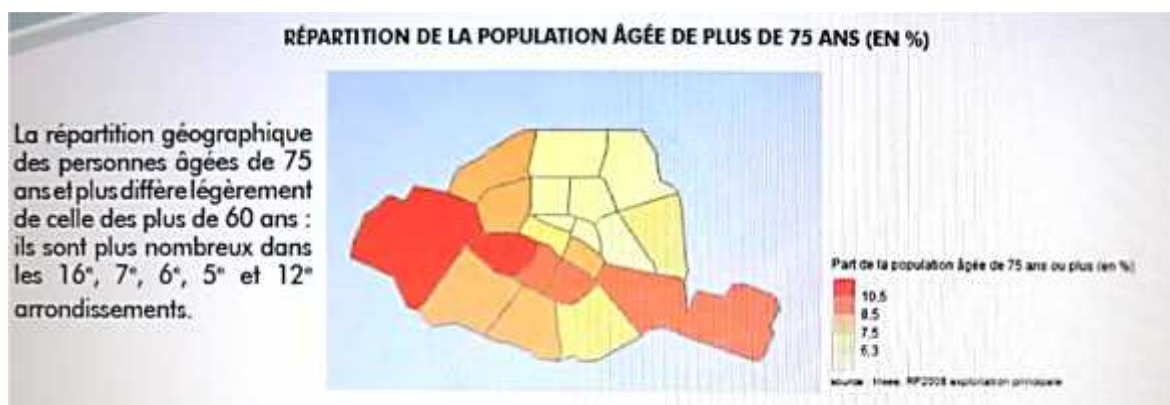


Fig.2 Répartition de la population âgée de 75 ans et plus (2)

## 2) Une demande croissante de rééducation

Compte tenu des éléments démographiques, la prise en charge des personnes âgées va devenir un problème de santé publique dans les années à venir et en particulier la lutte contre la perte d'autonomie.

Après analyse des données PMSI du service d'orthopédie d'Ambroise Paré, on note que la proportion de patients âgés prise en charge est importante. Les plus de 65 ans représentent 42% des patients hospitalisés en orthopédie alors qu'ils ne représentent que 16,2% de la population française.

Par ailleurs, on observe une augmentation régulière de cette population prise en charge en orthopédie. Par exemple, pour les interventions sur la hanche et le fémur sur traumatisme récent chez les plus de 75 ans, résumées dans le tableau ci-dessous, les données PMSI montrent :

Année	2012	2013	2014	2015	2016
Nb de patients de + de 75 ans	330	343	352	384	377
% d'augmentation par rapport à 2012		+ 3,9%	+ 6,6%	+ 16,4 %	+ 14, 2 %

Ainsi, en 3 ans de 2012 à 2015, le nombre de patients âgés de plus de 75 ans opérés pour traumatisme de la hanche et du fémur a augmenté de façon significative de + 16, 4%.

Face à cette activité croissante de la traumatologie gériatrique, un partenariat a été créé entre l'hôpital APR et SPR depuis Mai 2010 sous forme d'une filière d'ortho-gériatrie.

### **3) Existence d'une filière d'ortho-gériatrie bien individualisée sur le groupe hospitalier Paris Ile-France Ouest (GHPIFO)**

Cette filière débute par la prise en charge du patient âgé fracturé aux urgences d'A. Paré (SAU). Ce dernier est hospitalisé en chirurgie orthopédique avant d'être transféré en SSR d'ortho-gériatrie sur SPR (23 lits dédiés).

L'objectif de cette filière est d'identifier rapidement les patients âgés fragiles polypathologiques par un signalement au gériatre de SPR qui assure deux passages par semaine en orthopédie à APR. Le gériatre évalue les patients opérés et organise le transfert post opératoire précoce en SSR gériatrique (transfert possible dès J3 post-opératoire) dans le but non seulement de diminuer la durée moyenne de séjour (DMS) en orthopédie mais aussi d'améliorer les suites post-opératoires. Le suivi orthopédique est assuré par le passage hebdomadaire d'un orthopédiste d'APR sur SPR ce qui évite le déplacement des patients âgés sur APR.

Cette filière a permis d'améliorer les flux de patients en diminuant la durée de séjour en orthopédie et surtout d'abaisser nettement le taux de transfert de patients hors GHPIFO à partir du SAU (ce taux de 18,7% en 2009 est passé à 5,9% en 2014). Par ailleurs, sur cette période, le taux de retour à domicile pour ces patients âgés opérés s'est aussi amélioré passant de 51,7% en 2009 à 68,2% en 2014.

Dans ce contexte, il est aisé de comprendre qu'une augmentation de la DMS en SSR d'ortho-gériatrie, structure d'aval du service d'orthopédie aura un impact direct sur la filière d'amont notamment sur la DMS d'orthopédie et sur les capacités de ventilation à partir des urgences en cas de saturation des lits d'orthopédie.

### **4) Plateaux techniques de rééducation interne et externe sur SPR**

- Sur le site Sainte Périne, il existe un plateau technique de rééducation interne très complet construit en 2016, accessible pour les personnes handicapées, comprenant une grande salle de 205 m<sup>2</sup> avec du matériel de rééducation adapté (barres parallèles, vélos, stands up, module escalier, table de verticalisation, guidon de transfert, kinetecks, tables de rééducation), 5 postes informatiques avec bureaux intégrés. Cet espace central est ouvert sur des salles de psychomotricité, d'orthophonie, d'ergothérapie et sur 3 boxes de kinésithérapie. Cette disposition permet de créer les conditions idéales pour une prise en charge multidisciplinaire en favorisant les échanges entre les différents professionnels notamment pour les patients complexes (Annexe 1 et Photo 1).
- Également sur le site Sainte Périne, un parcours extérieur de rééducation a été construit dans le jardin de l'hôpital permettant non seulement une reprise de l'autonomie au sein de la nature grâce à des modules spécifiques mais aussi une stimulation cognitive grâce aux panneaux poèmes et aux stations



botaniques. La création de ce parcours a bénéficié du soutien de la Fondation des Hôpitaux de France-Hôpitaux de Paris et il fut le premier à être réalisé à l'AP-HP (photos 2, 3 et 4).

- Sur le site Rossini une salle de rééducation de plus de 65 m<sup>2</sup> ouverte sur une salle de massage de 15 m<sup>2</sup> est aussi équipée de barres parallèles et de matériel de rééducation (Annexe 2)



**Photo 1 : Plateau de rééducation interne sur Ste Péline**



**Photo 2 : Station botanique du parcours de rééducation extérieur**



**Photo 3 : parcours de rééducation extérieur sur le site de Sainte Périne avec le module « slalom »**



**Photo 4 : Le parcours extérieur de rééducation avec au premier plan le module « parcours d'embûches » et au fond le panneau tactile**

## **5) Situation actuelle des MK**

Au 1<sup>er</sup> Janvier 2016, la France métropolitaine comptait 86459 MK (Traitement DREES, répertoire ADELI. ASIP-RPPS 2016).

Le nombre de MK est en constante augmentation, notamment par celle du numerus clausus avec cependant un ralentissement ces dernières années (Fig.3).



De 2006 à 2011, le numerus clausus est passé de 1867 à 2285 soit une augmentation de + 22,38%  
 De 2011 à 2016, le numerus clausus est passé de 2285 à 2693 soit une augmentation de + 17,85%.

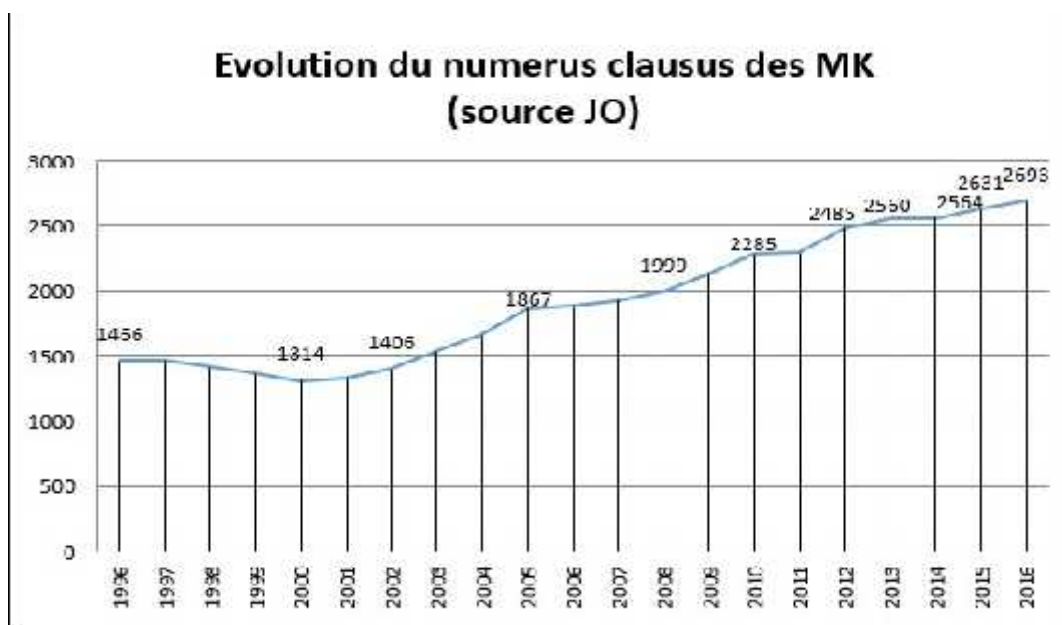
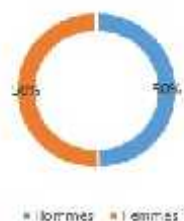


Fig.3 : Evolution du numerus clausus de MK

Une profession féminisée



Densité par régions



Fig.4 et 5 : La profession s'est féminisée avec un sex-ratio de 50/50 et une densité de MK variable selon les régions.

En réalité, il existe de fortes disparités selon les régions avec des densités de MK variant de 31 à 146 pour 100.000 habitants.

À Paris la densité des MK libéraux est de 124,41 pour 100.000 habitants.

En 2015, on comptait dans le 16<sup>ème</sup> arrondissement de Paris une population de 170.239 habitants avec une densité de MK de 141,57 et pour Boulogne Billancourt une population de 118.313 habitants

avec une densité de MK de 110,72. On peut considérer que ces deux zones géographiques sont plutôt bien dotées en MK libéraux.

Dans le 16<sup>ème</sup> arrondissement de Paris, on observe une diminution des MK libéraux entre 2014 (195 MK) et 2017 (177 MK) soit une diminution de 9,2% sur 3 ans à partir d'un recensement issu des pages jaunes de l'annuaire téléphonique.

Par ailleurs, il existe un écart croissant entre les MK libéraux et les MK hospitaliers dont la proportion ne cesse de diminuer. En 30 ans, la part des MK salariés est passée de 33 à 20% (Fig. 6). Ainsi, le rapport est actuellement de 80% de libéraux vs 16% d'hospitaliers (Fig.7).



Fig.6 : Proportion des MK libéraux vs salariés

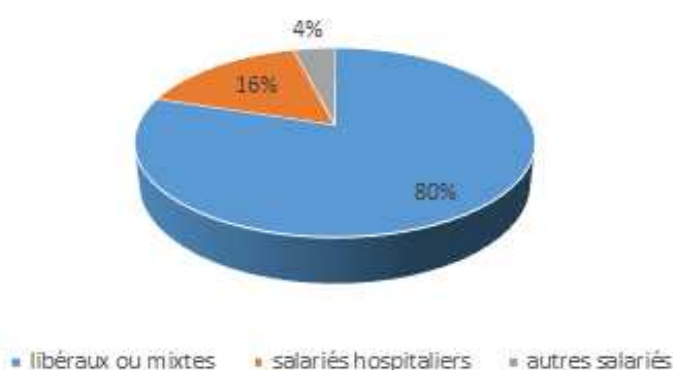


Fig. 7 : Répartition des MK selon le secteur d'activité

**Rémunération et conditions de travail :** Il existe de fortes disparités de rémunération entre le secteur libéral et le secteur hospitalier.

**Pour le secteur libéral :** le salaire est en moyenne de 3568 Euros net par mois (UNASA, 2012) mais selon le volume d'activité et l'existence ou non de dépassement d'honoraires, ce salaire peut monter

jusqu'à 6500 € nets par mois. L'activité libérale comporte cependant des contraintes notamment les charges (URSSAF, retraite, loyer du cabinet, matériel, véhicule entre autres) qui représentent environ 51% du chiffre d'affaires. Les MK libéraux ne bénéficient pas de congés payés, ni de RTT et ont une couverture sociale moins avantageuse que les MK hospitaliers.

**Pour le secteur public hospitalier :** Le salaire évolue en fonction de l'échelon et du grade. Le salaire d'un MK débutant est de 1512 euros nets par mois (après revalorisation en janvier 2017) ce qui est particulièrement bas et décourage souvent les jeunes à s'orienter vers le service public hospitalier. Le corps de MK comprend 2 grades : MK de classe normale et MK de classe supérieure. Le corps d'encadrement de MK comprend 2 grades : MK cadre de santé et MK cadre supérieur. Les MK hospitaliers bénéficient de 25 jours de congés payés par an, de 15 RTT et d'une protection sociale plus avantageuse qu'en libéral.

Rémunération brute mensuelle en € des MK hospitaliers secteur public (janvier 2012)		
Ancienneté du 1 <sup>er</sup> au dernier échelon	Début de carrière	Fin de carrière
MK classe normale		
25 ans	Échelon 1 : 1514,11	Échelon 9 : 2384,60
MK de classe supérieure		
24 ans	Échelon 1 : 1690,06	Échelon 11 : 2602,23
MK cadre de santé		
25 ans	Échelon 1 : 1958,62	Échelon 11 : 2935,61

## 6) Le problème du recrutement des MK dans le public

Depuis 10 ans, l'APHP est confrontée à la fonte de ses effectifs de MK, cette fonte s'accélère actuellement.

- En 9 ans, 60 postes de MK ont disparu à l'APHP, soit près de 10% de ses effectifs.
- En mars 2016, sur une enquête des effectifs de MK (par audit déclaratif) réalisée sur l'AP-HP, 604 postes de MK étaient déclarés dont 54,5 postes vacants.
- Les MK continuent de quitter l'APHP car début 2017, près de 100 postes de MK sont vacants. Ce déficit entraîne des conditions de travail difficiles et une souffrance pour les MK encore en poste. De plus, le départ à la retraite de MK expérimentés et le départ des jeunes MK nouvellement recrutés pour le privé ou le libéral ne pourront qu'aggraver ce déficit déjà trop important.

La situation devient critique cette année car les études de MK passant de 3 à 4 ans, il n'y aura aucune sortie de jeunes diplômés pour 2018 qui sera une année blanche pour le recrutement.

Actuellement les moyens de suppléance sont :

- 8% des établissements ont recours aux MK libéraux (hôpitaux pédiatriques et l'HAD)

- 28% des établissements ont recours aux MK intérimaires avec un coût financier non négligeable.

Afin d'apporter une solution à ce problème, l'AP-HP a mis en place en novembre 2016 :

- Un dispositif d'attractivité pour le recrutement des MK à l'APHP en essayant de recruter les étudiants MK soit sous forme de contrat d'allocation études (CAE) ou de contrat de formation par l'apprentissage (CFA) ou encore au titre de la promotion professionnelle (PP). Ces contrats permettent d'apporter une aide financière aux étudiants durant leur formation avec des contreparties telles que l'engagement de servir sur des durées variables pour les CAE et les PP ou d'exercer une activité sur l'hôpital tout en suivant leurs études pour les CFA.
- Un livret « être MK à l'AP-HP », traduit en plusieurs langues afin de promouvoir le métier et l'activité de MK.

- Une démarche de recrutement des professionnels :

- **Au sein de l'union européenne** : en renforçant le recours à la filière étrangère (UE) sur certains pays: Belgique, Espagne, Portugal, Roumanie, Pologne avec des campagnes de recrutement auprès des universités et instituts de formation étrangers.

L'AP-HP dispose aussi de l'agrément pour offrir aux professionnels étrangers des stages d'adaptation dans le cadre de la délivrance de l'autorisation d'exercice.

- **Dans le secteur libéral** : en développant des partenariats avec le secteur libéral pour la prise en charge des patients hospitalisés. Mise en place d'un tarif unique AP-HP de la vacation depuis août 2016, avec évolution à la hausse du taux horaire brut fixé à 25€ (vs 11€ jusqu'à présent)

Ces démarches ont permis des recrutements mais cependant insuffisamment pour compenser les départs de MK.

Afin de sensibiliser la Direction Générale, la Collégiale de MPR avait élaboré un document sur l'attractivité de l'AP-HP pour les MK en 2015 en faisant des propositions telles que recruter à un échelon supérieur à celui préconisé par la grille, créer une prime « métier sensible », harmoniser l'accès aux heures supplémentaires sur tous les sites ou encore ouvrir les plateaux techniques aux soins externes en dehors des heures de travail. Cependant, à l'heure actuelle, il n'y a pas eu d'avancée concrète pour ces propositions.

**Au plan national** : Afin de convaincre les professionnels de la rééducation d'embrasser une carrière hospitalière, le Ministère des Affaires sociales et de la Santé a proposé une prime d'engagement.

Ainsi, le 9 mai 2017 est sorti le décret n° 2017-981 sur la création d'une prime d'engagement de 9000 € pour des rééducateurs recrutés sur les postes prioritaires des établissements publics de santé ou médico-sociaux situés dans un territoire présentant « un risque significatif de fragilisation de l'offre de soins ». Cette prime est réservée aux agents nouvellement recrutés qui s'engagent à exercer à temps plein pendant 3 ans consécutifs après leur titularisation et elle est limitée à un agent par GHT.

Ce décret a été mal accueilli par les professionnels car il reste limité à un poste par GHT et crée un sentiment de frustration peu propice à encourager les jeunes rééducateurs à s'engager dans la voie hospitalière.

Cette situation de pénurie de MK observée dans les divers GH de l'APHP continue de se poursuivre et touche en réalité l'ensemble des hôpitaux français. En 2015, selon l'ATIH, 66,8% des hôpitaux publics français déclaraient avoir des difficultés de recrutement des MK.

## II) Analyse du dysfonctionnement

Pour mieux comprendre les causes de cette pénurie, j'ai réalisé une enquête sur le terrain et j'ai constaté :

## 1) Une sous-utilisation des plateaux techniques de rééducation et du parcours extérieur de SPR

SPR dispose de 11 postes de MK budgétés mais seulement 8 postes de MK pourvus depuis janvier 2017 équivalents à 7,8 temps plein (TP) de MK (7 MK TP + 1 MK à 80%).

La capacité réelle d'accueil des plateaux techniques sur SPR est la suivante :

- 8 à 10 MK sur le plateau interne de Ste Périne avec 15 patients pouvant être pris en charge en même temps
- 3 MK sur le plateau de Rossini avec 5 patients pouvant être pris en charge en même temps
- 2 MK sur le parcours de rééducation extérieur avec 4 patients pris en charge

La durée des séances de rééducation varie selon les pathologies présentées de 30 à 90 minutes. Chaque MK prend en charge environ 12 à 15 patients par jour et travaille sur une durée de 7h36 par jour soit 38h /semaine.

Ce plateau est cependant sous exploité car il n'est utilisé que :

- De 9h à 16h30 du lundi au vendredi sur le site de Ste Périne
- De 9h à 16h30 le lundi et de 14h à 16h30 le mercredi sur le site Rossini

De plus, le parcours extérieur de rééducation qui n'est plus entretenu, n'est plus utilisé actuellement.

**Ainsi, on pourrait optimiser l'utilisation des plateaux de rééducation sur « les heures creuses », correspondant aux heures où ils ne sont pas utilisés actuellement :**

- Sur le site de Ste Périne de 8h à 9h et de 16h30 à 20h du lundi au vendredi avec 4h le samedi matin de 8h à 12h soit une utilisation de 4h30 par jour en semaine équivalente à  $4,5 \times 5 + 4 = 26,5$  heures par semaine si on comptabilise aussi les 4h du samedi matin. Or sur le site de Ste Périne, on peut faire travailler 8 MK en parallèle. Si la séance est de 30 minutes, on évalue le nombre possible de séances sur ce site qui représente : 53 séances par semaine par MK soit 424 séances par semaine pour 8 MK.
- Sur le site Rossini, on dispose de 51h par semaine non exploitées sur ce plateau si on inclut les 4h du samedi matin. Si la séance dure 30 minutes, on dispose de 102 séances par semaine par MK. Or 3 MK peuvent travailler en parallèle sur ce plateau ce qui représente 306 séances par semaine.

On pourrait ainsi en théorie disposer d'une capacité de 730 séances par semaine sur ces 2 plateaux de rééducation internes correspondant aux « heures creuses ».

En supposant que cette activité soit assurée par une activité libérale avec rétrocession de 2 €/ séance soit 10% d'une séance à 20 € de la part du MK en faveur de l'hôpital qui mettrait à disposition ses locaux, on peut calculer que le bénéfice financier annuel pour l'hôpital pourrait être de :

$$730 \times 52 \text{ (nombre de semaines par an)} \times 2 \text{ €} = \mathbf{75.920 \text{ €}}$$

## 2) Situation de SPR : écart prescription-réalisation en kinésithérapie

**Un relevé des prescriptions de kinésithérapie a été effectué le 17 Mars 2017 sur les 174 lits d'UGA et de SSR de SPR afin d'objectiver à un instant donné les besoins en rééducation et leur réalisation effective :**

163 patients étaient prescrits sur 172 patients présents.

Chaque patient nécessitait 5 séances par semaine soit un volume de 815 séances requises par semaine pour les 163 patients. Or les 7,8 équivalents temps plein (ETP) MK de SPR n'interviennent qu'à 80% sur le secteur UGA- SSR et à 20% en USLD ce qui équivaut à  $7,8 \times 0,8 = 6,24$  ETP MK sur le secteur étudié « UGA- SSR ». Si on estime que chaque ETP MK peut prendre en charge 15 séances par jour, cela représente 75 séances par semaine par MK soit 468 séances assurées par les 6,24 ETP MK par semaine.

Or le nombre de séances hebdomadaires par patient pouvant être assuré par les MK en UGA -SSR est de 468 séances / 163 patients soit 2,87 séances par patient par semaine correspondant à un déficit de séances de 42,6 % par rapport à l'objectif idéal des 5 séances par semaine. La réponse en rééducation ne couvre ainsi que 57,4 % des besoins réels.

Ainsi à l'heure actuelle avec la diminution sensible du nombre de MK sur le site, les patients ne peuvent espérer au mieux que 2 à 3 séances de rééducation par semaine.

Il est à craindre que le manque de rééducation ait un impact direct sur la DMS qui, en augmentant, risque de réduire le nombre total de séjours annuels avec des conséquences financières certaines pour l'hôpital lors du passage de la tarification à l'activité en SSR.

### **3) Étude de la prise en charge des patients en SSR d'ortho-gériatrie par les MK sur une durée de 4 mois**

Afin d'évaluer le retentissement de la rééducation sur la DMS, j'ai réalisé une étude sur les 23 lits de SSR d'ortho-gériatrie durant 4 mois.

87 patients étaient pris en charge sur la période du 1/12/2016 au 31/03/2017 :

75 femmes et 12 hommes âgés de 73 à 103 ans (moyenne à 87 ans)

64 séjours étaient clôturés sur cette période

Parmi ces 64 séjours, 54 séjours étaient exploitables et 10 séjours inexploitable concernant des décès précoces, des transferts précoces liés à des complications inhabituelles (déplacement de matériel, anémie aiguë, séjour prolongé pour raison sociale etc...)

#### **Sur les 54 séjours exploitables :**

##### **1- Patients avec fracture du membre inférieur sans appui autorisé : nb =11**

Les patients ont bénéficié en moyenne à 2,9 séances /sem (0-5 séances /sem).

La DMS était de 61,8 jours (28-99).

On distingue 2 groupes :

- **Groupe à forte rééducation de 4 à 5 séances /sem :**

3 patients ayant en moyenne 4,3 séances/sem → DMS = 43,66 jours

- **Groupe à faible rééducation de 0 à 3 séances/sem :**

8 patients ayant en moyenne 2,4 séances/sem → DMS = 68,62 jours

Le différentiel de la DMS entre les 2 groupes est de près de 25 jours.

Sur 11 patients pris en charge sur 4 mois, on peut extrapoler les données sur 12 mois. Cela représente 33 patients par an soit un différentiel de 25 jours x 33 patients = 825 jours sur un an. Pour un séjour ayant une DMS de 43,66 jours cela représente  $825/43,66$  soit **18,89 séjours perdus à l'année** si on considère le groupe faible rééducation versus forte rééducation.

##### **2- Patients avec appui autorisé : nb = 43**

- 4 patients avec fracture du membre supérieur : ont eu 3 séances/semaine → DMS = 50,5 jours

- 39 patients avec fracture du membre inférieur : ont eu 3,73 séances /semaine en moyenne  
→ DMS = 46,61 jours

Parmi les 39 patients avec fracture du membre inférieur, on distingue :

- **Groupe à très forte rééducation de 5 séances/sem** : 11 patients → DMS = 38,2 jours

- **Groupe à forte rééducation 4 séances/sem** : 11 patients → DMS = 41 jours



- **Groupe à faible rééducation de 2,73 séances/sem** : 17 patients → DMS = 55,7 jours

Le différentiel entre 5 et 2.73 séances /semaine induit une augmentation de la DMS de 38,2 à 55,7 jours soit une augmentation de 17,5 jours par patient.

Sur cette période de 4 mois, on a pris en charge 39 patients.

Donc si on extrapole on peut estimer que sur 12 mois, on aurait pris en charge  $39 \times 3 = 117$  patients et ainsi on augmenterait la DMS de  $17,5 \times 117 = 2047,5$  jours sur 12 mois.

2047,5 jours correspondent à **53,59 séjours** si on prend en référence une DMS de 38,2 jours.

Autrement dit, on peut estimer qu'en diminuant la prise en charge en rééducation à 2,73 séances au lieu de 5 par semaine on perd environ **53,59 séjours par an** sur l'activité du SSR d'ortho-gériatrie pour les patients avec fracture du membre inférieur et appui autorisé.

Ainsi, l'addition des séjours perdus pour les fractures du membre inférieur avec et sans appui par manque de rééducation pourrait s'élever à au moins **18,89 + 53,59 = 72,48 séjours par an**.

#### 4) **Le manque de MK a-t-il un impact sur l'autonomie des patients ? Étude sur les matelas anti-escarres.**

On peut imaginer que des patients moins autonomes seront plus lourds en prise en charge soignante et davantage exposés aux complications de l'immobilisation : dénutrition, déshydratation, risque de survenue d'escarres, incontinence urinaire et risque de pneumopathie sur inhalation bronchique. Afin d'évaluer ce risque en fonction de la diminution du nombre de MK sur le site de Ste Périne, j'ai réalisé une étude rétrospective sur la location des matelas anti-escarres de janvier 2016 à février 2017 sur l'unité de SSR d'ortho-gériatrie. Les profils de patients étaient similaires sur les 2 périodes étudiées.

- De janvier 2016 à août 2016 : période 1

On avait 10 MK présents sur l'hôpital.

Sur cette période de 8 mois, on comptabilise 1500 jours de location de matelas anti-escarres (82 patients concernés). Ceci représente une moyenne de  $1500/8 = 187,5$  jours de location par mois et une moyenne de 10,25 patients/mois.

Avec une dépense journalière de 4,15 € par matelas, cela représente une dépense mensuelle de  $187,5 \times 4,15 = 778,125$  € soit une dépense annuelle estimée à **9337 €**

- De septembre 2016 à février 2017 : période 2

On n'avait plus que 8MK sur l'hôpital.

Sur cette période de 6 mois, on comptabilise 1821 jours de location de matelas anti-escarres (92 patients concernés). Ceci représente une moyenne de  $1821/6 = 303,5$  jours de location par mois et une moyenne de 15,33 patients/mois.

Avec une dépense journalière de 4,15 € par matelas, cela représente une dépense mensuelle de  $303,5 \times 4,15 = 1259,525$  € soit une dépense annuelle estimée à **15114 €**

Ainsi, l'augmentation de la dépense de 9337 à 15114 € correspond à une augmentation de **+ 61,8%**.

L'augmentation des patients de 10,25 patients/mois à 15,33 patients/mois correspond à une augmentation de près de **50%**.

Autrement dit, on observe que parallèlement à la diminution de l'effectif des MK de 10 à 8 soit une diminution de **20%** de l'effectif, il y a une augmentation de **+ 50%** des patients dépendants nécessitant un matelas anti-escarre et une augmentation de **+ 61,8%** des jours de locations et donc des dépenses. On peut facilement imaginer l'impact de cette dépendance non seulement sur l'augmentation de la charge en soins mais aussi sur la qualité de vie du patient (douleur, escarre etc..).

## 5) Enquête auprès des patients pris en charge en ortho-gériatrie

En février 2017, 16 patients hospitalisés en SSR d'ortho-gériatrie ont pu être interrogés.

L'âge moyen était de 85,5 ans (77-96). 13 femmes (81%) pour 3 hommes (19%). Le MMS moyen était de 27,68 (24-30) ce qui permettait d'avoir des réponses fiables.

Le nombre de séances de rééducation était en moyenne de 3,75 séances / semaine (de 2 à 5). Ce nombre était jugé suffisant pour 56% des patients contre 44% qui auraient préféré avoir en moyenne 4,8 séances / semaine (de 3 à 10).

100% des patients jugeaient le plateau de rééducation interne de SPR adapté.

81% des patients ne connaissaient pas le parcours de rééducation extérieur situé dans le jardin de l'hôpital et 94% étaient intéressés pour le pratiquer.

94% des patients reconnaissaient que la rééducation avait un impact psychologique positif sur eux.

50% considéraient que plus ils étaient pris en rééducation, plus vite ils récupéraient de l'autonomie. Les autres estimaient que c'était la fatigue qui limitait leur capacité à effectuer davantage de séances (37,5%).

Dans l'hypothèse où les patients ne trouveraient pas de MK en ville au moment de la sortie, 81% des patients souhaitaient garder le même MK qu'à l'hôpital. Les 19% restants ne le souhaitaient pas pour des raisons géographiques (habitation trop éloignée de l'hôpital).

Une fois rétablis, 75% des patients seraient intéressés pour revenir faire de la rééducation sur le plateau technique de SPR en consultation externe si cela était autorisé.

Une fois, retournés en ville, 69% des patients préfèrent que le MK se déplace à leur domicile contre 31% qui préfèrent se déplacer au cabinet du MK du fait des équipements.

### Mais en réalité :

- seuls **37,5%** des patients ont un MK en ville qui accepte de se déplacer à leur domicile
- **37,5%** des patients sont obligés de se déplacer au cabinet car leur MK refuse de se déplacer (problème de stationnement, de rentabilité car pour un patient vu au domicile par exemple 3 patients étaient vus au cabinet, saturation des demandes en ville notamment sur Puteaux, Suresnes et Boulogne)
- **25%** n'ont pas de MK en ville et ont des difficultés à en trouver. Dans ces cas, la DMS peut être prolongée le temps de trouver un MK en ville.

## 6) Enquête auprès des MK en poste sur SPR

À partir d'interviews basées sur un questionnaire, j'ai réalisé une étude auprès de l'ensemble des MK de SPR afin d'étudier leurs profils, leur ressenti par rapport aux avantages d'être dans le service public hospitalier, les désavantages et les projets personnels à moyen terme.

L'effectif normal des MK de SPR est de 11 MK. En février 2017, lors de la réalisation de ce travail, les MK n'étaient plus que 8 suite à deux départs non remplacés et un congé longue maladie.

Les 8 MK ayant répondu au questionnaire se répartissent en 2 hommes et 6 femmes.

- **Âge** : 6 MK de 24 à 35 ans et 2 MK de 62 et 64 ans. Ainsi, il y a deux groupes distincts, un composé de jeunes MK et l'autre de MK proches de la retraite.
- **Formation** : 4 MK formés en France : 50% de l'effectif et 4 MK formés à l'étranger (Pologne, Espagne et Portugal) : 50% de l'effectif.
- **Ancienneté** : tous ont occupé leur premier poste en hôpital public en France au sein de l'AP-HP avec une ancienneté variant de 6 mois à 29 ans.
- **Mode de recrutement** :

Il est variable :

- Par une connaissance travaillant à l'AP-HP → 3 MK, par mutation → 2 MK, par CAE (contrat d'allocation études) → 2MK et après un stage effectué sur le site → 1MK
- Statut :
- 4 titulaires temps plein : 2 MK à l'échelon 9, 1 MK à l'échelon 3 et 1 MK à l'échelon 1
- 1 titulaire à 80% : 1 MK à l'échelon 5 et 3 stagiaires temps plein, titularisés en 2017

- **Les avantages à être à l'AP-HP**

Avantages	Oui (%)
<ul style="list-style-type: none"><li>• Pluridisciplinarité</li><li>• Crèche</li></ul>	100 %
<ul style="list-style-type: none"><li>• Congés</li><li>• RTT</li><li>• Agospap (comité d'entreprise)</li><li>• Logement AP-HP</li><li>• Stabilité de l'emploi</li><li>• Protection sociale</li></ul>	87,7 %
<ul style="list-style-type: none"><li>• Horaire</li><li>• Aspect formateur</li></ul>	75 %
<ul style="list-style-type: none"><li>• Image positive du service public</li></ul>	62,5 %
<ul style="list-style-type: none"><li>• Enseignement</li></ul>	50 %
<ul style="list-style-type: none"><li>• Recherche</li></ul>	0 %

- **Logement AP-HP :**

- 4 MK bénéficient de logement AP-HP dont le tarif de location est préférentiel.
- 3 autres MK ont fait une demande mais n'ont pas obtenu de logement.

Pour l'ensemble des MK, le logement est considéré comme un point sensible pour les encourager à rester à l'AP-HP car les tarifs de location sur Paris et l'Ile-de France sont plus élevés qu'en province. Par ailleurs, les logements proposés par l'AP-HP sont souvent de petites surfaces comme des studios avec une durée maximale de location de deux ans ce qui pose la question de l'attractivité sur la durée du logement AP-HP.

- **Les horaires :**

Les MK de l'AP-HP travaillent tous 7h36 par jour soit 38 h/semaine.

Ils peuvent effectuer des heures supplémentaires qui sont cependant limitées par un quota de 15h par mois avec un maximum de 180 h par an. Le tarif horaire de ces heures supplémentaires est de 11 Euros brut alors qu'il est de 25 Euros brut pour les MK libéraux intervenant à l'hôpital. Si le MK effectue le maximum d'heures supplémentaires autorisées c'est-à-dire 15h par mois, il pourra bénéficier d'une augmentation d'environ 137,5 € nets sur son salaire mensuel.

- **Les désavantages d'être à l'AP-HP**

Désavantages	Oui (%)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Salaire trop bas (pour les MK dont l'échelon est inférieur à 9)</li> <li>• Charge de travail</li> </ul>	100 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nécessité de faire des remplacements par manque de personnel, ce qui déshumanise la prise en charge</li> </ul>	87,5 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficultés à partir en formation par manque de temps lié aux effectifs restreints</li> </ul>	75 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque d'attractivité liée à la gériatrie</li> </ul>	50 %

• **Projet envisagé dans les 3 ans à venir :**

- 2 MK partiront à la retraite
- 5 MK quitteront l'AP-HP : 4 MK pour le libéral dont les 2 MK CAE et 1 pour le privé
- 1 MK envisage de rester à l'AP-HP pour raisons de santé

À la fin 2017, il ne restera que 6 MK sur les 11 MK initiaux soit une réduction de 54,5 % des effectifs.

En l'absence d'anticipation et de recrutement il ne restera qu'un MK en 2020 sur les 11 MK soit une réduction de 90,9 % des effectifs.

Pour conforter ces résultats, l'enquête s'est poursuivie en recueillant les interviews de 3 MK du service d'orthopédie d'APR et de 2 MK de RPC, les résultats obtenus sont à peu près similaires en dehors de la recherche qui est un point positif pour 23% des MK.

**7) Enquête auprès des jeunes stagiaires MK en stage sur SPR**

Il existe 35 instituts de formation de MK en France (IFMK) certains sont publics et d'autres privés. Le recrutement des étudiants est sélectif sur concours après le baccalauréat. Le coût des études est variable selon les écoles de 160 à 10.000 € par an. Les IFMK publics sont les moins chers.

Deux stagiaires ont été interrogés :

Un en 3<sup>ème</sup> année d'une école privée française et l'autre en 4<sup>ème</sup> année d'une école privée espagnole.

Pour ces 2 stagiaires les frais de scolarité étaient élevés :

- 10.000 € / an pour l'école française sur 3 ans soit 30.000 € pour les 3 ans d'études
- 6.000 € /an pour l'école espagnole sur 4 ans soit 24.000 € pour les 4 ans d'études

Pour suivre ces études, les 2 stagiaires avaient contracté un prêt bancaire. Selon la FNEK, 30% des étudiants MK demandent un prêt pour leurs études.

En ce qui concerne le stage en gériatrie, les stagiaires notaient :

- Les points forts : le plateau technique adapté, la pluridisciplinarité (100 %), l'aspect formateur (50%)
- Les points faibles : l'aspect redondant et monotone des prises en charge

Les 2 stagiaires n'avaient pas envie de travailler plus tard en gériatrie préférant des domaines plus dynamiques tels que la kinésithérapie du sport, cardiorespiratoire, pédiatrique ou traumatologique.

Afin de mieux comprendre comment se faisait le choix professionnel, les questions suivantes ont été posées :

- 1) Comment se décide l'orientation professionnelle future ?  
Par les stages pratiques, par des postes proposés sur Facebook. L'ordre des MK et les revues de MK ne proposent pas de postes
- 2) Existe-t-il un site de recrutement pour les jeunes diplômés ? Non, mais physiorama est un site de recrutement des paramédicaux généralement consulté, le bouche à oreille fonctionne bien et de façon générale, il n'y a pas de difficultés de recrutement pour les MK
- 3) Avez-vous envie de travailler dans le public ?
  - une réponse positive car à l'hôpital on peut continuer de se former auprès de professionnels expérimentés, on peut consulter de la documentation, échanger avec les différents corps de métiers de la rééducation et voir des patients différents lorsque plusieurs spécialités sont prises en charge.
  - Une réponse négative car le salaire étant trop bas, l'emprunt ne pourra être remboursé. En libéral la rémunération nette peut atteindre 4500 à 6500 euros nets par mois après déduction des charges. Ces niveaux de salaires imposent néanmoins des activités moyennes de 12h par jour incluant le samedi.
- 4) Quels facteurs pourraient motiver les jeunes MK à travailler dans le secteur public (en gras les facteurs décisifs) ?
  - La sécurité de l'emploi
  - L'existence d'une crèche pour le personnel
  - Les congés, les RTT
  - L'enseignement
  - Les horaires
  - **Surtout une revalorisation des salaires et des échelons avec un salaire mensuel net d'au moins 2000 Euros.**
  - **La possibilité de faire une activité mixte soit sous forme d'un mi-temps hospitalier + un mi-temps libéral ou sous forme d'un temps plein hospitalier avec activité libérale en plus exercée dans le même établissement.**
  - **La possibilité d'un logement AP-HP car les logements sont chers sur Paris et la région parisienne**
- 5) Autre proposition ? : Une journée d'orientation professionnelle officielle au sein des écoles dès la 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> année pourrait être utile pour les futurs diplômés afin de les sensibiliser sur les débouchés possibles dans le secteur hospitalier

## 8) Enquête auprès des MK libéraux

Pour pouvoir comparer l'activité salariée publique à l'activité libérale, j'ai réalisé une enquête auprès de MK libéraux. Les MK du 16<sup>ème</sup> arrondissement de Paris et de Boulogne Billancourt ont été sollicités à partir d'une liste fournie par le service social de SPR. Cette enquête a été très difficile à réaliser car la plupart du temps, malgré plusieurs messages de sollicitation laissés sur le répondeur téléphonique, les MK ne rappelaient pas. Ceux qui acceptaient de participer ne répondaient pas aux questionnaires envoyés par mail.

Finalement, 7 MK (5 dans le 16<sup>ème</sup> arrondissement de Paris, 1 sur Boulogne Billancourt et 1 dans le Val d'Oise anciennement MK sur SPR) ont accepté d'apporter leur témoignage en répondant à un questionnaire par retour de mail ou par un entretien téléphonique.

### Résultats :

**Profil :** Il s'agit de 4 hommes et de 3 femmes, âgés de 35 à 60 ans (moyenne à 42,6 ans)

**Horaires** : ils travaillent de 40 à 60 heures par semaine (moyenne à 48,85 heures/semaine).

**Les raisons qui leur font préférer le libéral à l'hôpital :**

- La rémunération supérieure : 7/7 soit 100%
- La liberté des horaires : 4/7 soit 57%
- La liberté de choisir ses congés : 2/7 soit 28,5%, mais ils doivent s'adapter à la demande de leurs patients
- L'absence de hiérarchie : 1/6 soit 14%

**Les charges en libéral** sont en moyenne de 45,8 %.

**Le salaire mensuel net** : il varie de 3000 à 5000 euros nets avec une moyenne à 3957 euros après déduction de toutes les charges.

**La proportion des personnes âgées vues en libéral** : en moyenne 46% (de 17 à 80%)

- 40 à 80% pour le 16<sup>ème</sup> arrondissement avec une moyenne à 54 % (80% pour le MK sans cabinet)
- 17% pour Boulogne Billancourt (le MK ne se déplaçant pas au domicile)

**La proportion de cette clientèle vue au domicile :**

- 66 % en moyenne pour le 16<sup>ème</sup> arrondissement de Paris (variant de 50% à 95% notamment pour le MK qui n'avait pas de cabinet)

**Les MK sont-ils intéressés par un statut mixte libéral et hospitalier ? :**

Oui : 2/7 (les 2 MK avait déjà travaillé à l'hôpital) soit 28,5%

Non : 4/7 (dont 2 MK ayant déjà travaillé à l'hôpital) soit 71,5%

**Les MK libéraux sont-ils intéressés pour exercer sur le plateau technique de l'hôpital ?**

Oui : 4/7 car il y a un manque de plateau technique en Ile-de-France, mais cela dépend des conditions de rétrocession, Non : 3/7

**Les MK ont-ils trop de patients en ville ?**

Oui : 5/7 Non : 2/7

**Sont-ils amenés à refuser des patients ?**

Oui quand l'activité est trop importante et que le domicile est trop loin : 7/7 soit 100%

**Combien de MK ont déjà travaillé dans le public : 4/7**

### **Remarque:**

Les MK libéraux se déplacent moins au domicile car les indemnités de déplacement sont de 2,65 à 4 €. De plus, ils sont confrontés au problème de stationnement de leur véhicule. À Boulogne, il y a beaucoup de demande d'intervention à domicile car la population est âgée mais les MK n'ont pas assez de temps et finissent leur journée à 21h30, aussi sont-ils obligés de diminuer le nombre de séances de 2 à 1 séance par semaine.

Dans le 16<sup>ème</sup> arrondissement de Paris, les MK ne sont pas suffisamment nombreux pour absorber la patientèle.

Pour les MK qui travaillent le samedi, le revenu mensuel net peut atteindre de 6000 à 6500 euros net en travaillant 60 h/semaine.

Les MK libéraux regrettent l'absence de travail en équipe, ils n'ont pas de congés payés, de RTT, de jour enfant malade et travaillent plus qu'à l'hôpital. Ils ont aussi plus de formalités administratives à gérer que les MK hospitaliers. Le statut de MK libéral reste précaire en cas de maladie, ils ne touchent des indemnités journalières qu'à partir du 91<sup>ème</sup> jour d'arrêt (3) contrairement aux MK hospitaliers qui sont indemnisés dès le 4<sup>ème</sup> jour. Pour la retraite un MK hospitalier ayant un salaire net de 2287 €/mois

touchera à la retraite 1715 €/mois alors que le MK libéral ayant un salaire net de 3000 €/mois ne touchera que 900 €/mois au moment de sa retraite.

Ces informations mériteraient d'être transmises aux IFMK afin de renforcer l'attractivité du secteur public.

## 9) Enquête auprès d'hôpitaux confrontés au problème de recrutement des MK

Afin de trouver des solutions, j'ai contacté 3 hôpitaux privés à but non lucratif confrontés au problème de recrutement des MK et qui présentent la particularité d'avoir pu expérimenter le statut mixte (activité hospitalière associée à une activité libérale au sein du même établissement). J'ai interviewé soit le cadre de rééducation soit la DRH.

Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous :

	Hôpital A	Hôpital B	Hôpital C
Statut de l'hôpital	Privé à but non lucratif d'intérêt collectif	Privé à but non lucratif d'intérêt collectif	Privé à but non lucratif d'intérêt collectif
Rémunération mensuelle nette des MK en début de carrière	1750 € (Convention 51)	2030 € (Convention 51)	1875 €
Type de contrat : Contractuel	CDI	CDI	CDI
Possibilité d'évolution avec échelon	Non	Non	Non
Augmentation de la rémunération	+1%/an par rapport à l'ancienneté	+1%/an par rapport à l'ancienneté	+1%/an par rapport à l'ancienneté
Statut mixte ?	Oui TP hospitalier + libéral en plus avec un nombre maximal de 48h/semaine	Oui Mi-temps hospitalier + mi-temps libéral Consultation externe de MK	Oui TP hospitalier + libéral en plus (sans dépasser le micro BNP soit un max de 1000 à 1200 euros/mois)
Rétrocession de l'activité libérale ?	Oui	Oui 2 euros/séance Pour une séance de 15 à 20 euros	Oui 150 euros/mois

Heures supplémentaires possibles ?	Oui Avec majoration de 25% par rapport au tarif horaire normal mais quota des 48h/semaine à respecter	Oui Sans quota avec valorisation le week-end (exemple le samedi 6 heures rémunérées 150 euros)	Oui 1h/jour avec quota de 20h/mois 1heure=14,84 Euros brut
Prime d'intéressement ?	Oui	Prime de polyvalence = 176 euros	Oui Prime de remplacement de 100 euros brut/mois
RTT ?	Oui	Non	Non mais 1j par semestre accordé
Congés ?	25 j /an	25 j /an	25 j /an
Activité le week- end ?	1 week-end/5	oui	Absence d'information
Horaire /sem	>35 h	35 h	35 h
Possibilité de logement ou de crèche ?	Oui Studio pour les moins de 25 ans environ 500 euros/mois	Oui Studio de moins de 300 euros/mois pendant 2 ans	non
Possibilité de formation ?	Oui	Oui budget de 600 €par MK /an	Oui
Fidélisation des MK ?	Oui Pas de turn-over depuis 2 ans	Oui en impliquant les MK dans des projets médicaux Turn-over tous les 2 à 5 ans des MK restent + de 10 ans	Oui sur environ 2-3 ans
Problème de recrutement ?	Non	Oui	Oui

#### 10) Quels éléments pourraient encourager les MK à rester à l'AP-HP ?

Les résultats suivants ont été établis auprès des MK de SPR interviewés :

- **Une augmentation de la rémunération mensuelle ?** 100 % des MK dont l'échelon est inférieur à 9 estiment que ce serait l'élément déterminant
- **Quel salaire minimum serait souhaitable en début de carrière ?**  
En moyenne 1937,5 € net/ mois (1600- 2500)
- **Quel salaire minimum serait souhaitable en fin de carrière ?**  
En moyenne 2737,5 € net / mois (2000-5000)
- **Une montée plus rapide des échelons ?**



100 % des MK ayant un échelon inférieur à 9 estiment que cela motiverait les MK à rester avec une perspective de progression de carrière plus attractive. À titre d'exemple pour arriver à un salaire de 2100 Euros net par mois ce qui correspond à l'échelon 7 actuellement, il faut compter une ancienneté de 20 ans.

- **Un statut mixte intra-hospitalier avec ouverture sur une activité libérale ?**

100% des MK trouvent cette option très intéressante car elle permettrait de réaliser une activité libérale qui pourrait améliorer le salaire faible proposé par le secteur public sans avoir à payer les charges liées au cabinet libéral car l'activité serait réalisée sur le plateau technique de l'hôpital en dehors des horaires actuels.

Un temps plein hospitalier avec activité libérale :

75% des MK seraient favorables à effectuer un temps plein hospitalier pour assurer une retraite optimale et une activité supplémentaire dans un cadre libéral au sein de l'hôpital sous forme d'activité auprès de patients pris en externe. Cela aurait aussi l'avantage de diversifier leur activité par la prise en charge d'une population plus jeune.

Cette activité qui comporterait un pourcentage de rétrocession à l'hôpital permettrait aussi à l'établissement de faire des bénéfices grâce à son plateau technique non utilisé sur les heures creuses.

Un mi-temps hospitalier associé à un mi-temps libéral au sein du même établissement :

Seuls 37,5% des MK seraient favorables à cette option car dans ce cas les charges en libéral seraient plus importantes.

- **Des heures supplémentaires ?**

75% des MK estiment que des heures supplémentaires mieux valorisées seraient un plus intéressant s'il y a une levée du quota actuellement admis. Les MK seraient disposés à faire entre 15 et 52 h supplémentaires en plus par mois avec une moyenne de 36,7h /mois soit environ 2h par jour.

- **Un logement AP-HP plus durable et plus grand que des studios serait convaincant**

- **La possibilité de suivre des formations et de faire de la recherche serait importante**

**Au final, quelles sont les raisons qui poussent les MK à désertir l'hôpital public ?**

- Avant tout une rémunération trop insuffisante
- Même si la durée de travail hebdomadaire n'est pas comparable entre les MK salariés et les MK libéraux, le différentiel salarial reste trop inégal.
- Une perspective d'évolution salariale peu attractive : pour arriver au 7<sup>ème</sup> échelon APHP correspondant à 2100 €, il faut compter une ancienneté de 20 ans.

Ces difficultés ne sont qu'insuffisamment contrebalancées par les attraits du public et de l'APHP : éventail large de patients et de pathologies, travail en équipe pluridisciplinaire, possibilité de formation continue, plongée dans un écosystème universitaire, possibilité d'effectuer des travaux d'enseignement et de recherche.

En revanche, les difficultés sont au contraire amplifiées par des conditions de travail jugées de plus en plus délétères.

**Existe-t-il des solutions à cette situation très préoccupante ?**

**C- Moyens mis en œuvre**

**1- Rencontre :**

- a) Avec les cadres de rééducation de SPR, d'APR et de RPC pour élaborer un projet de recrutement.
- b) Avec la directrice de Sainte Péline Mme Calmon, le chef de service de l'ortho-gériatrie le Dr Le Quintrec, le chef de pôle le Pr Teillet, le Pr Ankri président de la CMEL et le Dr Delong, médecin rééducateur de SPR pour leur présenter le projet.

c) Avec la collégiale de Gériatrie de l'AP-HP le 14/3/17 : le Pr Teillet (Président) donne son soutien pour présenter cette problématique au Directeur général (DG) de l'APHP et me demande de rédiger une note envoyée au DG le 6/4/17 (Annexe 3). Le 24/5 réponse du DG à la collégiale de gériatrie par l'intermédiaire de M. Cotellon (directeur de la DRH du siège).

d) Avec la responsable du département contrôle gestion et prévision, DRH de l'APHP, Mme Woszto le 22/3/17 et le 10/4/17 en présence de M. Kletz.

Il ressort de cette entrevue que :

- **La revalorisation de la grille** de rémunération des MK titulaires est actuellement en cours à la DGOS (environ + 200 € /mois), elle devrait aboutir avant la fin de l'année 2017. Elle ne dépend pas de l'AP-HP.
- **L'autorisation d'ouvrir les plateaux techniques de l'hôpital pour les titulaires de l'AP-HP afin d'exercer une activité mixte (hospitalière et libérale)** est en discussion à la DGOS qui seule peut valider.
- **Les logements AP-HP** dépendent des GH et sont gérés localement.
- **La levée des quotas pour les heures supplémentaires et leur valorisation** dépend de la DGOS.

**En réalité, ce qui est autorisé par la loi et possible pour l'AP-HP sans faire appel à la DGOS pour l'activité mixte des MK hospitaliers en fonction de leur statut :**

- **Titulaire** : activité libérale possible si agent à 50% hospitalier, mais soumise à autorisation. Exercice libéral à effectuer hors de l'hôpital. Un seul cas connu à l'AP-HP, le MK a rapidement démissionné pour faire du libéral.
- **Contractuel CDD ou CDI** : s'ils sont à 70% maximum d'activité hospitalière, sans autorisation. Exercice mixte possible sur l'hôpital. Situation jamais encore expérimentée à l'AP-HP.
- **Autorisation d'embauche en contractuel au salaire équivalent au 7<sup>ème</sup> échelon soit 2100 € net /mois (avec congés, RTT, possibilité de reprise de l'ancienneté en cas de titularisation ultérieure)**. Pour les CDI (permettant de bénéficier des logements AP-HP ce qui n'est pas le cas des CDD) il faut néanmoins une validation du service financier de la DRH du siège. Le dossier est en cours d'étude au siège de l'AP-HP.

Lors de cette entrevue, est demandée la possibilité d'expérimenter le projet de recrutement des MK sur le GHPIFO comme site pilote d'expérimentation pour essayer :

- 1- **De recruter sur les nouveaux contrats de contractuel rémunéré à 2100 € net mensuel (équivalent à un 7<sup>ème</sup> échelon sur la grille des MK titulaires) pour un MK TP hospitalier**
- 2- **L'activité libérale sur le plateau technique de rééducation de l'hôpital avec des MK nouvellement recrutés ou avec des MK titulaires démissionnant pour ces nouveaux contrats. Ceci serait une grande première car l'activité mixte n'a jamais été expérimentée à l'AP-HP à la différence des hôpitaux privés à but non lucratif.**

Le siège ne s'oppose pas à ce projet mais demande d'être vigilant :

- Risque de démission massive des titulaires pour ces nouveaux contrats
- Le statut de contractuel va-t-il précariser le statut des MK anciennement titulaires ?
- Quelle sera la réaction des syndicats ?
- La mise en place des nouveaux contrats va-t-elle créer une inégalité entre titulaire et contractuel, source de tension ? Il est proposé d'informer les MK titulaires sur cette nouvelle possibilité afin de ne pas créer de sentiment d'inégalité (ils pourront démissionner de leur propre gré pour intégrer les nouveaux contrats au 7<sup>ème</sup> échelon en statut contractuel s'ils le souhaitent).

- e) Avec Mme Costa directrice du GHPIFO le 24/4/17, lors d'une réunion de présentation du projet de recrutement des MK : Obtention de son soutien et de son accord pour que le GHPIFO soit site pilote d'expérimentation
- ➔ Le 9/5/17 : élaboration de contrats types par Mme Peltier cadre supérieure de rééducation du GHPIFO (Annexe 4).
- f) Avec le Pr Messas (adjoint du maire du 16<sup>ème</sup> arrondissement de Paris) le 19/6/17 pour présenter la problématique des logements sociaux pour les MK, point important d'attractivité. Il conseille de rencontrer le Dr Jomier, adjoint à la santé à la Mairie de Paris. Malgré plusieurs demandes de RDV, je n'ai pas encore obtenu de réponse.
- g) Avec la DGOS : le rendez-vous demandé est en attente de réponse. L'objectif est de demander une revalorisation des grilles salariales pour les titulaires qui serait un argument plus attractif que les statuts de contractuel, une autorisation d'activité mixte pour les MK titulaires et une revalorisation des heures supplémentaires des MK hospitaliers à un niveau au moins équivalent à celui proposé aux libéraux avec une levée du quota mensuel.

## 2- Mise en place d'un SWOT

	<b>FORCES</b>	<b>FAIBLESSES</b>
<b>INTERNE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plateau technique</li> <li>- Pluridisciplinarité</li> <li>- Congés/RTT</li> <li>- Protection sociale</li> <li>- Logement/crèche</li> <li>- Recherche/enseignement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Salaire trop faible</li> <li>- Peu de perspective de carrière</li> <li>- Contraintes par manque de MK : remplacement, difficulté à partir en formation, en congés → démotivation</li> <li>- Gériatrie</li> </ul>
	<b>OPPORTUNITES</b>	<b>MENACES</b>
<b>EXTERNE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- GHPIFO : site pilote ?</li> <li>- Possibilité d'activité mixte</li> <li>- Diversifier l'activité (patient plus jeune vu sur l'activité libérale)</li> <li>- Salaire (= échelon7)</li> <li>- Logement pérenne (mairie du 16<sup>ème</sup> et de Boulogne Billancourt)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2018 = « année blanche »</li> <li>- Privé et libéral = environnement concurrentiel</li> <li>- Papyboom</li> <li>- Syndicats</li> <li>- Tarification à l'activité → impact financier pour l'hôpital</li> </ul>

## 3- Etude économique avec scénarios selon les contrats proposables sur SPR

Comme SPR dispose de 11 postes de MK budgétés : 2 à l'échelon 9, 1 à l'échelon 5, 1 à l'échelon 3 et 7 à l'échelon 1, j'ai décidé d'effectuer une évaluation sur les 9 postes de MK dont la rémunération était inférieure à 2 100 € net/mois c'est-à-dire inférieure au 7<sup>ème</sup> échelon

Une étude précédente avait permis d'évaluer les capacités d'optimiser les 2 plateaux techniques de SRP notamment sur l'exploitation correspondant aux « heures creuses » non utilisées actuellement (par exemple de 16h30 à 20h) avec des recettes évaluées à 75 920 € nets annuels (cf. page 15)

### Scénario A :

Il correspond à la situation actuelle des 9 MK titulaires 100% hospitalier (échelon 1)

#### Pour un MK titulaire 100% hospitalier (échelon 1) :

Horaire : 38h /semaine

Salaire : 1 512 € net/mois + un 13<sup>ème</sup> mois sous forme de prime

**Le coût annuel brut pour SPR est de 225 407 € pour financer les 9 postes de MK titulaires.**

- Points négatifs : le salaire des MK étant trop faible, ils partent vers le libéral ou le privé.

### Scénario B :

On convertit les 9 postes de MK titulaires en 9 postes de **MK contractuels TP 100% hospitalier (7<sup>ème</sup> échelon)**

#### Pour un MK contractuel TP 100% hospitalier (7<sup>ème</sup> échelon) :

Horaire : 38h /semaine

Salaire : 2 100 € net/mois sans prime

**Le coût annuel brut pour SPR afin de financer les 9 postes de MK contractuels TP 100% hospitalier (7<sup>ème</sup> échelon) est de 282 312 €**

**On optimise les plateaux techniques de SPR avec des MK libéraux : recettes annuelles de 75 920 €**

Malgré le budget contraint de SPR de 225 407 €, l'optimisation des plateaux techniques permet de compenser le surcoût lié aux nouveaux contrats avec même un **bénéfice net annuel de 19 015 €** pour SPR

- Points positifs :
  - Les MK hospitaliers augmentent leur salaire net mensuel sans augmenter leur temps de travail
  - Les MK libéraux peuvent exercer sur le plateau technique de l'hôpital
  - SPR reste bénéficiaire malgré son budget contraint
- Point négatif : difficultés peut-être de recruter des MK libéraux pour optimiser les plateaux techniques

### Scénario C :

On convertit les 9 postes de MK titulaires en 13 postes de MK contractuels temps partiel 70 % hospitalier (7<sup>ème</sup> échelon) équivalents à 9,1 postes de MK TP.

Ces MK travaillent sur une **activité mixte : 70% hospitalier + 38% libéral \*** (effectuée sur l'hôpital)

\*correspond à une activité réalisée dans le cadre du microBNC fiscalement avantageux puisqu'il permet un abattement fiscal de 34% sur l'activité libérale mais ne doit pas dépasser 2 600 €/mois.

#### Pour un MK contractuel temps partiel 70 % hospitalier (7<sup>ème</sup> échelon) + 38% libéral \* (effectué sur l'hôpital) :

Horaire : 26,6 h (hospitalier) + 16,5h (libéral) = 43,1h /semaine

Salaire : 1 470 € (hospitalier) + 1 732€ \*\* (libéral) = 3 202 € net/mois

\*\*les calculs du libéral ont été faits en considérant 10% de rétrocession à l'hôpital et 35% de charges en libéral.

Pour les 13 postes de MK contractuels (temps partiel à 70%) : **Le coût annuel brut pour SPR serait de 285 448 €.**

La part de rétrocession en faveur de SPR correspondrait à 46 332€/ an pour l'activité des 13 MK exerçant 38% de l'activité en libéral sur les plateaux techniques de l'hôpital ce qui correspond à 61% des capacités optimales d'utilisation des plateaux techniques. Il reste 39% de l'optimisation des plateaux techniques qui pourra être proposée soit aux MK du GHPIFO ayant un statut mixte ou aux MK libéraux afin d'arriver à des recettes annuelles globales de 75 920 € sur l'optimisation des plateaux techniques de SPR.

Dans ce cas, SPR ferait un **bénéfice net annuel de 15 879 €** malgré le surcoût lié aux nouveaux contrats.

- Points positifs :
  - Les MK hospitaliers augmentent leur salaire net mensuel de 1 512 € à 3 202 €
  - Ils exercent une activité mixte
  - Ils bénéficient de l'avantage fiscal du microBNC
  - Les MK à activité mixte du GHPIFO peuvent faire une activité libérale à SPR avec un taux de rétrocession avantageux de 10% comparativement aux 30% de rétrocession habituellement requis en cabinet de ville
  - Les MK libéraux peuvent exercer sur le plateau technique de l'hôpital ce qui renforce le lien ville-hôpital
  - SPR reste bénéficiaire malgré son budget contraint
- Points négatifs :
  - Les MK de SPR travaillent plus, ils passent de 38h /semaine à 43,1h/semaine
  - Nécessité de recruter des MK libéraux pour optimiser les plateaux techniques

#### Scénario D :

On convertit les 9 postes de MK titulaires en 18 postes de MK contractuels temps partiel 50 % hospitalier (7<sup>ème</sup> échelon) équivalents à 9 postes de MK TP.

Ces MK travaillent sur une **activité mixte : 50% hospitalier + 50 % libéral** (effectué sur l'hôpital)

Pour un MK contractuel temps partiel 50 % hospitalier (7<sup>ème</sup> échelon) + 50 % libéral (effectué sur l'hôpital) :

Horaire : 19 h (hospitalier) + 19 h (libéral) = 38 h /semaine

Salaire : 1 050 € (hospitalier) + 2 358€ \*\* (libéral) = 3 408 € net/mois

\*\* les calculs du libéral ont été faits en considérant 10% de rétrocession à l'hôpital et 35% de charges en libéral.

La part de rétrocession pour SPR correspond à 73 872€ / an, générée par l'activité libérale des 18 MK de SPR ce qui correspond à 97% de l'utilisation optimale des plateaux techniques.

Pour ces 18MK temps partiel, **le coût annuel brut pour SPR est de : 282 312 €.**

SPR ferait un **bénéfice net annuel de 16 967 €** en optimisant à 97% ses plateaux techniques avec les MK de l'hôpital grâce à cette activité mixte en ayant simplement recours aux ressources locales.

- Points positifs :
  - Les MK ne travaillent pas plus, ils restent à 38h/semaine
  - Ils augmentent leur salaire net de 1 512 € à 3 408 € net/mois équivalent au salaire des libéraux

#### Finalement :

Ces différents scénarios montrent qu'il est possible d'augmenter les salaires des MK malgré l'enveloppe budgétaire contrainte de l'établissement hospitalier en devenant même bénéficiaire grâce aux recettes générées par l'optimisation des plateaux techniques et en introduisant la possibilité d'une activité mixte à l'hôpital.

#### **D- Objectifs**

- **Pourvoir les postes manquants de MK**
- **Fidéliser les MK**
- **Agir sur le turn-over qui déstabilise les équipes**
- **Maintenir l'activité**
- **Améliorer l'autonomie des patients hospitalisés**
- **Diminuer la DMS**
- **Répondre à la demande de santé publique**

## **E- Etude de faisabilité**

La réalisation effective du projet nécessite une autorisation de la part de la DRH du siège pour les nouveaux contrats en CDI. Pour l'instant, nous sommes en attente. Mais l'espoir créé par cette démarche a permis de retarder le départ de 2 MK d'APR courant 2017.

Par ailleurs, l'optimisation des plateaux techniques est soumise à une demande de convention d'occupation qu'il faudra demander. Un projet est en cours pour rénover le parcours extérieur de SPR.

## **F- Evaluation**

- Par le nombre de nouveaux MK recrutés et le nombre de séances réalisées sur les « heures creuses »
- Par l'étude du turn-over des MK
- Par la DMS
- Par une enquête de satisfaction des patients

## **G- Impacts**

- Sur la reprise d'autonomie des patients (4, 5 et 6)
- Sur l'attractivité du secteur public et la fidélisation des MK
- Sur l'extension possible de ce projet aux autres GH de l'AP-HP, si le résultat est favorable
- Sur le renforcement des liens ville-hôpital avec constitution d'un réseau de professionnels partenaires
- Sur les coûts pour l'hôpital et la société, coûts liés à la dépendance dans un environnement financier contraint. Le coût associé à la perte d'autonomie a été estimé sur le nombre de bénéficiaires de l'APA en France en 2040 qui augmentera de 63% par rapport à maintenant, avoisinant les 2 millions de personnes soit un coût de 11,2 milliards € (7).

## **H- Conclusion**

La pénurie croissante des MK hospitaliers menace la prise en charge des patients hospitalisés les exposant à un risque réel de « dépendance iatrogène » qui est définie comme la part la plus souvent évitable de la dépendance acquise à l'hôpital (8). On sait qu'environ 30 à 60% des patients âgés augmentent leur niveau de dépendance au cours d'une hospitalisation (9). Ainsi, lutter contre cette « dépendance iatrogène » est un enjeu économique et humain compte tenu de l'évolution démographique des personnes âgées.

Il est important que l'hôpital public puisse répondre à ses missions premières de santé publique. Aussi, il est urgent de lui donner des moyens et de trouver des solutions innovantes. Ceci implique néanmoins d'oser des réformes profondes, adaptées aux évolutions actuelles et à venir. En introduisant davantage de souplesse et d'adaptabilité dans le statut des MK, mais aussi en optimisant les ressources locales, il est sans doute possible de trouver des solutions plus efficaces et durables face au problème de recrutement des MK dans les hôpitaux publics.

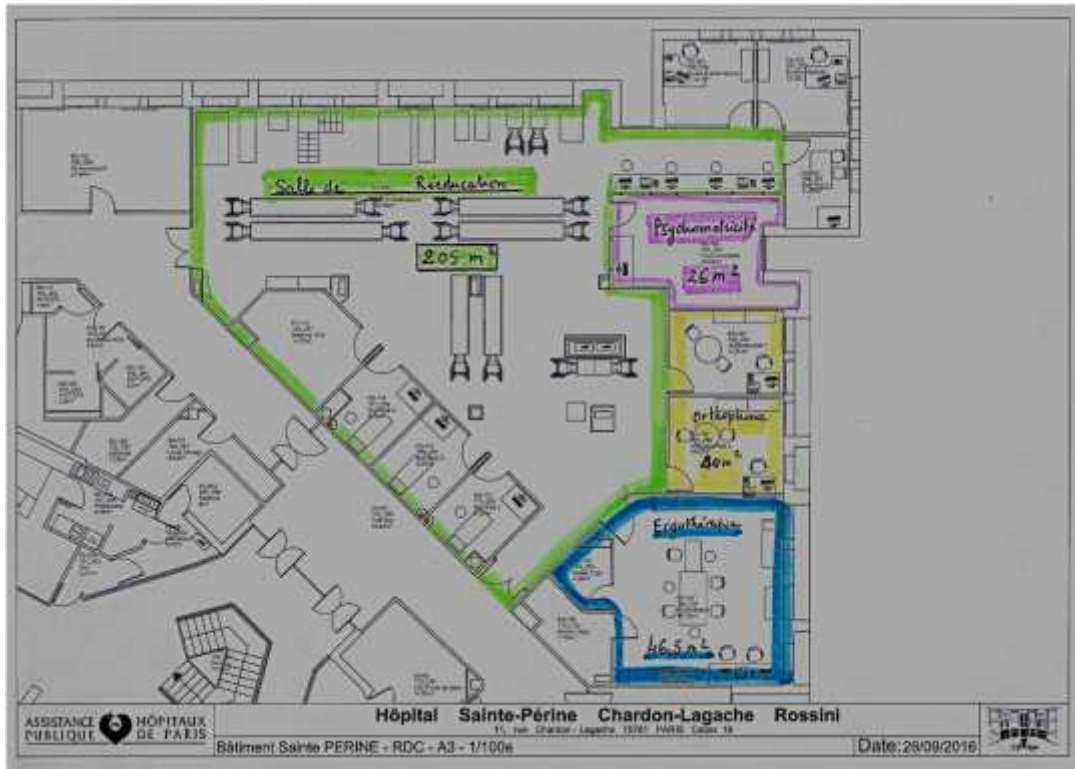
Les arbitrages politiques et économiques d'aujourd'hui auront un impact certain sur l'offre de santé de demain avec des conséquences tant financières qu'humaines. L'enjeu sera de répondre à cette question : comment faire pour que demain, la prise en charge de nos aînés puisse encore être optimale non seulement pour eux mais aussi pour la société grâce une « solidarité intergénérationnelle éclairée ».

## BIBLIOGRAPHIE ET WEBOGRAPHIE

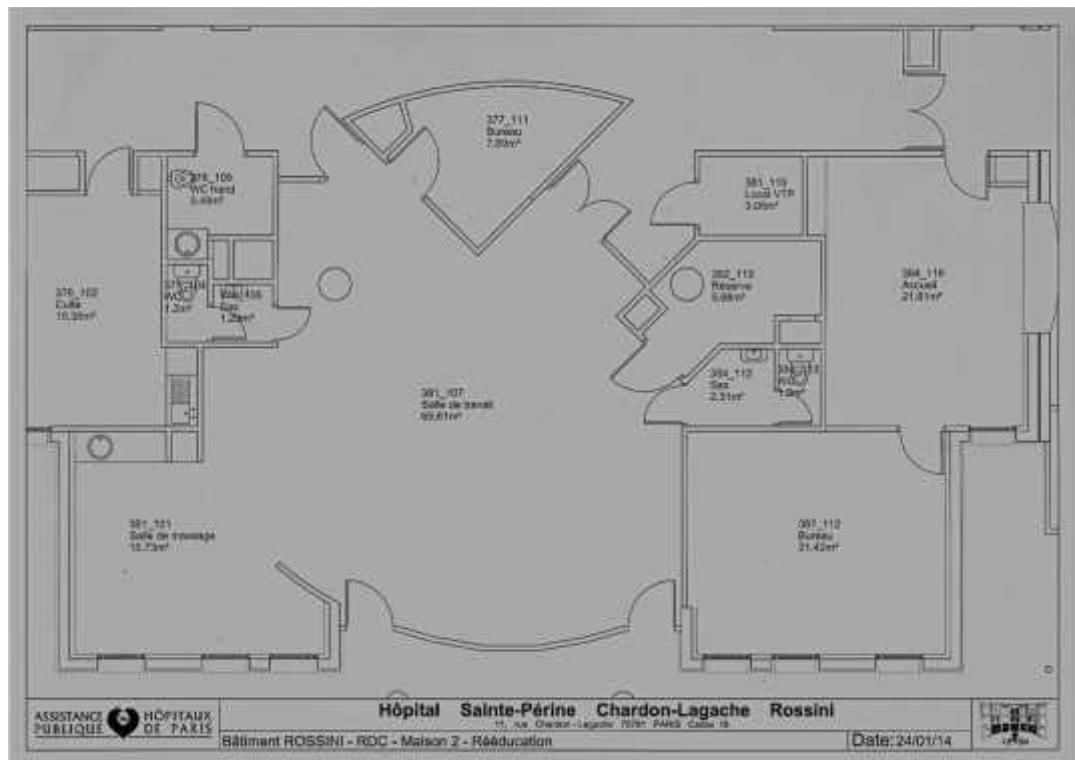
- 1) <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1290753> consulté le 9/6/17).
- 2) <https://api-site.paris.fr/images/128965.pdf> consulté le 9/6/17)
- 3) <http://www.capmedical.fr/details-l-arret-de-travail-du-kinesitherapeute-liberal-122.html> consulté le 20/7/17.
- 4) Tayrose G, Neuman D, Slover J, Jaffe F, Hunter T, Bosco J 3 rd. Rapid mobilization decreases length-of-stay in joint replacement patients. *Bull Hosp Jt Dis* (2013) : 2013 ;71(3) : 2222-6.)
- 5) Mungovan SF, Singh P, Gass GC, Smart NQ, Hirschorn AD. Effects of physical activity in the first five days after cardiac surgery. *J Rehabil Med*. 2017 Janv 19 ; 49 (1) : 71-7.
- 6) Covinsky KE, Palmer RM, Fortinsky RH, et al. Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. *J Am Geriatr Soc* 2003;51(4):451–458.
- 7) <https://www.silvereco.fr/observatoire-2014-cap-retraite-la-france-face-au-cout-de-la-dependance-des-personnes-agees/3132137> consulté le 10/8/17)
- 8) <https://www.ensembleprevenonsladelapendance.fr/prevenir-la-dependance/actions-prevention-dependance-iatrogene-en-midi-pyrenees/> consulté le 9/6/17).
- 9) <http://www.equipe-regionale-vieillesse.ars.midipyrenees.sante.fr/La-dependance-iatrogene.163357.0.html> consulté le 9/6/17

## Annexes

Annexe 1 : Plan du plateau technique de rééducation sur Ste Périne



Annexe 2 : Plan du plateau technique de rééducation sur Rossini





## Annexe 3 : Note au DG

### Note au Directeur général de l'APHP

Nous tenons à vous alerter sur la pénurie croissante des masseurs kinésithérapeutes (MK) à l'APHP.

La population de personnes âgées ne cesse d'augmenter en Ile-de-France : les prévisions entre 2000 et 2030 sont pour les :

- 60 ans et plus, une hausse de 61%,
- 75 ans et plus, une hausse de 95%

Les hôpitaux de l'APHP vont devoir faire face à une population âgée exponentielle et atteinte de maladies chroniques pour lesquelles la prise en charge par les MK est essentielle pour lutter contre la perte d'autonomie.

Or depuis 10 ans, l'APHP est confrontée à la fonte de ses effectifs de MK, cette fonte s'accélère actuellement.

- En 9 ans, 60 postes de MK ont disparu à l'APHP, soit près de 10% de ses effectifs.
- En Mars 2016, sur une enquête des effectifs de MK (par audit déclaratif) réalisée sur l'AP-HP, 604 postes de MK étaient déclarés dont 54,5 postes vacants.
- Les MK continuent de quitter l'APHP car début 2017, près de 100 postes de MK sont vacants. Ce déficit entraîne des conditions de travail difficiles et une souffrance pour les MK encore en poste. De plus, le départ à la retraite de MK expérimentés et le départ des jeunes MK nouvellement recrutés pour le privé ou le libéral ne pourront qu'aggraver ce déficit déjà trop important.

La situation devient critique cette année car les études de MK passant de 3 à 4 ans, il n'y aura aucune sortie de jeunes diplômés pour 2018 qui sera une année blanche pour le recrutement.

**Les conséquences sont majeures :**

- **Les patients hospitalisés ne pouvant être rééduqués ne pourront pas reprendre leur autonomie dans des délais corrects et risquent de s'aggraver (complications du decubitus, escarre, douleur, pneumopathie d'inhalation, dénutrition, dépression etc...), avec des conséquences médico-économiques majeures**
- **Les durées d'hospitalisation vont de ce fait se prolonger, tant en MCO qu'en SSR, ce qui va impacter directement les hôpitaux en charge de ces patients et va les pénaliser via la tarification à l'activité.**
- **Les hôpitaux spécialisés en rééducation ou en gériatrie vont exclure de leur recrutement les patients dont les pathologies nécessitent un temps important en rééducation.**
- **Les hôpitaux seront « saturés » en patients âgés et dépendants ce qui retentira sur leur capacité de prise en charge de patients plus jeunes.**

### Quelle est la raison de ce malaise ?

- Avant tout une **rémunération insuffisante** pour les MK dans le public :  
Pour un MK nouvellement diplômé, le salaire mensuel net est de :
  - 1450 Euros (prime incluse) à l'APHP
  - De 1750 à 2200 Euros pour le privé à but non lucratif
  - De 3000 à 6500 Euros (après déduction des charges) pour les MK libéraux
- Même si la durée de travail hebdomadaire n'est pas comparable entre les MK salariés et les MK libéraux, le différentiel salarial reste trop inégal.
- Une **perspective d'évolution salariale peu attractive** : pour arriver au 7<sup>ème</sup> échelon APHP correspondant à 2000 Euros, il faut compter une ancienneté de 20 ans.

Ces difficultés ne sont qu'insuffisamment contrebalancées par les attraits du public et de l'APHP : éventail large de patients et de pathologies, travail en équipe pluri-disciplinaire, possibilité de formation continue, plongée dans un éco-système universitaire, possibilité d'effectuer des travaux d'enseignement et de recherche.

En revanche, les difficultés sont au contraire amplifiées par des conditions de travail jugées de plus en plus délétères.

**Or pour sauver l'activité de l'hôpital public et lui permettre de répondre à ses missions premières de santé publique, il est urgent de lui donner des moyens :**

- 1- Permettre de recruter des MK jeunes diplômés à un niveau de rémunération au moins équivalent à celui proposé par le privé à but non lucratif
- 2- Proposer une perspective d'évolution salariale plus attractive (refonte de la grille salariale ?)
- 3- Ouvrir les plateaux techniques de l'hôpital à une activité mixte (publique et libérale) pour les MK hospitaliers ce qui serait un point très important d'attractivité pour les encourager à rester à l'APHP
- 4- Lever le quota des heures supplémentaires (15 h/ mois actuellement) et mieux les valoriser (actuellement 11 Euros brut/h pour les MK hospitaliers contre 25 Euros brut /h pour les MK libéraux)
- 5- Reconnaître le statut de « métier sous tension » pour les MK et leur favoriser l'accès aux crèches et logement APHP
- 6- Créer un statut de « MK expert » valorisant l'activité d'enseignement et de recherche des MK de l'APHP

Nous vous remercions de toute l'aide que vous pourrez apporter. Ne pouvant rester passifs et indifférents face à ce « désastre sanitaire annoncé », il est de notre devoir de vous alerter car il est urgent de réagir dès cette année.

Nous sommes prêts à nous mobiliser pour être dans nos établissements, terrains d'expérimentation afin d'évaluer toute solution innovante.

La Collégiale de Gériatrie de l'APHP

## Annexe 4 : contrats types

### KINESITHERAPEUTES - TYPES DE CONTRATS POSSIBLES

#### Groupe Hospitalier Universitaire Paris Ile de France Ouest :

Hôpital Sainte Péline (75016)  
Hôpital Ambroise Paré (92Boulogne Billancourt)  
Hôpital Raymond Poincaré (92 Garches)

#### Cas n°1 :

Titulaire 100% hospitalier : **1470€ net / mois environ, avec un 13<sup>ème</sup> mois** (sous forme de prime).  
Prime d'installation de 1500€ offerte. Et possibilité de logement.  
Possibilité de réaliser des heures supplémentaires rémunérées.

#### Cas n°2 :

Contractuel 100%hospitalier : **2000€ net / mois.**

#### Cas n°3 : CDD 70% hospitalier + libéral (en utilisant le plateau de rééducation du site) (micro BNC\*)

→ Soit 26,6h + 8,4h = 35h/sem

→ 1400 euros + libéral à 522.7€ imposable = **1922.7 € net / mois.**

Ceci représente 26,6h en hospitalier + 8,4 h en libéral = 35h/sem

Micro BNC = Bénéfice non commerciaux. Avantageux fiscalement si la rémunération libéral est inférieure à celle du salariat. Montant annuel à ne pas dépasser : environ 2600€/mois.

#### Cas N°4 : CDD 50% hospitalier + libéral (en utilisant le plateau de rééducation du site)

→ Soit 19h + 29H = 48h / sem

→ 1000€ + libéral à 2593.25€ imposable = **3593.25 € net/mois**

Ceci représente 19h en hospitalier + 29 h en libéral = 48h/sem

#### Contact : **Muriel PELTIER** (Cadre Supérieur de Rééducation)

[muriel.peltier@aphp.fr](mailto:muriel.peltier@aphp.fr)

Tel : 01 47 10 76 35

Les Calculs pour le libéral ont été faits en considérant 25% de charges sociales et 10% de rétrocession à l'hôpital.