

*Etude*

# LES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES EN ÎLE-DE-FRANCE AUJOURD'HUI ET DEMAIN

**SEPTEMBRE 2019**

---

Menée par le cabinet PLEIN SENS

Yaël Benayoun

Caroline Moriceau

Éric Molière

Nicolas Ponchaut



# Le mot du président

**Yvan TOURJANSKY**  
Kinésithérapeute  
Président de l'URPS Kiné IDF



**L'Union Régionale des Professionnels de Santé représente les kinésithérapeutes libéraux d'Île-de-France (URPS Kiné IDF) et contribue, de par ses missions, à l'organisation de l'offre de santé régionale.**

La démographie des kinésithérapeutes est l'une des priorités de l'Agence régionale de santé d'IDF, bien identifiée dans le Plan régional de santé. L'URPS Kiné Île-de-France apporte son expertise et son analyse sur ce sujet au sein de la commission régionale de l'ONDPS (Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé), avec le conseil régional de l'Ordre et la fédération nationale des étudiants en kinésithérapie.

En 2009, une étude de l'ONDPS sur les perspectives du métier de kinésithérapeute et sa place dans la prise en charge des patients a fait ressortir :

- une reconnaissance de l'apport des kinésithérapeutes, ainsi que d'autres auxiliaires médicaux dans le parcours de soins ;
- un « effet nomenclature », qui conduisait à des approches différentes selon les praticiens, plus ou moins sensibles aux orientations données par la cotation des actes ;
- une formation variée d'un institut à l'autre, et relativement à l'écart des facultés de médecine.

Ce rapport a été l'une des bases des actions menées par l'Ordre, le SNMKR, l'URPS, auxquelles j'ai participé ou que j'ai impulsées. L'évolution de la formation la rapproche de l'université ; la nouvelle définition de la kinésithérapie ouvre des possibilités d'accès direct, et donne un poids accru - qui témoigne d'une reconnaissance- au bilan. Cela nous ancre dans le parcours de soins et permet la transmission de notre expertise vis-à-vis des autres acteurs – qui eux même ont connus d'importants changements, qu'il s'agisse des sages-femmes, des ostéopathes, des orthophonistes, des orthoptistes ou des infirmiers.

Dix ans après cette étude, et au regard du chemin parcouru, une mise à jour était nécessaire. L'URPS et le conseil régional de l'Ordre ont proposé à la Commission régionale de l'ONDPS une étude centrée sur la question de l'adéquation entre la demande et l'offre de soins :

- **sur le plan qualitatif** : quel exercice pour les kinésithérapeutes franciliens et quelles perspectives face à une évolution constante des besoins ?
- **sur le plan quantitatif** : sommes-nous suffisamment nombreux dans tous les territoires pour répondre à ces besoins ?

Pour que les suites en soient efficaces, le cahier des charges de l'appel d'offre a été construit avec l'ARS, le CROMK IDF, et la FNEK. Dans le même esprit, le comité de pilotage a été élargi pour associer des représentants des IFMK, des cadres rééducation des établissements, des associations de patients.

Cette étude, confiée au cabinet Plein Sens, doit également être un outil de référence pour l'engagement politique de l'URPS Kiné Île-de-France dans les années à venir, et pour tous les acteurs qui représentent ou accompagnent la profession de kinésithérapeute au quotidien (établissements de santé, pouvoirs publics et patients).

Les avancées professionnelles sont réelles mais encore récentes et peu connues des kinésithérapeutes. L'étude révèle un sentiment et un constat de très forte sollicitation de la profession sans moyens adéquats, allant jusqu'à des risques de surcharge ou d'abandon, qui mérite réponse. Cette tension est variée en fonction des territoires : la réponse devra donc être adaptée aux différentes situations. Le travail à poursuivre dans cette optique doit nécessairement s'appuyer sur une écoute et une prise en compte de ce diagnostic par les pouvoirs publics.



# Avant-propos

L'Union Régionale des Professionnels de Santé – Masseurs-kinésithérapeutes d'Île-de-France (URPS-MK-IDF) a confié au cabinet Plein Sens, une étude sur les conditions d'exercice de la profession de kinésithérapeute, aujourd'hui et demain, en Île-de-France. Ce travail vise une connaissance qualitative de l'offre de kinésithérapie sur les territoires franciliens et une compréhension fine de la manière dont elle trouve place dans l'offre de soins locale, au regard des besoins de la population.

Le besoin exprimé se présente pour partie comme celui d'une reprise, à la fois territorialisée et actualisée, du travail réalisé en 2009 à l'échelle nationale pour le compte de l'Observatoire national des professionnels de santé (ONDPS), par le cabinet Plein Sens ; le périmètre alors considéré incluait les questions de démographie, formation, pratiques et conditions de travail.

La commande d'étude, telle que formulée aujourd'hui par l'URPS-MK-IDF, est motivée par un triple constat :

- la méconnaissance de la démographie fine et qualitative de la profession en Île-de-France, alors même qu'est ressentie par la profession et les usagers une relative insuffisance de l'offre ;
- les évolutions réglementaires et de l'offre de soins ;
- le besoin de pouvoir nourrir les réflexions sur une meilleure répartition de l'offre de soins eu égard aux besoins de la population francilienne, avec l'ensemble des acteurs et partenaires de la profession (unions, syndicats, tutelles, autorités de santé, instituts de formation, ...).

La mission de l'URPS-MK-IDF, fondée suite au décret n° 2010-585 du 02 juin 2010 relatif aux unions régionales de professionnels de santé, est en effet de pouvoir contribuer à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau de l'Île-de-France, et notamment à la préparation du projet régional de santé et à sa mise en œuvre.

Cette étude repose sur le recueil de témoignages de praticiens (kinésithérapeutes, médecins de ville et médecins hospitaliers) mais également d'étudiants en kinésithérapie et de patients. Elle a reçu le soutien de l'Agence régionale de santé (ARS) Île-de-France, et a été réalisée en collaboration avec le Conseil régional de l'Ordre des Kinésithérapeutes, la Fédération nationale des étudiants en kinésithérapie (FNEK), les instituts de formation et les associations de patients.

Le comité de pilotage de l'étude était composé :

Pour l'URPS MK-IDF :

- Yvan Tourjansky, Président
- Loïc Trinh, Vice-président
- Guillaume Rall, Directeur

Représentants de la profession et des usagers :

- Antoine Barbier, VP FNEK Ile-de-France
- Corinne Boudin-Walter, Directrice déléguée du Pôle Grand Hôpital de l'Est Francilien
- Hervé Chanut, Président du collège des cadres de rééducation de l'APHP
- Béatrice Chapin-Bouscarat, cadre supérieur de rééducation de l'APHP
- Eric Charuel, Trésorier du Conseil régional de l'Ordre MK Ile-de-France
- Antoine Dugast, Président FNEK
- Daniel Michon, Directeur de l'ENKRE
- Catherine Olivet, représentante des usagers à la CRSA Île-de-France, (RU CRSA IDF)
- Nicolas Pruvot, Directeur des soins Grand Hôpital de l'Est Francilien
- Ludwig Serre, Président du Conseil régional de l'Ordre MK Ile-de-France
- Jean Signeyrole, Ancien directeur de l'IFMK EFOM & conseiller scientifique
- ARS Ile-de-France

# Sommaire

<b>AVERTISSEMENT DE L'URPS-KINE-IDF</b>	<b>2</b>
<b>AVANT-PROPOS</b>	<b>3</b>
<b>SOMMAIRE</b>	<b>4</b>
<b>LEXIQUE</b>	<b>6</b>
<b>SYNTHESE</b>	<b>7</b>
<b>1. INTRODUCTION : QUELS KINESITHERAPEUTES POUR QUELS BESOINS ?</b>	<b>9</b>
1.1 UNE ETUDE EN REPONSE A UNE DEMANDE...	10
1.1.1 ... SUR LE METIER DE MASSEUR-KINESITHERAPEUTE...	10
1.1.2 ... INSCRITE DANS UN CONTEXTE DE PROFONDE TRANSFORMATION DU SYSTEME DE SANTE FRANÇAIS...	10
1.1.3 ... ET PARCOURUE PAR DE NOMBREUX DEBATS ET INTERROGATIONS SUR LA PROFESSION ET L'ACCES AUX SOINS.	11
1.2 LES ENJEUX DE L'ETUDE	14
1.3 LE PROTOCOLE D'ETUDE	15
1.3.1 L'APPROCHE PAR ETUDE DE CAS	15
1.3.2 UNE CONSULTATION DES KINESITHERAPEUTES LIBERAUX SUR LES DETERMINANTS DE LEURS PRATIQUES : L'ENQUETE EN LIGNE	18
1.3.3 UNE CONSULTATION DES ETUDIANTS DE DERNIERE ANNEE DES IFMK FRANCILIENS	19
1.3.4 LES RESULTATS DE L'ETUDE	20
<b>2. IDENTIFIER ET COMPRENDRE LES DETERMINANTS DE LA PRATIQUE :</b>	<b>21</b>
2.1 UN TERRITOIRE TRES URBANISE ET PLUTOT BIEN DOTE	22
2.1.1 LE XVII <sup>e</sup> ARRONDISSEMENT DE PARIS, UN TERRITOIRE EXIGEANT	23
2.1.2 CARTE DE SANTE DU TERRITOIRE	24
2.1.3 L'OFFRE DE KINESITHERAPIE LIBERALE SUR LE TERRITOIRE	25
2.1.4 UN EXERCICE DE LA KINESITHERAPIE QUI PROMeut LA DISTINCTION	26
2.1.5 PROFIL DE KINESITHERAPEUTE, SUR UN TERRITOIRE TRES URBANISE DE L'OUEST PARISIEN, BIEN DOTE EN OFFRE DE SOINS	30
2.2 UN TERRITOIRE DE LA PROCHE BANLIEUE, AVEC UNE FAIBLE DENSITE DE PRATICIENS	31
2.2.1 SAINT-DENIS, UNE ZONE URBAINE DENSE SOCIALEMENT MARQUEE	32
2.2.2 CARTE DE SANTE DU TERRITOIRE	33
2.2.3 L'OFFRE DE KINESITHERAPIE LIBERALE SUR LE TERRITOIRE	34
2.2.4 UNE PRATIQUE INTENSIVE QUI PEINE A REpondre A UNE DEMANDE TOUJOURS PLUS IMPORTANTE	35
2.1.6 PROFIL DE KINESITHERAPEUTE SUR UN TERRITOIRE URBAIN DE PROCHE BANLIEUE, PEU DOTE EN OFFRE DE SOINS	38
2.3 UN TERRITOIRE RURAL, EN VOIE DE DESERTIFICATION MEDICALE	39
2.3.1 LE CANTON DE COULOMMIERS, UN TERRITOIRE RURAL EN MARGE DU DYNAMISME FRANCILIEN	40
2.3.2 CARTE DE SANTE DU TERRITOIRE	41
2.3.3 L'OFFRE DE KINESITHERAPIE LIBERALE SUR LE TERRITOIRE	42
2.3.4 UNE PRATIQUE DE LA KINESITHERAPIE A BOUT DE SOUFFLE : DE LA RECHERCHE D'UN CADRE DE VIE DE QUALITE AU SENTIMENT D'EPUISEMENT PROFESSIONNEL	43
2.1.7 PROFIL DE KINESITHERAPEUTE SUR UN TERRITOIRE RURAL EN PERIPHERIE, PEU DOTE EN OFFRE DE SOINS	48

### **3. ENSEIGNEMENTS GENERAUX & PERSPECTIVES** **49**

---

3.1	KINESITHERAPEUTES, DES PROFESSIONNELS EN SOUFFRANCE ?	50
3.1.1	LE MAL-ETRE AU TRAVAIL AU CENTRE DU DISCOURS DES KINESITHERAPEUTES RENCONTRES	50
3.1.2	L'EXERCICE SPECIFIQUE COMME ECHAPPATOIRE	51
3.1.3	AVENIR DE LA KINESITHERAPIE GENERALE ET ENJEUX DE SANTE PUBLIQUE	52
3.2	INSTALLATION DES KINESITHERAPEUTES EN ÎLE-DE-FRANCE, DEMOGRAPHIE ET ENJEUX DE SANTE PUBLIQUE	55
3.2.1	DES PROFESSIONNELS LIBERAUX CONTRAINTS PAR LE TERRITOIRE	55
3.2.2	LES DETERMINANTS DU CHOIX D'INSTALLATION SUR UN TERRITOIRE	56
3.2.3	ENJEUX DE SANTE PUBLIQUE ET PRATIQUE LIBERALE, UNE TENSION A EQUILIBRER	58
3.3	RESEAUX ET COLLECTIFS DE SOIN	61
3.3.1	RESEAUX DE SPECIALISTES ET RESEAUX DE PROXIMITE : DEUX REALITES DE L'ACTIVITE PROFESSIONNELLE AUX ANTIPODES L'UNE DE L'AUTRE	61
3.3.2	AU CŒUR DE CES RESEAUX, LE PATIENT : CONSEQUENCES SUR LES CONDITIONS D'ACCES AUX SOINS	64
3.3.3	UN SYSTEME DE SANTE QUI N'APPARAÎT PAS EN CAPACITE DE SUPPORTER LE VIRAGE AMBULATOIRE	65

### **CONCLUSION** **67**

---

### **ANNEXES** **69**

---

ANNEXE 1	: LISTE DES PERSONNES ENTENDUES EN ENTRETIENS EXPLORATOIRES	70
ANNEXE 2	: ÉCHANTILLONNAGE DES PERSONNES ENTENDUES DANS LE CADRE DES ETUDES DE CAS	70
ANNEXE 3	: QUESTIONNAIRE ADRESSE A L'ENSEMBLE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES LIBERAUX D'ÎLE-DE-FRANCE	71
ANNEXE 4	: TRAITEMENT DES REponses AU QUESTIONNAIRE PROPOSE A L'ENSEMBLE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES LIBERAUX D'ÎLE-DE-FRANCE	75
ANNEXE 5	: QUESTIONNAIRE ADRESSE A L'ENSEMBLE DES ETUDIANTS DE 4 <sup>E</sup> ANNEE DES IFMK FRANCILIENS	82
ANNEXE 6	: TRAITEMENT DES REponses AU QUESTIONNAIRE ADRESSE A L'ENSEMBLE DES ETUDIANTS DE 4 <sup>EME</sup> ANNEE DES IFMK FRANCILIENS	85
ANNEXE 7	: RESSOURCES MOBILISEES	88

# Lexique

**AMK** : Actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute au cabinet ou au domicile du malade, à l'exception des actes effectués dans un cabinet installé au sein d'un établissement d'hospitalisation privé au profit d'un malade hospitalisé

**APL** : Indicateur d'accessibilité potentielle localisée développé par la DREES et l'IRDES pour mesurer l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premier recours à un échelon géographique fin

**ARS** : Agence régionale de santé

**CGET** : Commissariat général à l'égalité des territoires

**CH** : Centre hospitalier

**CHU** : Centre hospitalier universitaire

**CMU** : Couverture maladie universelle

**CPAM** : Caisse primaire d'assurance maladie

**CPTS** : Communauté professionnelle territoriale de santé

**CRO-MK** : Conseil régional de l'Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes

**DMP** : Dossier médical partagé

**DMS** : Durée moyenne de séjour

**DREES** : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

**Ehpad** : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

**EPU** : Enseignement post-universitaire

**FNEK** : Fédération nationale des étudiants en kinésithérapie

**GHEF** : Grand hôpital de l'Est francilien

**IAU Île-de-France** : Institut d'aménagement et d'urbanisme de la région Île-de-France

**ICM** : indice comparatif de mortalité

**IRDES** : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé

**IFMK** : Institut de formation en masso-kinésithérapie

**Insee** : Institut national de la statistique et des études économiques

**ISF** : Impôt de solidarité sur la fortune

**ISS** : Inégalités sociales de santé

**MK** : masseur-kinésithérapeute

**MSP** : Maison de santé pluri-professionnelle

**MSP-U** : Maison de santé pluri-professionnelle universitaire

**NGAP** : Nomenclature générale des actes professionnels

**URPS** : Union régionale des professionnels de santé

**SNDS** : Système national des données de santé

**VSL** : Véhicule de santé léger

## Avertissement :

*Dans le présent rapport, les termes « masseur-kinésithérapeute » et « kinésithérapeute » sont employés indifféremment.*

# Synthèse

L'Union Régionale des Professionnels de Santé – Masseurs-kinésithérapeutes d'Île-de-France (URPS-MK-IDF) a confié au cabinet Plein Sens, une étude sur les conditions d'exercice de la profession de kinésithérapeute, aujourd'hui et demain, en Île-de-France.

Soutenu par l'Agence régionale de santé (ARS) Île-de-France, et réalisé en collaboration avec le Conseil régional de l'Ordre des Kinésithérapeutes, la Fédération nationale des étudiants en kinésithérapie (FNEK), les instituts de formation et les associations de patients, ce travail vise une connaissance qualitative de l'offre de kinésithérapie sur les territoires franciliens et une compréhension fine de la manière dont elle trouve place dans l'offre de soins locale, au regard des besoins de la population.

La spécificité de cette étude a été de lier la question de l'adéquation entre la demande et l'offre de soins à celle des conditions de travail de professionnels libéraux. Considérant les masseurs-kinésithérapeutes franciliens comme des *acteurs*, il s'est ainsi agi de caractériser les logiques sous-tendant leurs pratiques et actions, d'identifier les moteurs de leurs motivations et les déterminants de leur trajectoire professionnelle, d'explorer leurs interactions au sein des différents réseaux de santé.

Trois monographies ont été menées sur des territoires contrastés de l'Île-de-France. Loin de prétendre à l'exhaustivité des pratiques observées, la monographie rend visible les dynamiques et les jeux d'acteurs présents sur un territoire donné. Cela permet de comprendre comment un certain nombre de processus généraux s'incarnent et s'articulent à une échelle territoriale. Les territoires retenus sont complémentaires de par leur échelle (un arrondissement, une commune, un canton), mais également de par leur profil sociodémographique (population vieillissante et aisée au cœur de la métropole parisienne ; population jeune et pauvre en proche banlieue ; population rurale et excentrée aux marges de la région). Cette diversité a permis d'éclairer la manière dont sur un territoire, politiques publiques et stratégies individuelles sont mises en tension.

Deux consultations ont complété cette approche qualitative. La première a été adressée à l'ensemble des masseurs-kinésithérapeutes libéraux établis sur le territoire francilien et a permis de compléter, confirmer ou infirmer les enseignements des monographies. La seconde a été adressée aux étudiants en kinésithérapie d'Île-de-France de la promotion 2019 et a permis de les interroger sur leur projection professionnelle afin d'avoir une vision prospective des tendances à venir.

Le premier apport de ces deux approches est de rendre visible la forte territorialisation de la pratique de la kinésithérapie. Ainsi, sur un même territoire, les pratiques des kinésithérapeutes se ressemblent, alors que l'on observe d'importantes disparités d'un territoire à l'autre, et ce sur des éléments majeurs du métier et de l'offre de soin tels que le type d'offre développée (spécialisée / généraliste / non-conventionnelle), la pratique du domicile ou encore la coordination interprofessionnelle.

De plus, l'attention portée aux vécus au travail a fait ressortir pour une grande partie des masseurs-kinésithérapeutes un triple constat :

- Un sentiment de mal-être au travail en kinésithérapie générale, dû majoritairement à l'intensité des rythmes de travail, à la multiplication des situations conflictuelles et des conflits de valeur rencontrés par les kinésithérapeutes dans l'exercice de leur métier ;
- Une tension entre les stratégies individuelles et les contraintes engendrées par le territoire d'exercice (profil socio-démographique de la population, densité de population, infrastructures et moyens de transport, caractéristiques économiques, démographie des professionnels de santé) ;
- Une déficience des réseaux de santé de proximité.

Ces éléments sont nouveaux dans la littérature. Ils se rapprochent néanmoins de constats qui sont posés depuis une dizaine d'années concernant l'activité des médecins libéraux.

Ainsi, la détermination forte du type de pratiques par le territoire d'exercice semble avoir des conséquences à la fois sur le vécu au travail ainsi que sur les stratégies professionnelles développées par les kinésithérapeutes. En effet, malgré l'existence en France d'un diplôme unique en kinésithérapie, on observe de plus en plus de la part des acteurs la revendication de pratiques « spécialisées ». Ces pratiques spécifiques se définissent par une sélection de patientèle et une spécialisation du praticien dans un certain type de prise en charge ou un certain domaine d'expertise ; par opposition à une pratique dite « généraliste ». De ce fait, la spécialisation, apparaît pour certains professionnels comme un moyen possible de réenchanter leur travail, en leur permettant d'accéder à davantage de reconnaissance et en accroissant leur marge de manœuvre sur leurs conditions de travail.

Ces phénomènes soulèvent directement des enjeux de santé publique, concernant notamment la qualité et l'équité d'accès aux soins, et il apparaît à l'issue de cette étude que la bonne mise en œuvre des politiques publiques ne peut être découplée de la question des conditions d'exercice des masseurs-kinésithérapeutes, ainsi que de leur vécu au travail.

Au vu de la complexité des sujets, la seule approche quantitative de l'offre en kinésithérapie (zonage et démographie des professionnels) ne peut permettre de répondre correctement aux besoins de la population. Elle doit se doubler de la prise en compte d'éléments constitutifs de la vie du masseur-kinésithérapeute (en tant que professionnel, mais également plus globalement, en tant qu'individu) qui dépassent la simple adéquation arithmétique offre/besoins : l'aspect financier (« *ce que je gagne* »), la qualité de vie (« *où je vis* »), l'intérêt professionnel (« *comment je veux travailler* »).

L'accessibilité des soins pour la population francilienne doit ainsi être travaillée en écho à l'attractivité de la profession et à l'attractivité territoriale. Issus des éléments d'analyse et échanges avec différents acteurs de santé, trois grands axes de recherche de solutions sont cités dans ce rapport :

- L'agilité organisationnelle, en expérimentant d'autres formes de coordination des soins comme l'accès direct des patients pour les kinésithérapeutes dans certaines zones du territoire francilien ou au sein des CPTS ;
- L'agilité tarifaire sur le territoire régional, afin de mieux prendre en compte la façon dont le territoire d'installation détermine la pratique de la kinésithérapie en fonction de la patientèle locale et de ses besoins ;
- La définition de nouvelles formes d'accompagnement des professionnels libéraux par les pouvoirs publics, et son corolaire, la création de nouveaux métiers dans l'organisation des soins.

Ces éléments sont autant de pistes de réflexion qui sont à articuler avec des questions économiques et organisationnelles plus générales de l'offre de soin.

En conclusion, les solutions pour le système de soins de demain en Île-de-France sont à construire sur un modèle hétérogène, en accompagnant les stratégies professionnelles et financières, ainsi que les modèles de pratiques développés par les kinésithérapeutes au contact des réalités et spécificités locales de leur territoire d'exercice. Cet accompagnement est à concevoir à travers une approche plus pragmatique, en partant de la réalité des territoires sans essayer d'en gommer les spécificités, mais plutôt en accompagnant une pratique libérale territorialisée, et en construisant des solutions localement à partir du réel du travail des masseur-kinésithérapeutes.

# 1. Introduction : quels kinésithérapeutes pour quels besoins ?

Éclairer le débat sur l'accessibilité aux soins de kinésithérapie en région Île-de-France

## 1.1 Une étude en réponse à une demande...

### 1.1.1 ... sur le métier de masseur-kinésithérapeute...

Le métier de masseur-kinésithérapeute est un métier du soin, réglementé par le Code de la Santé Publique, au titre II du livre III consacré aux auxiliaires médicaux :

*La pratique de la masso-kinésithérapie comporte la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement :*

- 1° Des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne ;
- 2° Des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles.

*Le masseur-kinésithérapeute peut également concourir à la formation initiale et continue ainsi qu'à la recherche.*

*Le masseur-kinésithérapeute exerce son activité en toute indépendance et en pleine responsabilité conformément au code de déontologie mentionné à l'article L. 4321-21.*

Le masseur-kinésithérapeute travaille pour, avec et sur le corps d'autrui. Il « prend soin » du corps, et pour ce faire, son activité doit s'inscrire dans la durée. Elle prend sens par un double contact avec le patient. Un contact « tactile » tout d'abord : le praticien manipule, physiquement, avec ses mains, le corps du patient. Et un contact « psycho-social », moins perceptible au premier abord et pourtant essentiel à la relation de soins : le praticien a également un rôle d'accompagnement dans la prise en charge qui repose sur l'écoute et l'attention portée au patient<sup>1</sup>. Cet engagement tant corporel que relationnel est au cœur de la pratique du kinésithérapeute, de la réalité de son travail. Condition *sine qua non* au bon déroulement du processus de soins, développer avec chaque patient le contact *ad hoc* est à la fois ce qui fait la difficulté et le sel du métier.

Après avoir été un objet de débat pendant de longues années, l'efficacité de la kinésithérapie est désormais scientifiquement documentée et reconnue au sein du système de santé français. L'organisation des soins de kinésithérapie et leur répartition sur le territoire sont au cœur des enjeux de santé publique (notamment concernant la prise en charge des pathologies chroniques) : insuffisance numérique des praticiens, inégalités territoriales d'accès aux soins, qualité des soins liée à une meilleure coordination entre les acteurs sont autant de problématiques que cette étude tente d'éclairer, au plus près des réalités vécues par les masseur-kinésithérapeutes d'Ile-de-France.

### 1.1.2 ... inscrite dans un contexte de profonde transformation du système de santé français...

En septembre 2018, le Président de la République, Emmanuel Macron, et la ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn, ont présenté le projet national « Ma Santé 2022 ». Ce projet vise une transformation en profondeur du système de santé français dans le but de répondre aux nouveaux besoins et attentes en matière de santé : vieillissement de la population, forte augmentation des maladies chroniques, apparition de nouvelles thérapeutiques, avancées technologiques, etc.

Le projet insiste tout particulièrement sur la nécessité de rendre la synergie et la coordination des professionnels de santé efficiente sur l'ensemble du territoire national. Territorialisation et coopération sont ainsi les maîtres mots du projet « Ma Santé 2022 » :

---

<sup>1</sup> MATHARAN Judith, MICHEAU Julie et RIGAL Elsa, *Le métier de masseur-kinésithérapeute*, DREES : MA0800578, Paris : Plein Sens, 2009. Disponible sur : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ONDPS\\_etude\\_masseur\\_kinesitherapeute.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ONDPS_etude_masseur_kinesitherapeute.pdf)

L'exercice isolé doit devenir l'exception d'ici à 2022 ; les soins de proximité de demain appellent à un exercice coordonné entre tous les professionnels de santé. Cet exercice coordonné signifie qu'à l'échelle d'un territoire (entre 20 000 et plus de 100 000 habitants), l'ensemble des professionnels de santé doivent s'organiser pour garantir l'accès à un médecin traitant, pour organiser une réponse aux urgences qui relèvent des soins de ville, pour proposer plus d'actions de prévention, pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées et pour mieux coopérer entre médecins de toutes spécialités, notamment autour des pathologies chroniques.<sup>2</sup>

Déclinaison francilienne du projet « Ma Santé 2022 », le Projet Régional de Santé (PRS) d'Île-de-France 2018-2022, conduit par l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Île-de-France, s'articule autour de cinq grands axes de transformation du système de santé :

1. Promouvoir et améliorer l'organisation en parcours des prises en charge en santé sur les territoires ;
2. Une réponse aux besoins mieux ciblée, plus pertinente et efficiente ;
3. Permettre un accès égal et précoce à l'innovation en santé et aux produits de la recherche ;
4. Permettre à chaque francilien d'être acteur de sa santé et de la politique sanitaire ;
5. Inscrire la santé dans toutes les politiques.

Dans le but de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, et favoriser une présence médicale et soignante accrue, l'un des leviers majeurs du projet est la création, sur l'ensemble du territoire, de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). À travers le regroupement de plusieurs praticiens autour d'un projet commun, l'objectif des CPTS est de renforcer l'organisation et la coordination des soins sur un territoire donné, et ainsi améliorer la prise en charge des patients. La première CPTS d'Île-de-France a été inaugurée le 26 mars 2019 dans le 13<sup>e</sup> arrondissement de Paris.

En parallèle de ces grands projets de santé territoriaux, le conseil régional d'Île-de-France intervient dans la lutte contre les « déserts médicaux<sup>3</sup> ». Les masseurs-kinésithérapeutes font partie des professions bénéficiant des dispositifs mis en œuvre dans le cadre de la politique « Région solidaire »<sup>4</sup> : bourses régionales pendant les deux dernières années de formation, financement de maisons de santé, aides à l'installation, zonage de l'ARS, etc.

La présente étude, commandée par l'URPS MK-IDF vient nourrir les réflexions menées dans le cadre du « Programme 2 – Ressources humaines en santé » du Projet régional de santé 2018-2022 sur les sujets suivants : la démographie de la profession ; la cohérence entre la formation proposée en IFMK et les besoins de santé des Franciliens ; les conditions d'installation des kinésithérapeutes dans les zones les plus défavorisées afin de permettre une réduction des inégalités d'accès aux soins ; et enfin, l'amélioration des conditions de travail des professionnels (entendues au sens large, incluant les facilités d'installation et de vie proposées par les territoires concernées)<sup>5</sup>.

### **1.1.3 ... et parcourue par de nombreux débats et interrogations sur la profession et l'accès aux soins.**

Les projets portés par les pouvoirs publics font directement échos aux débats qui animent la profession et les professionnels de santé. Afin d'appréhender plus finement les problématiques qu'ils posent à la profession, il nous semble important de nous arrêter sur trois de ces enjeux :

- la démographie de la profession et la valorisation du métier ;
- les inégalités d'accès aux soins et les inégalités sociales en santé ;
- l'adéquation entre les conditions matérielles d'un travail libéral et les enjeux de santé publique.

---

<sup>2</sup> Ma santé 2022, Un engagement collectif, 18/ 09/2018, p. 21.

<sup>3</sup> Comme le rappelle Matthieu Frélaud dans son article « Les déserts médicaux » dans Regards (n°53, 2018) : « la notion [de « désert médical »] ne renvoie à aucun contenu concret, aucune définition. Elle suppose donc la définition de critères, qui par définition sont contestables et contestés. » Néanmoins, la notion sert à poser les problématiques d'accès aux soins liées à la répartition territoriale des professionnels de santé.

<sup>4</sup> Région Ile-de-France, région solidaire, rapport CR 2018-024.

<sup>5</sup> Projet régional de santé 2018-2022, p. 101-103.

## Démographie de la profession et valorisation du métier en débat

Le débat portant sur la démographie des kinésithérapeutes a été ravivé en juillet 2018 par la publication d'un des derniers rapports de la DREES<sup>6</sup>. Ce dernier indique que « *l'offre de soins [en kinésithérapie] progresserait même plus vite que les besoins* » et souligne à plusieurs reprises le caractère incontrôlé de la démographie de la profession. Cette position est contestée par de nombreux acteurs pour qui on assisterait au contraire à une pénurie de praticiens. Cela entraînerait mécaniquement une tension dans les effectifs des masseurs-kinésithérapeutes, notamment dans le cadre de l'exercice salarié de la profession, et une dégradation de la qualité des soins. Le recours important à des praticiens étrangers<sup>7</sup> pour combler ce déficit de professionnels alimente des débats connexes : équivalence entre les formations, perte de la dimension relationnelle du métier, turn over fréquent des praticiens, etc.

Afin d'éclairer les réflexions sur ce sujet, quelques chiffres :

- 12 105 professionnels sont inscrits au Tableau de l'Ordre au 31 janvier 2018 comme ayant au moins leur exercice principal établi en région Ile-de-France ;
- Parmi eux, 10 212 praticiens ont une activité libérale, ce qui représente près de 80% des kinésithérapeutes ;
- 2 318 praticiens ont quant à eux une activité salariée, exclusive ou non ;
- La densité standardisée, qui rapporte le nombre de masseurs-kinésithérapeutes à la population française pondérée par tranche d'âge en fonction de sa consommation de soins de kinésithérapie, a progressé de 30% entre 2000 et 2016<sup>8</sup> ;

Ainsi, le débat sur la démographie se focalise tout particulièrement sur la kinésithérapie salariée, présentée comme une profession en danger par plusieurs acteurs. L'exercice salarié serait mis en tension par des problématiques bien spécifiques que nous résumons succinctement ici<sup>9</sup> :

- La pénurie qui touche les cliniques et les hôpitaux, peu attractifs de par le faible niveau des salaires proposés ;
- La place du kinésithérapeute au sein de l'équipe médicale et de l'organisation hospitalière ;
- Les place et fonction des kinésithérapeutes étrangers au sein de l'activité publique hospitalière ;
- Le développement de la recherche.

Au-delà des chiffres, il semble que c'est la valorisation de l'activité et des compétences de la profession au service des priorités de santé publique qui est en question. Le sentiment d'un manque de reconnaissance de la part des pouvoirs publics d'une part, et des autres professions de santé d'autre part, se ressent fortement dans le discours des kinésithérapeutes salariés. Plusieurs kinésithérapeutes rencontrés lors de l'étude et ayant travaillé en tant que salarié ont ainsi exprimé le sentiment d'être « mis de côté » au sein de la hiérarchie hospitalière, de ne pas y voir de perspectives professionnelles épanouissantes. Avec le passage en 2019 du diplôme de kinésithérapeute à Bac+5, l'écart entre la reconnaissance attendue par les kinésithérapeutes salariés, et le ressenti des professionnels risque de s'accroître. Comment alors concilier enjeux de santé publique et aspirations des professionnels ? Comment améliorer la reconnaissance du travail de ses professionnels ? Quelles solutions pour mettre en adéquation la démographie de la profession et les besoins en santé des franciliens ?

## Garantie d'accès aux soins et inégalités en santé, des réalités contrastées

Autre sujet, les solutions mises en œuvre par les pouvoirs publics afin de garantir l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire font souvent débat. L'approche quantitative utilisée pour construire le

---

<sup>6</sup> Communiqué de presse du Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes du 24 juillet 2018

<sup>7</sup> Par « kinésithérapeute étranger » on entend des kinésithérapeutes (français ou non) qui ont suivi leurs études et ont obtenu leur diplôme à l'étranger. En 2017, sur 5500 nouveaux inscrits au tableau de l'ordre, 2144 professionnels avaient obtenu leur diplôme dans un pays de l'Union Européenne autre que la France, et 16 dans un pays hors UE. Source : Rapport d'activité 2017 de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes

<sup>8</sup> D'ici à 2040, les effectifs des masseurs-kinésithérapeutes augmenteraient de 57% soit bien plus que les besoins de soins, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, Etudes & Résultats N° 1075, Juillet 2018

<sup>9</sup> Voir à ce sujet *Le livre blanc de la profession pour une kinésithérapie performante et moderne dans la fonction publique hospitalière*, co-élaboré par les organisations professionnelles de la masso-kinésithérapie et le collectif « Sauvons la kinésithérapie hospitalière »

zonage des kinésithérapeutes, basée sur le calcul de la densité de professionnels *via* la méthode APL<sup>10</sup>, bien que nécessaire, est considérée comme insuffisante. De fait, dans le zonage produit par l'ARS, actuellement 87% du territoire francilien se trouve classé en zone « intermédiaire », ce qui ne rend qu'imparfaitement compte des difficultés rencontrées tant par les professionnels que par les patients. Parmi les débats qui animent les acteurs de santé, sont régulièrement cités :

- **Le déficit de réponse aux besoins en soins à domicile**, qui affecte particulièrement les personnes à mobilité réduite chronique ou des suites d'une hospitalisation. La difficulté pour trouver un praticien, rencontrée par ces patients parmi les plus vulnérables, entraînerait des défauts de continuité dans les parcours de soins ainsi qu'une défaillance dans le lien ville-hôpital. Cette problématique se fait d'autant plus prégnante dans le contexte du virage ambulatoire sur l'ensemble du territoire ;
- **L'inadéquation des soins et des structures aux nouveaux besoins de prise en charge**, liée en partie au vieillissement de la population. Le développement des polyopathologies et du polyhandicap fait émerger de nouveaux besoins dans la prise en charge des patients. Se pose alors la question de la formation, des moyens d'adaptation et de l'appétence des kinésithérapeutes nouvellement formés pour ces prises en charge ;
- **Le manque d'organisation de la coordination des soins entre acteurs de santé**. Ce sujet ne concerne pas les seuls kinésithérapeutes, mais en tant qu'acteur de santé, la profession se retrouve au cœur du sujet. Améliorer l'accompagnement et le suivi des patients, éviter la redondance d'actes, optimiser les parcours de soins et la charge de travail des praticiens sont autant d'enjeux auxquels l'organisation actuelle de la coordination entre professionnels de santé ne paraît pas pouvoir répondre.

L'approche uniquement quantitative du zonage ne semble pas permettre de documenter et de rendre visible ces éventuelles défaillances du système de soins. Qui sont les kinésithérapeutes ? Quelles sont leurs pratiques ? Répondent-ils aux besoins des populations des territoires sur lesquels ils sont installés ? Quels sont les outils de coordination et d'orientation existant pour accompagner les patients dans leur parcours de soins ?

### **Modèles économiques tenables, conditions de travail souhaitables et enjeux de santé publique, une difficile équation ?**

En résonance à l'ensemble de ces sujets se pose la question du modèle économique des kinésithérapeutes franciliens. La kinésithérapie ne connaît pas la sectorisation à l'instar des médecins ; possibilité est toutefois donnée aux kinésithérapeutes de pratiquer des dépassements d'honoraires en cas d'exigences particulières des patients. La Sécurité sociale exerce son rôle de contrôle et de régulation de l'offre de soins en surveillant et rappelant à l'ordre le cas échéant.

Semble ainsi se dessiner une difficile équation pour l'organisation des soins qui doit à la fois permettre un modèle économiquement viable, répondre aux enjeux de santé publiques, et garantir des conditions de travail souhaitables et épanouissantes pour les praticiens. L'étude réalisée en 2009 pour l'ONDPS a permis d'identifier plusieurs stratégies et formes de réponse adoptées par les masseurs-kinésithérapeutes<sup>11</sup> : pour certains, cela se traduit par une organisation des soins qui ne respecte pas les obligations conventionnelles signées avec l'assurance maladie (plusieurs patients soignés en parallèle, dépassement d'honoraires sans exigence particulière du patient etc.), pour d'autres par le développement de pratiques non-thérapeutiques (offre de soins et de bien-être, etc.). Est-ce à dire que le respect de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ne permet pas un exercice économiquement tenable ? Quelles sont les conséquences sur la santé et sur l'égalité d'accès aux soins ? Quels sont les déterminants de la stratégie des praticiens et les modèles économiques mis en œuvre pour apporter une réponse à cette équation ?

---

<sup>10</sup> Accessibilité Potentielle Localisée. Son calcul pour un territoire se base sur plusieurs variables : le niveau d'activité des kinésithérapeutes, la population de chaque commune, standardisée par l'âge, et l'accessibilité d'un cabinet, par le calcul de la distance entre les communes.

<sup>11</sup> MATHARAN Judith, MICHEAU Julie et RIGAL Elsa, *Le métier de masseur-kinésithérapeute*, DREES : MA0800578, Paris : Plein Sens, 2009. Disponible sur : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ONDPS\\_etude\\_masseur\\_kinesitherapeute.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ONDPS_etude_masseur_kinesitherapeute.pdf), page 11

## 1.2 Les enjeux de l'étude

Les éléments de contexte rapidement évoqués ci-dessus montrent une profession animée par une tension qui peut paraître paradoxale entre d'une part une sollicitation croissante de la part des patients et prescripteurs à laquelle elle ne saurait plus répondre, d'autre part une forme de doute sur elle-même, d'inquiétude sur son devenir et sur la place qui lui est et lui sera reconnue dans l'organisation des soins et comme profession de santé. Face à elle, les pouvoirs publics - Etat et collectivités territoriales d'Île-de-France - s'inquiètent de la rareté des masseurs-kinésithérapeutes sur certains territoires et/ou en établissement, et œuvrent à en faciliter l'installation.

La situation des masseurs-kinésithérapeutes en Île-de-France pourrait donc sembler connue, documentée, discutée. Pouvoirs publics (DREES, ORS Ile-de-France, Sécurité Sociale) et représentants de la profession (URPS, Conseil de l'Ordre, syndicats) produisent année après année des éléments de connaissance.

Dans ce cadre, le travail d'investigations supplémentaires confié à un tiers a d'abord pour vocation de permettre un débat fructueux entre les différentes parties prenantes sur la base d'un diagnostic partagé : un matériau neuf, construit avec le conseil et sous le regard de tous, se trouve exposé et discuté de manière à ce que chacun puisse imaginer son rôle dans des voies d'amélioration imaginées de manière concertée.

De manière plus précise, l'étude ici présentée vise ainsi à :

- **Valoriser l'activité des masseurs-kinésithérapeutes**, en donnant à voir les réalités de l'exercice professionnel, en fonction des territoires et des choix opérés par les kinés ;
  - o Il s'agit ici de pointer les difficultés du métier le cas échéant, mais également de montrer en quoi et à quelles conditions la kinésithérapie vient ou pourrait venir en appui des actions de santé publique ;
- **Identifier les conditions d'un exercice économiquement tenable**, professionnellement satisfaisant et facteur d'épanouissement global pour les kinésithérapeutes ;
- **Apporter des éléments de connaissance sur les besoins en kinésithérapie (nature et localisation) non satisfaits**, sur les populations laissées, de fait, sans les soins dont elles auraient besoin ;
  - o Cet aspect, relativement décentré par rapport à l'objet premier et central de l'étude, est toutefois abordé via la connaissance ou la représentation qu'en ont les professionnels sur les territoires, mais également via les témoignages de patients et l'analyse des aspirations des futurs kinés ;
- **En déduire, pour les pouvoirs publics, les leviers d'action les plus pertinents pour favoriser les conditions d'un exercice libéral et/ou salarié le plus attractif et satisfaisant possible, tout en répondant aux enjeux de santé publique**. Ces réflexions devront autant que possible s'appuyer sur une analyse de la situation actuelle (au regard des 3 axes précédents), mais également sur une projection des évolutions attendues (besoins de la population francilienne d'une part, démographie de la profession et aspirations des nouvelles générations de kinésithérapeutes d'autre part).

Pour instruire ces différents points, l'étude a cherché à **retracer les déterminants de trajectoire des masseurs-kinésithérapeutes franciliens** : ce qui détermine, et peut faire évoluer leur mode d'exercice, leur lieu d'installation, leur pratique ; et enfin la manière dont ils perçoivent leur rôle dans les réseaux de santé et de proximité, aujourd'hui et demain.

Il s'est donc avant tout agi d'écouter les acteurs et d'analyser leurs conditions d'exercice ou de recours aux soins dans des environnements précisément décrits.

## 1.3 Le protocole d'étude

La méthode mise en œuvre pour éclairer au mieux les différentes interrogations formulées par les parties prenantes a articulé quatre composantes :

- Des **études de terrain**, ou études de cas, permettant d'écouter les acteurs au cours d'entretiens en face-à-face, sur des territoires définis ; ces études de cas ont permis de mettre en évidence et de caractériser des grands modèles (ou archétypes d'exercice professionnel) ;
- Une **consultation de l'ensemble des masseurs-kinésithérapeutes libéraux franciliens**, conçue à partir des résultats des études de terrain, et mise en œuvre avec le concours de l'ARS et de l'URPS-Kiné-IdF (cf. questionnaire et traitement des réponses, annexes 3 et 4) ;
- Une **consultation des étudiants de dernière année dans les IFMK franciliens** ; cette consultation, mise en œuvre avec le concours de l'ARS, des IFMK et de la FNEK, vise à recueillir une projection des intentions d'exercice des futurs masseurs-kinésithérapeutes (cf. questionnaire et traitement des réponses, annexes 5 et 6) ;
- Une **mise en perspective de ces schémas et résultats avec les principaux indicateurs de démographie et d'activité** de la profession aujourd'hui rendus disponibles par l'ARS IDF, par la Sécurité Sociale, par la profession elle-même.

### 1.3.1 L'approche par étude de cas

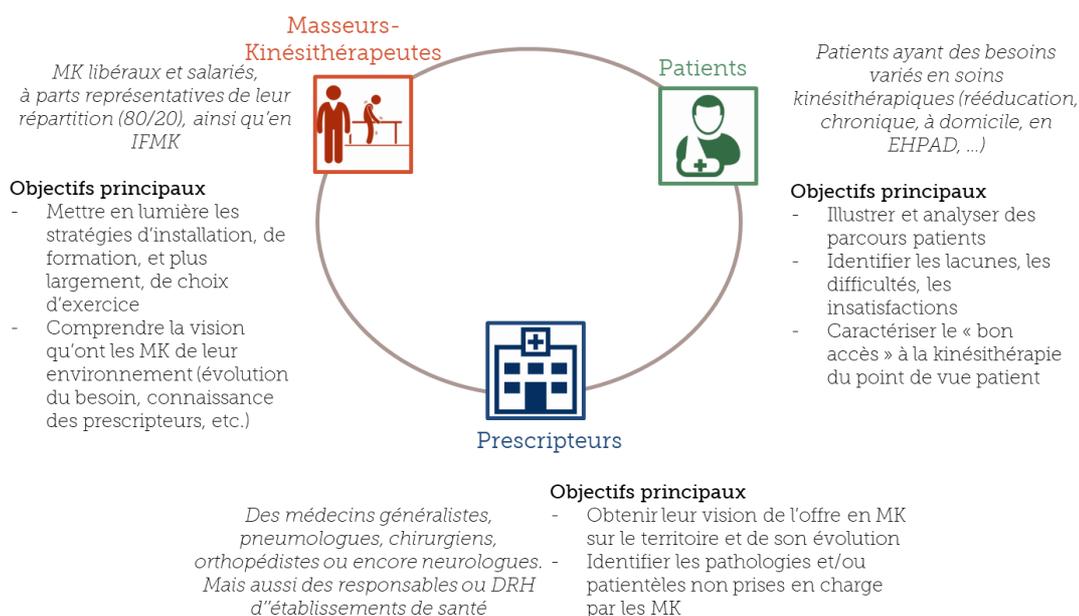
L'étude de cas est une méthode de recherche permettant une vision holistique d'un système social donné ; elle rend possible des descriptions détaillées de situations, elle fournit une connaissance approfondie sur les interactions entre les acteurs, sur leurs comportements, leurs représentations, leurs raisons d'agir. Elle permet ainsi une analyse des faits et des comportements « en contexte ».

Le choix de l'étude de cas comme manière d'instruire la question des déterminants et composantes des trajectoires professionnelles et des situations d'exercice des kinésithérapeutes franciliens, garantit entre autres les possibilités :

- de dépasser les explications d'ordre général en donnant à voir des dynamiques locales ;
- de varier les contextes d'exercice, alors que la diversité des territoires et les inégalités d'accès aux soins sont deux données majeures et problématiques de la situation francilienne ;
- de multiplier et croiser les regards portés sur une même situation locale pour limiter les biais ;
- d'instruire la question de la possibilité d'un suivi dans la prise en charge d'un patient.

La monographie se nourrit d'expressions subjectives des interviewés et donc permet aussi de dépasser la seule lecture par les déterminants pour entrer dans l'analyse par les acteurs eux-mêmes de leur pratique et de leur vécu travail.

#### Composantes de l'étude de cas

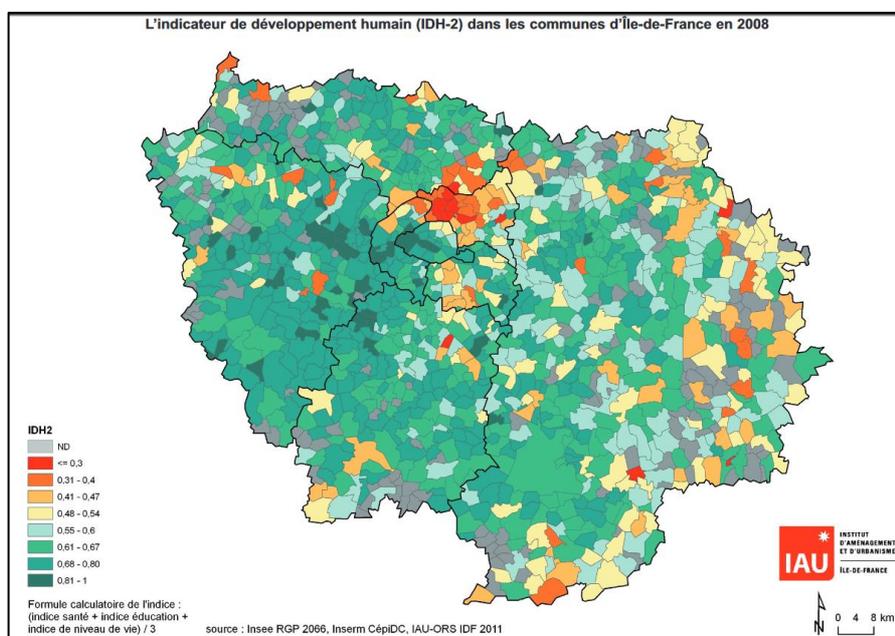


Le choix des territoires d'investigations a répondu à une logique de différenciation maximale sur un certain nombre de variables *a priori* déterminantes pour les conditions d'exercice du kinésithérapeute comme pour l'accès aux soins par la population locale : profil socio-démographique du territoire, offre de soins, densité urbaine et commodités (dont moyens de transports).

Trois territoires ont ainsi été retenus pour les types de situations et de problématiques qu'ils devaient permettre d'éclairer :

- **Une zone urbaine dense de Paris intramuros**, présentant une population plutôt âgée (28,8% de la population a plus de 60 ans) et aisée, ainsi qu'une densité médicale importante – le 16<sup>ème</sup> arrondissement de Paris ;
- **Une zone périphérique urbaine dense**, présentant une population jeune avec une part importante de populations immigrées, une population socialement très défavorisée ainsi qu'une faible densité médicale – la commune de Saint-Denis en Seine-Saint-Denis ;
- **Une zone périphérique rurale**, mal desservie par les transports en commun, dotée d'une population vieillissante (21% des habitants ont plus de 60 ans), et dont toute la partie Est est classée en zone « très sous-dotée » pour les masseurs-kinésithérapeutes par l'ARS – le canton de Coulommiers en Seine-et-Marne.

L'indicateur de développement humain IDH-2 ci-dessous permet une première caractérisation de ces territoires et une appréciation comparée de leur situation globale. Il sera complété dans le cadre des monographies.



L'indicateur de développement humain IDH-2 (2013)

	Paris 16e	Saint-Denis	Coulommiers
<b>IDH-2</b>	<b>0.876</b>	<b>0.342</b>	<b>0.333</b>
Education <sup>12</sup>	0.937	0.333	0.187
Revenu <sup>13</sup>	0.870	0.144	0.393
Santé <sup>14</sup>	0.820	0.549	0.419

Lecture : plus l'indice est proche de 1, meilleur est l'IDH-2

<sup>12</sup> Capacité d'accéder à l'éducation et aux connaissances : part de la population de 5 ans et plus non scolarisée diplômée du bac ou d'un diplôme d'études supérieures

<sup>13</sup> Capacité d'accéder aux ressources matérielles indispensables pour atteindre un niveau de vie décent : médiane des revenus déclarés par unité de consommation

<sup>14</sup> Capacité de bénéficier d'une vie longue et saine : espérance de vie des deux sexes calculée sur une période de 5 ans

## Note sur le périmètre d'étude : une focalisation sur la pratique libérale

2160 masseurs-kinésithérapeutes exercent en Ile-de-France comme salariés d'un établissement ou en exercice mixte (donnée Conseil de l'Ordre, 2017). Certains d'entre eux ont été rencontrés dans le cadre des études de cas territoriales.

À travers les investigations menées, il est apparu que la pratique du métier de kinésithérapeute est très différente selon qu'il soit exercé en libéral ou en salarié. Chacun de ces deux modes d'exercice présente ainsi des problématiques bien spécifiques.

L'approche territoriale adoptée pour mettre en lumière le réel du travail des praticiens est tout à fait adapté à l'exercice libéral, mais fait beaucoup moins sens en ce qui concerne l'exercice salarié. Ainsi, la structure qui emploie le praticien, l'organisation de l'équipe de soins ou encore la fonction exercée au sein de l'organisation sont autant d'éléments déterminants pour les kinésithérapeutes salariés uniquement.

En accord avec le comité de pilotage, il a donc été décidé d'axer l'étude sur l'exercice libéral du métier, forme d'exercice majoritaire de la kinésithérapie (80% des praticiens du territoire français exercent en libéral) :

- Les monographies s'attachent à mettre en lumière la pratique libérale des kinésithérapeutes de chacun des trois territoires ;
- Le questionnaire construit à l'issue des entretiens de terrain a été construit et adressé aux seuls kinésithérapeutes libéraux ;
- Le rapport d'étude est centré sur l'exercice libéral en Île-de-France.

### 1.3.2 Une consultation des kinésithérapeutes libéraux sur les déterminants de leurs pratiques : l'enquête en ligne

Si les études de cas permettent de comprendre de manière fine la raison des pratiques des acteurs sur un territoire, elles ne disent pas en revanche leur prévalence ni leur répartition. Ainsi, pour compléter les données déjà disponibles sur la démographie des kinésithérapeutes à l'échelle de l'Ile-de-France par une connaissance de leurs pratiques et conditions d'exercice, convenait-il d'interroger l'ensemble des praticiens.

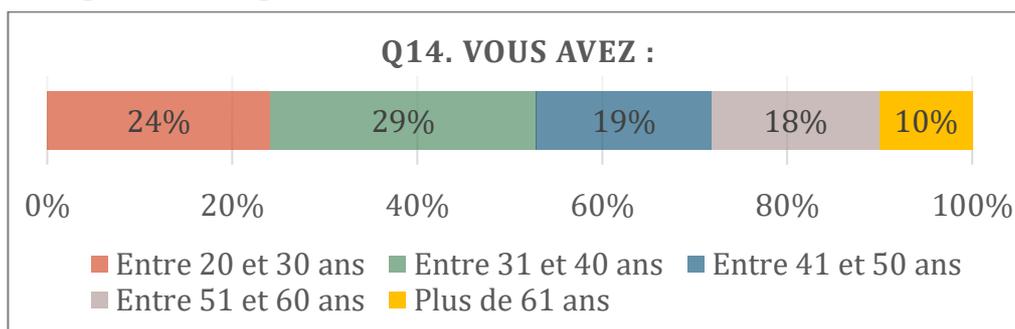
Une telle enquête fut administrée par les soins de l'ARS Ile-de-France sur la base du questionnaire élaboré par Plein Sens à l'issue des études de cas et validé par le comité de pilotage. Un peu plus de 8000 kinésithérapeutes libéraux et mixtes<sup>15</sup> ont été sollicités pour y répondre, avec un relai de communication important assuré par l'URPS-MK-IDF. La consultation a été ouverte pendant trois semaines au début du mois de juillet.

Finalement, ce sont 1 569 kinésithérapeutes franciliens (soit environ 20% de participation) qui ont répondu à l'enquête en ligne et se sont ainsi exprimés sur leurs pratiques et conditions de travail. Cette mobilisation des professionnels libéraux est précieuse et riche d'enseignements. Malgré les relances d'une partie des acteurs de la profession, la proportion de participants par rapport au total de la population francilienne n'est pas suffisante pour pouvoir en tirer des enseignements sur l'ensemble du territoire régional.

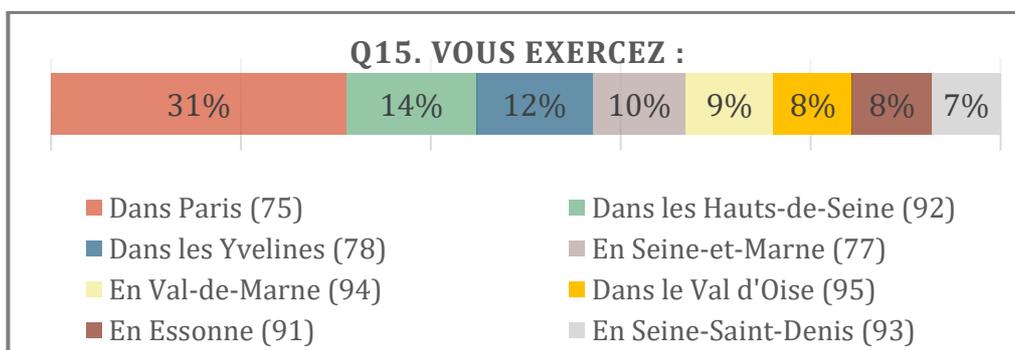
Cependant, bien que l'échantillon de répondants ne représente pas la majorité des kinésithérapeutes, le profil des répondants est représentatif de la population de kinésithérapeutes franciliens (cf. graphes ci-dessous). Les résultats de l'enquête permettent donc de compléter et d'éclairer les enseignements issus de l'approche par étude de cas.

Les résultats complets de cette consultation sont présentés en annexe du rapport (p. 69).

#### Éléments de profil des répondants :



Environ 50 % des répondants ont moins de 40 ans, ce qui est très représentatif de la population francilienne des kinésithérapeutes (47,8% des kinés franciliens ont moins de 40 ans).



La répartition géographique des répondants est également très proche de la répartition régionale.

<sup>15</sup> A noter : sur les 8 975 adresses de la base de données ARS ayant servi à l'envoi des invitations, 968 étaient erronées.

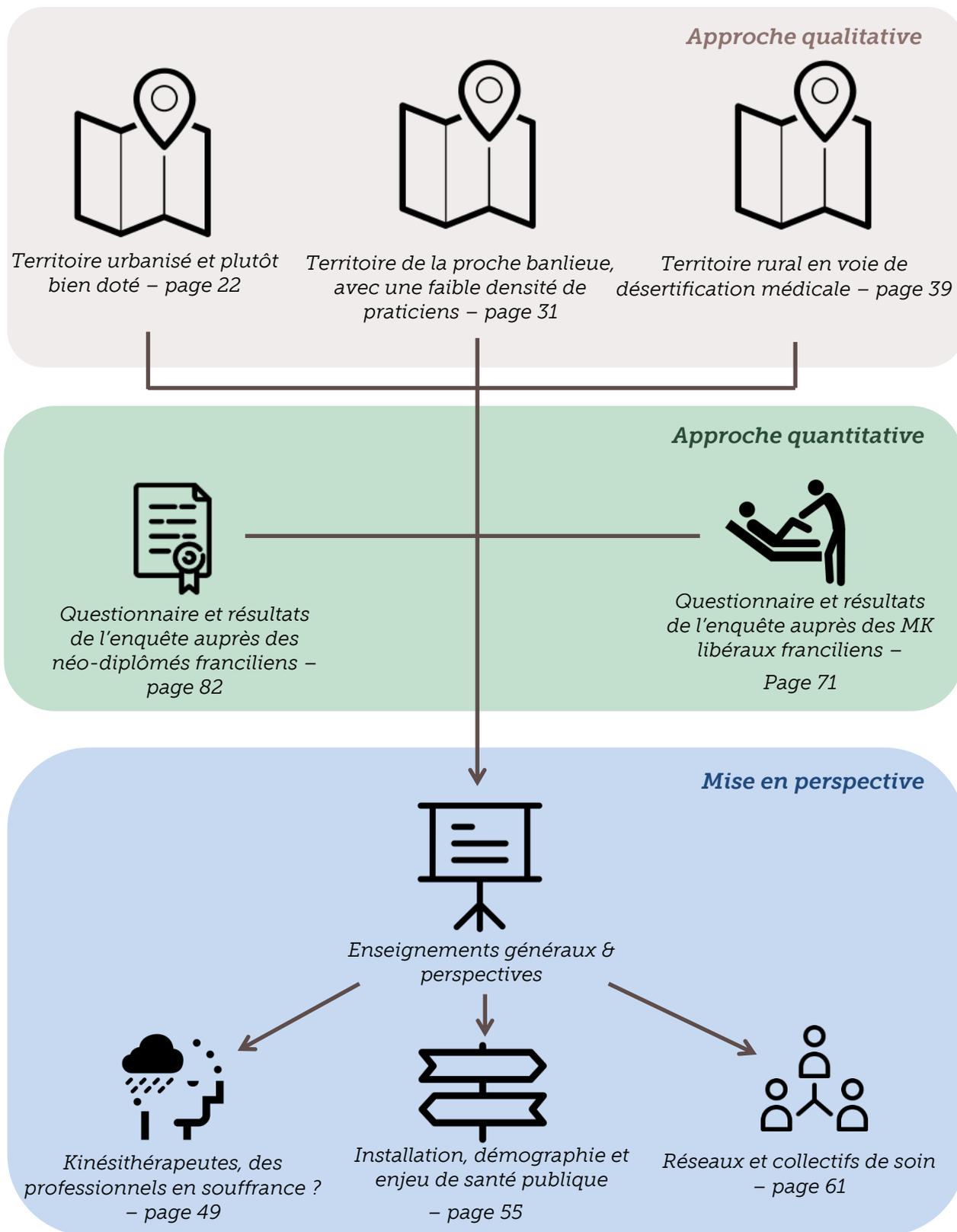
### 1.3.3 Une consultation des étudiants de dernière année des IFMK franciliens

Si les monographies et la consultation auprès de l'ensemble des masseurs-kinésithérapeutes nous permettent de dresser des portraits de la situation francilienne, il nous a semblé important de pouvoir également avoir une idée de la dynamique en cours. La consultation auprès des étudiants en dernière année de formation permet d'estimer des projections au regard des aspirations des futurs masseurs-kinésithérapeutes. L'enquête auprès des néo-diplômés de 2019, c'est-à-dire les étudiants qui rentrent à l'été 2019 dans leur première année d'exercice, est d'autant plus intéressante qu'une partie de ces nouveaux professionnels sont les premiers masseurs-kinésithérapeutes issus du nouveau format de formation en cinq ans.

L'enquête fut administrée par les soins de l'URPS-MK-IDF et relayée par la Fédération Nationale des Étudiants en Kinésithérapie ainsi que par l'ARS et les instituts de formation, sur la base du questionnaire élaboré à l'issue des études de cas. 700 néo-diplômés ont été sollicités pour y répondre. A l'issue de la consultation, 268 formulaires de réponse valides ont été obtenus, soit un taux de participation d'environ 30%. Les résultats de cette consultation viennent nourrir le contenu du présent rapport, et sont présentés de manière complète en annexe (p. 79).

### 1.3.4 Les résultats de l'étude

La présente étude est à la fois quantitative et qualitative, territorialisée et générale. Les résultats ont une forme multiple, et nous avons souhaité faciliter leur accessibilité au lecteur. Il est donc possible de se saisir de toute ou partie de l'étude, dont la structure est synthétisée dans le schéma ci-dessous :



## 2. Identifier et comprendre les déterminants de la pratique :

### Ce que révèlent les études de cas

Cette première partie, à la fois ouverture et socle de l'étude, a pour objectif de donner à lire une évocation détaillée de chacune des trois études de terrain. Des choix individuels, des pratiques, des environnements, des difficultés, des aspirations, des représentations de ce qu'incarne la kinésithérapie dans l'absolu et/ou sur un territoire donné y sont dévoilés.

Par-delà ce qu'elles révèlent de la diversité des pratiques et des conditions d'exercice des kinésithérapeutes franciliens, elles permettent *in fine* d'identifier les grands déterminants de la pratique, qui sont autant de leviers individuels ou à la main des pouvoirs publics sur lesquels il pourrait être possible et pertinent d'agir.

*NB. Sauf indications contraires, les données mobilisées dans les trois études de cas proviennent des sites suivants :*

- C@rtoSanté (<https://cartosante.atlasante.fr>), édité par l'ARS (Agence Régionale de Santé) à partir des données de l'Assurance maladie ;
- Zonage des masseurs-kinésithérapeutes établi par l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France, en vigueur au printemps 2019 ;
- Cartoviz (<https://cartoviz.iau-idf.fr>), édité par l'IAU Île-de-France (Institut d'aménagement et d'urbanisme de la Région parisienne) ;
- Observatoire des territoires (<https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/outils/cartographie-interactive>), édité par le CGET (Commissariat général à l'égalité des territoires) ;
- Statistiques locales (<https://statistiques-locales.insee.fr>), édité par l'Insee (Institut national de la statistique et des études économiques).



## 2.1 Un territoire très urbanisé et plutôt bien doté

Le cas du XVI<sup>e</sup> arrondissement,  
Paris (75)

### En chiffres



**Population** : 169 942 hab. (en 2016)



**Dynamique de densité** : stable



**Type de territoire** : urbain dense



**Activité moyenne par professionnel en nbre d'actes** : 3094 (IDF : 4176)



**Densité de MK libéraux** : 16,3 (IDF : 8,3)  
*(Pour 10 000 habitants)*



**Zonage ARS** : intermédiaire

Malgré les politiques de déconcentration et de décentralisation initiées dans les années 1960, la ville de Paris conserve une position hégémonique en France, et en Île-de-France. Capitale politique, culturelle, économique et commerciale, elle est le point de convergence de la plupart des réseaux routier et ferroviaire du pays et concentre les principaux pôles d'attractivité de la région. Avec une densité de 20 781 habitants/km<sup>2</sup>, elle recouvre néanmoins un ensemble de réalités sociales très contrasté. La pression foncière tend à creuser ces écarts, notamment entre les parties ouest (aisée) et est (plus populaire) de la capitale. Alors que la population d'Île-de-France ne cesse de croître, elle connaît depuis 2016 un exode régulier d'environ 12 000 personnes par an.

Situé sur la rive droite de la Seine, le 16<sup>e</sup> arrondissement de Paris fait partie des quartiers aisés de la capitale. On y observe une concentration importante de foyers assujettis à l'ISF (environ 1 foyer sur 10), avec une estimation du patrimoine moyen à plus de 4 millions d'euros. Quartier essentiellement résidentiel, il apparaît comme une sorte de petit village en marge de l'agitation parisienne (avec près d'un quart des résidences fermées – squares, villas, hameaux – de la capitale). Sa population est néanmoins marquée par une mixité sociale assez prononcée : la forte proportion de personnes âgées (28% de personnes âgées de plus de 60 ans) et les populations de cadres (dont professions intellectuelles supérieures) côtoient une population jeune et précaire qui n'est pas à négliger (près d'un quart des moins de 30 ans a un niveau de vie inférieur au seuil de pauvreté).

Les professionnels de santé de l'arrondissement prennent ainsi soin d'une population relativement singulière du fait de sa démographie, de ses caractéristiques socio-économiques, de son rapport au corps et au soin probablement, de ses exigences au regard des conditions de sa prise en charge enfin. L'étude menée sur ce territoire vise ainsi à expliciter la façon dont ses spécificités déterminent la pratique des masseurs-kinésithérapeutes qui y exercent leur métier.

### 2.1.1 Le XVI<sup>e</sup> arrondissement de Paris, un territoire exigeant

La profession des masseurs-kinésithérapeutes met aisément en exergue les coûts élevés, voire prohibitifs, de l'installation en cabinet dans Paris, *a fortiori* dans l'Ouest parisien. Ceux qui parviennent à y devenir propriétaires de leurs locaux font parfois figure de véritables hommes d'affaires tant les enjeux financiers paraissent importants. Pour autant, on devine au nombre des professionnels installés que le quartier est attractif : les besoins en kinésithérapie sont importants, et la population suffisamment aisée dans son ensemble pour accepter de payer le prix de soins délivrés selon une certaine norme de qualité – qualité de délivrance des soins et qualité des conditions du travail des kinés.

#### Besoins et attentes d'une population plus âgée et plus aisée que les moyennes parisienne et francilienne

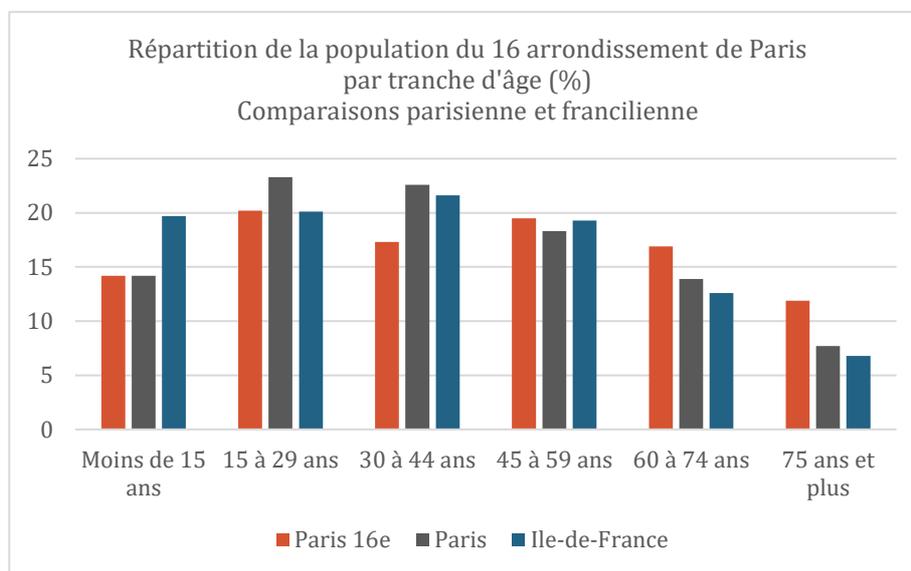
Avec 28,8% de personnes âgées de plus de 60 ans (dont 11,9% de plus de 75 ans), les habitants du 16<sup>e</sup> arrondissement parisien sont significativement plus âgés que la population parisienne dans son ensemble, et l'écart se creuse dès 45 ans.

Pour autant, les indicateurs de mortalité signalent tous pour la population de

l'arrondissement une situation bien plus favorable qu'en moyenne régionale, voire la meilleure de la Région<sup>16</sup>. Cet état de santé illustre ce que l'on sait de manière générale des inégalités sociales de santé<sup>17</sup>.

La population du 16<sup>e</sup> arrondissement, composée d'une part importante de retraités, est également tout particulièrement riche en cadres et professions intellectuelles supérieures ; ces derniers représentaient en 2015 51% des actifs ayant un emploi (contre 47,26% à Paris et 30% en Ile-de-France). Pour les actifs comme pour les retraités issus de cette catégorie, les effets de cette situation professionnelle, économique et sociale ne sont pas neutres en termes d'usure professionnelle, d'habitudes de vie ayant un impact sur la santé (alimentation, pratiques sportives, horaires de travail), d'accès aux soins, de souci du soin de soi...

C'est donc une population globalement aisée et consommatrice de soins – 50,6% des habitants du 16<sup>e</sup> arrondissement ont consulté un médecin généraliste en 2017, contre 40,7% des parisiens -, qui est susceptible de rechercher les services d'un kinésithérapeute de proximité, d'autant qu'elle est plus âgée et potentiellement moins mobile.



Source : Insee 2015, traitements Plein Sens

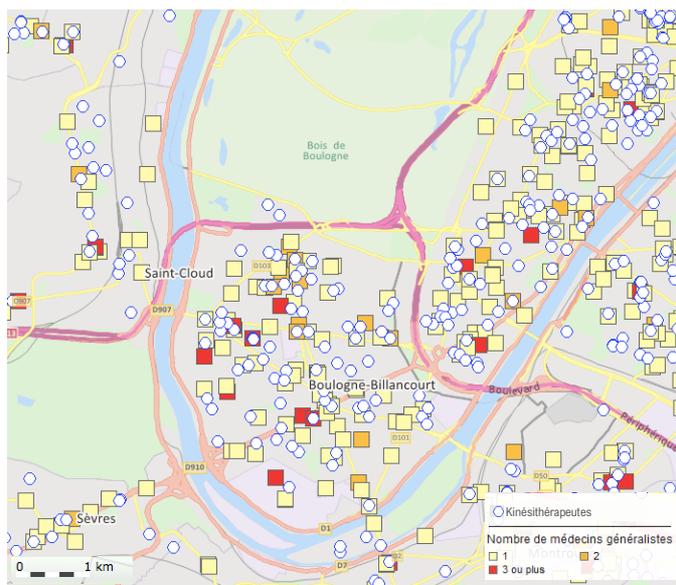
<sup>16</sup> C'est le cas pour la mortalité par cancer, par maladie de l'appareil respiratoire, par maladie cérébro-vasculaire (données 2010-2013, indicateurs territorialisés de santé fournis par l'ORS. Cartoviz).

<sup>17</sup> Voir par exemple à ce sujet *L'Etat de santé de la population France*, chapitre 3, rapport 2017.

## 2.1.2 Carte de santé du territoire

L'étude de cas conduite dans le 16<sup>e</sup> arrondissement parisien a privilégié la partie Sud de l'arrondissement, marquée par la présence de plusieurs établissements de santé sur un périmètre restreint : deux sont spécialisés dans la prise en charge des patients âgés, un troisième plutôt dédié aux patients jeunes, souffrant de pathologies variées (pneumologie, oncohématologie, néphrologie, suites de polytraumatismes, etc.). La présence de ces lieux de soins permet d'interroger les liens ville-hôpital, que ce soit dans l'organisation de soins et le suivi des patients, ou dans la mobilité éventuelle des kinésithérapeutes entre pratique en ville et pratique en établissement.

De manière générale, l'arrondissement est mieux doté en médecins généralistes – et donc en prescripteurs potentiels – que Paris dans son ensemble, et que l'Ile-de-France plus encore. Néanmoins, ces 231 omnipraticiens sont sensiblement plus âgés qu'à l'échelle de Paris : 55,8% ont plus de 60 ans, laissant présager un important besoin de renouvellement, potentiellement non couvert, dans les prochaines années. On observe une dynamique similaire chez les autres professionnels de santé du territoire, et en particulier chez les masseurs-kinésithérapeutes (cf. section 3.1.2).



Cartographie des médecins généralistes et des kinésithérapeutes (salariés et libéraux) installés dans le 16<sup>e</sup> arrondissement, Paris (Source : Cartographie CNOMK, 2017)

### Focus : L'économie des surfaces

Nos investigations se sont déroulées dans des quartiers résidentiels où dominent les « beaux » immeubles. Nombreuses sont les plaques de médecins spécialistes, de masseurs-kinésithérapeutes, d'autres professions de santé, d'ostéopathes... apposées près des portes.

Les cabinets dans lesquels ont été rencontrés les kinés étaient – tous sauf un – des cabinets partagés entre professionnels de santé... Ces cabinets installés dans des appartements comportent de 2 à 4 salles de consultation (de taille modeste, format chambre) et une salle d'attente souvent réduite au minimum (2 ou 3 chaises dans un couloir aménagé).

Les salles de consultation à proprement parler sont apparues peu équipées, la table au centre de la pièce constituant souvent le seul outil de travail visible pour le visiteur. Pas d'appareil sur lesquels faire travailler des patients le cas échéant ; un seul cas de machines visibles (appareil à ultrasons et appareil servant aux soins d'esthétique).

Adaptation au manque de surface sans doute, signe aussi du choix (revendiqué) d'une pratique avant tout manuelle.

Quels que soient le nombre des professionnels réunis et le type d'occupation des lieux (propriété ou location), la question des charges immobilières et des contraintes qu'elles font peser sur l'équilibre économique de l'activité est apparu comme un sujet majeur des discours tenus par les professionnels :

- untel, locataire dans un cabinet de groupe, évoque un point d'équilibre (i.e. sans déficit) à 18 jours de travail par mois et se dit découragé ;
- tel autre, devenu propriétaire d'un petit cabinet de 23 m<sup>2</sup>, évoque des traites de 1300 euros par mois, auxquelles s'ajoutent les dépenses liées aux appareils médicaux indispensables pour l'exercice de sa spécialité : au tarif de la Sécurité Sociale, il lui faut travailler 130 heures par mois pour simplement payer ses charges.

### 2.1.3 L'offre de kinésithérapie libérale sur le territoire

269 masseurs-kinésithérapeutes libéraux exerçaient dans le 16<sup>e</sup> arrondissement au 31 décembre 2017 (Données FNPS). Selon la liste mise à disposition par le Conseil départemental de l'Ordre de Paris, 11 kinés y ont une activité à domicile du patient exclusivement ; 26 travaillent en établissement de soins.

L'offre en kinésithérapie apparaît donc particulièrement abondante, avec une densité bien supérieure à la moyenne parisienne. Le nombre des kinésithérapeutes est relativement stable sur les dix dernières années ; leur densité va même en augmentant très légèrement. Les kinés peuvent être prescrits par quelque 231 médecins généralistes exerçant dans l'arrondissement, sans compter les médecins spécialistes, libéraux et hospitaliers – et les prescripteurs extérieurs à l'arrondissement.

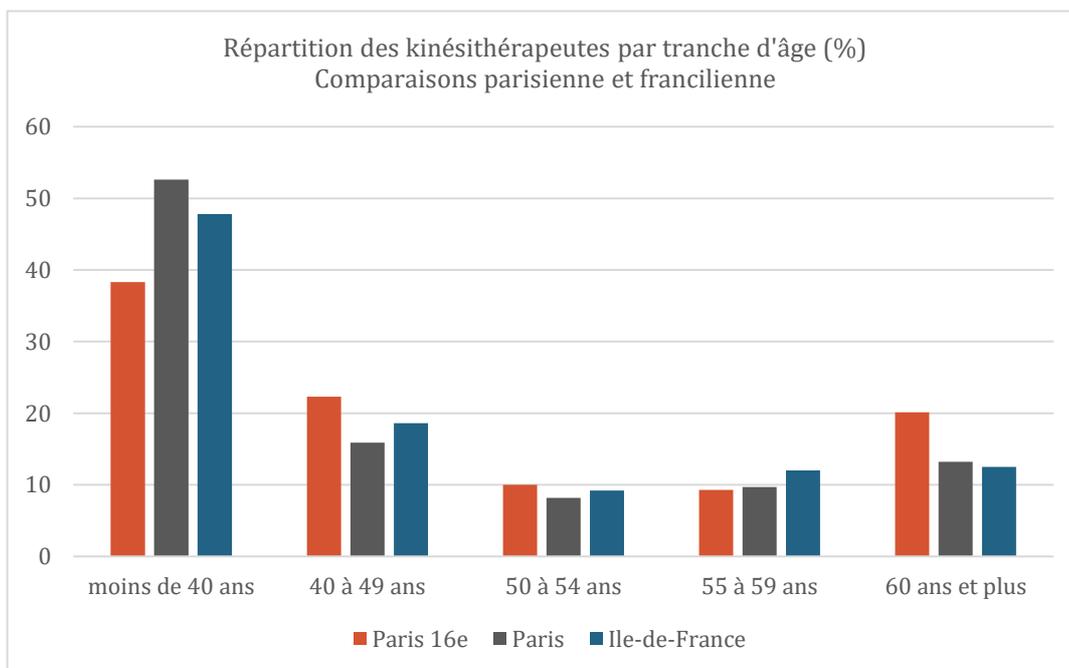
Les masseurs-kinésithérapeutes du 16<sup>e</sup> arrondissement sont sensiblement plus âgés que la moyenne des kinés parisiens. Un kiné sur 5 y a plus de 60 ans, ce qui laisse entrevoir un important besoin de renouvellement à relativement brève échéance.

Or les kinésithérapeutes en début de carrière (moins de 40 ans) sont proportionnellement moins nombreux dans le 16<sup>e</sup> arrondissement qu'à Paris ou en Ile-de-France ; le coût de l'installation y est probablement un frein plus

marqué qu'ailleurs (cf. focus « L'économie des surfaces » p.21). Ceux rencontrés dans le cadre de l'étude ne sont pas venus s'installer dans l'arrondissement ; ils en étaient généralement issus ou voisins.

Les plus jeunes des kinésithérapeutes rencontrés sur l'arrondissement étaient ou avaient tout d'abord été assistants d'un confrère plus âgé, souvent l'un de leurs anciens enseignants. Outre les effets d'apprentissage continu reconnus comme essentiels pour les jeunes diplômés, ce statut permet en effet de bénéficier des installations et d'une partie de la clientèle du cabinet, moyennant une rétrocession de 20% des honoraires perçus. L'enjeu de renouvellement est bien ici de permettre que les assistants trouvent la possibilité / la motivation d'ouvrir leur propre cabinet afin d'offrir à leur tour la possibilité aux plus jeunes de démarrer leur carrière.

L'attractivité apparente du 16<sup>e</sup> arrondissement – forte demande de soins, solvabilité de la patientèle, importante densité de prescripteurs, proximité des établissements hospitaliers (notamment les hôpitaux universitaires Paris Ile-de-France Ouest), bonne desserte du territoire par les transports en commun est à mettre en parallèle avec le modèle économique de l'exercice professionnel.



Source : FNPS, 2017, traitements Plein Sens

## 2.1.4 Un exercice de la kinésithérapie qui promeut la distinction

### Le choix, le plus souvent, de la spécialisation

Le discours des kinésithérapeutes rencontrés dans le 16<sup>e</sup> arrondissement accorde une **grande place à l'affirmation d'une spécialisation** – périméologie, kinésithérapie du sport, neurologie, réhabilitation respiratoire –, **qui leur vaut reconnaissance et identification par le monde médical** ; elle génère ainsi un flux de patients adressés par des prescripteurs eux-mêmes spécialisés, hospitaliers le plus souvent. Forts de leur expertise, ces kinésithérapeutes spécialisés enseignent souvent auprès des étudiants, en IFMK.

Chez les professionnels rencontrés, la spécialisation est le plus souvent le résultat de la formation initiale. Ceux qui ont embrassé la profession après avoir fait STAPS, sont ou ont été sportifs à un certain niveau. Ils privilégient la kinésithérapie du sport afin de rester proche d'un milieu qu'ils affectionnent tout particulièrement. Là est leur motivation principale. Ce sont aussi les rencontres faites durant les années de formation qui peuvent avoir été déterminantes pour les choix à venir : untel aura fait un stage en neurologie auprès de grands spécialistes, et aura d'emblée été séduit ; c'est à l'occasion d'une conférence de neurologie qu'il rencontrera le kinésithérapeute spécialisé dont il reprendra le cabinet.

Les responsables en institut de formation confirment l'aura auprès des étudiants de ces kinésithérapeutes très spécialisés : « *Cela fait rêver les étudiants, qui veulent être très bons dans un domaine* ». La spécialisation serait ainsi l'objectif de ceux qui, ayant choisi kiné par défaut après un échec en première année de médecine, sont fondamentalement attirés par l'expertise. Les stages réalisés dans différentes spécialités durant les années de formation sont également évoqués par les étudiants comme importants pour leur orientation, que le domaine les ait attirés ou au contraire repoussés.

A côté de ceux qui mettent clairement en avant (y compris sur leur plaque ou leur page internet) un domaine particulier d'expertise, d'autres, minoritaires dans l'échantillon ont une pratique plus généraliste. Néanmoins, ils aiment faire valoir un domaine de prédilection : l'épaule, la neurologie, la rééducation uro-gynécologique, etc. Il y a là **une forme de pratique généraliste qui cache en réalité parfois des spécialisations successives au fil des formations**, sans qu'aucune n'ait pu attirer une patientèle suffisante pour cristalliser une pratique et ne soit au final prédominante.



### Focus : Le choix revendiqué de l'ostéopathie

Nombre des kinésithérapeutes contactés dans le 16<sup>e</sup> arrondissement ont une formation et un diplôme d'ostéopathe (5 années d'études). Certains semblent avoir totalement versé dans cet exercice, quand bien même ils conservent une plaque de kinésithérapeute.

Certaines prises de position, tranchées, opposent la déontologie et l'efficacité prouvée des pratiques mises en œuvre par les kinésithérapeutes au caractère empirique de l'ostéopathie, profession du bien-être qui prend en charge des personnes passives, dépendantes, consommatrices... D'autres au contraire estiment que l'ostéopathie est en avance sur la kinésithérapie, et sait apporter aux patients un soulagement bien plus certain dans un certain nombre de cas.

Cette opposition ne doit pas dissimuler le fait qu'en pratique, s'observe plutôt une conciliation et une complémentarité des exercices. Kinésithérapeutes et ostéopathes travaillent ensemble, soignent ensemble, en fonction des besoins des patients et des limites de l'un et l'autre exercice.

Le développement d'une pratique d'ostéopathe à part entière pour les masseurs-kinésithérapeutes répond à un double enjeu : permettre d'une part l'accès direct et échapper de ce fait à la dépendance au corps médical (premier motif mis en avant) ; accéder à une liberté de tarification, avec des honoraires bien supérieurs (le double) à ceux d'une consultation de kinésithérapie, même avec dépassements d'honoraires, d'autre part.

Le temps de travail de ces kinés inclut ainsi des séances ne donnant pas lieu à remboursement de la part de la Sécurité Sociale. L'existence de ces temps « masqués » brouille l'évaluation de l'activité réelle de ces praticiens qui ne peut se résumer au nombre d'actes AMK réalisés.

Pour les patients entendus, la différence n'est pas clairement faite. L'impression positive qui se dégage d'une prise en charge qui peut alterner séance de kinésithérapie et séance d'ostéopathie est liée au sentiment d'une prise en charge globale, physique et psychologique.

## Un modèle d'activité reposant sur les dépassements d'honoraires, associés à une certaine représentation de la qualité de prise en charge

Les masseurs-kinésithérapeutes rencontrés pratiquent tous des dépassements d'honoraires, en précisant bien toutefois qu'ils savent adapter leurs tarifs aux revenus des patients si nécessaire, et accueillent des patients bénéficiaires de la CMU. Le tarif de la séance (de l'ordre de 30-35 euros dans les observations faites) est généralement affiché en salle d'attente, et peut être annoncé au téléphone lors de la première prise de rendez-vous ; on imagine que cela peut avoir un effet dissuasif sur certains patients, qui appellent en direct, sans recommandation et information préalable. D'aucuns soulignent toutefois que **les patients, même les plus modestes, acceptent cette tarification**. Une patiente témoigne de ce choix coûteux mais consenti : « *La kiné est un luxe* », qui lui coûte encore 15 euros par séance après contribution de la mutuelle. Mais elle compare : « *A la campagne, j'ai eu un tarif Sécurité Sociale, mais on était trois par trois* ».

Ainsi le dépassement d'honoraires ne serait-il au fond pas perçu comme problématique : soit les patients sont orientés par des médecins spécialistes dont les honoraires sont déjà très élevés et ne sont donc finalement ni surpris ni gênés, soit ils comprennent qu'il y aurait là comme un « *juste prix* » d'une prise en charge dont ils attendent qu'elle les soigne. Dans tous les cas est mis en exergue de part et d'autre ce qui serait le « *prix de la qualité* ». Or la qualité détermine à l'évidence le modèle d'exercice du professionnel.

Les critères mis en avant par les kinés sont avant tout le **respect du principe de prise en charge individuelle de 30 mn, le respect des horaires, mais aussi la propreté des lieux et la qualité du matériel**. L'efficacité des soins prodigués pourrait sembler un présupposé non discuté ; la question est pourtant abordée par les kinés pour eux-mêmes (et pas seulement en comparaison à d'autres pratiques) : savoir dire quand ils ne se sentent pas compétents pour une prise en charge spécifique (alors ils réorientent), savoir reconnaître qu'ils n'obtiennent pas le résultat escompté (et faire alors appel par exemple à un ostéopathe si cela leur semble plus adapté). Ils insistent également sur le rôle attendu du patient, qui doit se montrer actif, faire (correctement) les exercices recommandés entre deux séances – et donc sur leur propre rôle de pédagogue.

Les patients ont une perception plus large et plus qualitative de ce qui fait qualité. Ils retiennent bien évidemment en premier lieu le temps accordé et la ponctualité (surtout si l'on accepte de sortir de son voisinage immédiat pour consulter et que l'on a un temps de transport associé à chaque séance), mais attendent également de leur kiné une grande capacité d'écoute et veulent « *avoir confiance* ». Ainsi le bon kiné est-il celui « *qui s'occupe de vous* », « *qui vous fait du bien* » ; celui qui a le pouvoir de vous guérir en vous évitant la prise de médicaments ; c'est aussi celui qui sait dire « *ça suffit, vous n'avez plus besoin de venir pour l'instant* ».

Les discours entendus témoignent de **l'existence d'une vraie relation soignant-patient, inscrite dans la durée** (on revient chez le kinésithérapeute qui a su un jour vous soulager de vos maux), fondée sur la confiance, l'attention mutuelle. L'approche ostéopathique – un même praticien peut être vu par un patient en séance de kinésithérapie et /ou en séance d'ostéopathie, selon l'indication – est perçue comme un plus, comme une manière de comprendre à la fois le corps et le psychisme.

La qualité de cette relation détermine ainsi, tout autant que les orientations par les médecins spécialités, l'orientation des patients ; on se recommande entre amis les « *bons kinés* ». Et l'un d'entre eux de reconnaître « *ma meilleure pub, c'est mes patients* ».

Ce que l'on peut résumer ici en disponibilité temporelle et mentale du kinésithérapeute attendue par les patients suppose au final une gestion infaillible du carnet de rendez-vous, donnant sa place à chacun. Alors que la demande est forte et croissante...

“ ———— ”  
**Chaque kiné a son pré carré.  
Le meilleur est celui avec  
qui on s'entend.**  
- Citation de professionnel de  
santé - ”

## Pour le masseur-kinésithérapeute, un temps de travail étendu mais plutôt maîtrisé

Toutes les personnes rencontrées disent l'intensité de l'activité professionnelle des masseurs-kinésithérapeutes du quartier, qui se traduit par les difficultés/délais à obtenir un premier rendez-vous.

Des semaines de 5 jours, des journées de travail de 10, 12, voire 14 heures permettant de recevoir de 15 à 20 patients par jour, telles sont les journées évoquées par les kinés rencontrés, sauf cas particuliers des plus jeunes, assistants, qui entendent bien adopter un rythme plus calme, mieux adapté à une conciliation vie personnelle-vie professionnelle, et tenir des journées de travail de huit heures.

Pour autant, ces journées longues ne suffisent pas à répondre aux sollicitations : tous en effet évoquent des refus chaque semaine, et la constitution de listes d'attente. Les données de suivi de l'activité proposées par l'ARS au niveau de l'arrondissement révèlent en effet un nombre de bénéficiaires d'actes en augmentation nette et continue depuis 2010.

“  
Ça m'est arrivé de l'appeler en urgence, mais il ne m'a jamais trouvé de petite place, malgré la souffrance.  
- Citation de patient -  
”

Le temps de travail du kinésithérapeute combine, selon des équilibres variables, 4 grands chapitres :

- Avant tout bien sûr le temps de prise en charge des patients, pour des séances dont la nature est thérapeutique ou non, et relève ou non de la kinésithérapie : les masseurs-kinésithérapeutes proposant des séances d'ostéopathie accordent à ces dernières des créneaux supérieurs à trente minutes ; ceux proposant des massages ou des soins d'esthétique proposent des prestations de durées variables (de 20 minutes à une heure) ;
- Le temps de l'administratif : il est en réalité assez peu nommé (rien sur la gestion du cabinet à proprement parler) ; lorsqu'il est évoqué, c'est essentiellement pour la rédaction des bilans, perçue comme relativement inutile (personne ne les lit ou ne les demande) quand bien même elle est réalisée dans les formes (« j'ai fait un bilan écrit pour 60% des cas. Je me conforme à la réglementation, mais je n'envoie pas. Peu de prescripteurs demandent ») ;
- Le temps dédié aux enseignements : certains des kinés rencontrés y consacrent une journée par semaine ;
- Le temps de la formation continue : celle-ci a souvent été citée ainsi qu'on l'a vue, sans que le temps pris pour ce faire ne semble poser particulièrement problème.

La gestion de l'agenda, dans ce contexte, peut être mise en difficultés dans des cas de figures bien identifiés : « l'entrée en patientèle », la prise en charge d'urgence, la sortie d'établissement de soins, la prise en charge à domicile.

Dans tous les cas, les kinés rencontrés, s'appuyant à la fois sur l'abondance de la demande, leur réputation et des conditions plutôt favorables de rémunération, développent des modalités d'exercice favorisant de fait la constitution de patientèles choisies (par opposition à ce que serait une patientèle subie et plus volatile, arrivant par le seul fait d'un site de rendez-vous en ligne par exemple). L'acceptation de nouveaux patients, autrement dit le renouvellement des patientèles, est ainsi apparu très maîtrisée par les professionnels.

### Des patientèles « sélectionnées » ?

Les patientèles prises en charge par les masseurs-kinésithérapeutes rencontrés dans le 16<sup>e</sup> arrondissement peuvent d'abord être caractérisées par la manière dont elles « arrivent » dans le cabinet.

Se dessinent ainsi des aires d'origine des patients assez distinctes selon le positionnement du masseur-kinésithérapeute :

- Ceux qui attirent sur leur réputation, leur spécialité, la rareté éventuelle de celle-ci, ont une patientèle hors quartier, voire hors arrondissement, et ne sont que marginalement en prise avec les besoins locaux :

“  
J'ai interrogé les kinés de mon quartier qui m'ont dit : « c'est compliqué votre truc... j'ai de la place dans deux mois ».  
- Citation de patient -  
”

*Untel ayant reçu 8 patients le matin de l'entretien n'en comptait qu'un issu de l'arrondissement ;*

*Tel autre ne compte que 10% d'habitants du quartier dans sa patientèle très spécialisée ;*

*Un autre enfin décrit une patientèle venue du 15<sup>e</sup>, du Val d'Oise, du Nord de la région parisienne... des patients qui viennent en ambulance ou en taxi...*

- Ceux qui proposent une kinésithérapie plus généraliste, ceux qui font du soin à domicile, les assistants, ont une patientèle majoritairement « locale » :

*Ainsi ce kiné, dont la pratique est plus généraliste et comprend une part de visites à domicile, indique plutôt 80% de patientèle locale, recrutée par bouche-à-oreille ou médecin généraliste, le reste étant adressé par une connaissance du département voisin ;*

*Ou cet autre qui décrit une patientèle de quartier, soignée pour partie à domicile.*

Cette géographie du soin interroge bien évidemment sur la capacité des kinés du 16<sup>e</sup> arrondissement à répondre pleinement aux besoins de la population du quartier. Par-delà l'idée d'une demande de toute façon surabondante, **les kinésithérapeutes comme les patients décrivent assez clairement des manières de filtrer la patientèle** : le dépassement d'honoraire (qui est parfois présenté comme une incitation à l'assiduité et l'observance), la nécessaire recommandation (le délai d'obtention de mon premier rendez-vous dépend fortement de la manière dont je le sollicite), la nature des soins attendus, le fait d'aller ou non à domicile...

### **Focus : Le cas particulier des soins à domicile : un vrai déficit sur le quartier**

*« Ça prend trop de temps, c'est du relationnel social, ce n'est pas efficace. »*

Les prises en charge à domicile constituent un motif récurrent des échanges menés dans le 16<sup>e</sup> arrondissement. Sont ainsi évoquées une demande importante, les sollicitations des familles, des patients, des structures de soins. Et beaucoup de refus.

La pratique se trouve en effet minoritaire parmi les kinés rencontrés :

- elle concerne le suivi à domicile de patients suivis de longue date, qui à un moment ne peuvent plus se déplacer – de l'orthopédie pure, des maladies neurologiques, des personnes âgées.
- elle s'exerce dans un périmètre restreint autour du cabinet, dans un rayon de 5-10 minutes à pieds ou en trottinette ; le temps de transports peut ainsi être presque absorbé dans le temps « normal » d'une consultation.

On notera ici que la part des actes réalisés au domicile connaît une baisse entre 2017 et 2018, dans tous les départements franciliens ; la baisse est de 0,48% dans Paris (0,56% en Ile-de-France ; données Assurances Maladies).

Par-delà la question de la rentabilité économique de l'exercice à domicile, c'est son intérêt et/ou la fatigue morale qu'il peut engendrer qui sont mis en avant :

- la spécificité de la prise en charge des personnes âgées, qui demande temps et patience, coordination avec les autres intervenants à domicile ;

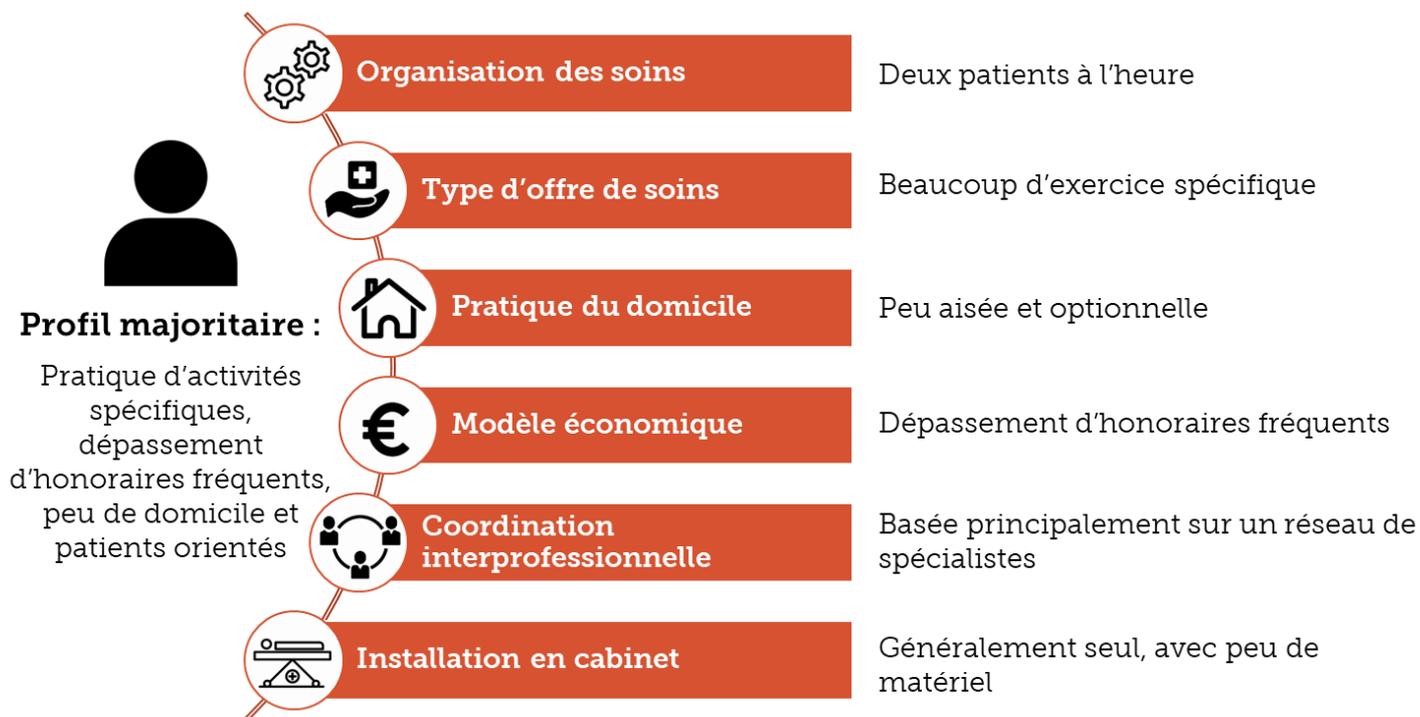
- l'usure morale d'un accompagnement des années durant, dans un processus par ailleurs de déclin de la personne, parfois jusqu'au décès ;
- un rôle d'accompagnement et une responsabilité de veille au domicile, qui ne sont pas valorisés (et pas forcément souhaités par le kiné) ;
- un rôle perçu par certains comme de l'aide au maintien à domicile, qui pourrait être assuré par d'autres professionnels (aides ménagères par exemple) ; le niveau de qualification aujourd'hui garanti par les kinés ne serait ainsi pas nécessaire à ce qui serait en réalité attendu dans certains cas.

Les demandes de prises en charge à domicile concernant en effet souvent les personnes âgées, il était intéressant de regarder la manière dont celles-ci trouvaient ou non à bénéficier de soins de kinésithérapie. Les données disponibles montrent que 89% des habitants du 16<sup>e</sup> arrondissement, âgés de 75 ans et plus, ont bénéficié en 2017 d'actes de kinésithérapie (de la part d'un kiné libéral), contre 34% de la même tranche d'âge à Paris (Données SNDS 2017, traitement Plein Sens). Cela ne dit pas toutefois qu'elles ont bénéficié d'autant de séances que nécessaire, ni que l'accès à un kiné a été aisé. Cela montre toutefois qu'elles ont encore très majoritairement accès aux soins.

Il n'empêche que le signal d'alarme est tiré par certains professionnels, qui voient dans la prise en charge « de la vieillesse qui dure » un enjeu absolu pour les kinés, une pratique à laquelle il convient de former les jeunes kinés, une pratique à valoriser.

### 2.1.5 Profil de kinésithérapeute, sur un territoire très urbanisé de l'ouest parisien, bien doté en offre de soins

Le schéma ci-dessous, très synthétique, représente les caractéristiques des profils majoritaires de kinésithérapeutes sur le territoire d'étude. Il a été produit pour la présentation de l'étude qui a été réalisée le 05 octobre 2019 au salon Réduca à Paris.





## 2.2 Un territoire de la proche banlieue, avec une faible densité de praticiens

Le cas de la ville de Saint-Denis,  
Seine-Saint Denis (93)

### En chiffres



**Population** : 111 353 hab. (en 2016)



**Dynamique de densité** : en baisse



**Type de territoire** : urbain dense



**Activité moyenne par professionnel en nbre d'actes** : 7158 (IDF : 4176)



**Densité de MK libéraux** : 2,4 (IDF : 8,3)  
*(Pour 10 000 habitants)*



**Zonage ARS** : intermédiaire

La Seine-Saint-Denis est un territoire très spécifique de la région parisienne. Le département est reconnu comme cumulant des indicateurs défavorables, et se caractérise par une démographie singulière, avec une population jeune, un taux de natalité également plus élevé que la moyenne régionale, une population modeste, et le taux de personnes de nationalité étrangères le plus élevé d'Ile-de-France.

Au sein de ce département contrasté, la ville de Saint-Denis où s'est portée l'étude, est l'une des deux villes du département de plus de 100 000 habitants. Elle est notamment marquée par une très forte densité, une population jeune (30% des habitants ont moins de 20 ans), et un taux de chômage important (24% des 15-64 ans en 2015, contre 19% sur l'ensemble du 93 et 13% en Ile-de-France).

Les professionnels de santé de la ville prennent ainsi soin d'une population singulière du fait de sa démographie, de ses caractéristiques socio-économiques, mais aussi de son rapport au soin. En outre, l'offre de soins sur la ville est caractérisée par une densité médicale et paramédicale libérale inférieure à la moyenne régionale, ce qui a une influence négative sur les parcours de soins patients.

L'intérêt de cette étude de cas est donc d'éclairer la manière dont la pratique des kinésithérapeutes est modelée par ce terrain d'exercice particulier.

## 2.2.1 Saint-Denis, une zone urbaine dense socialement marquée

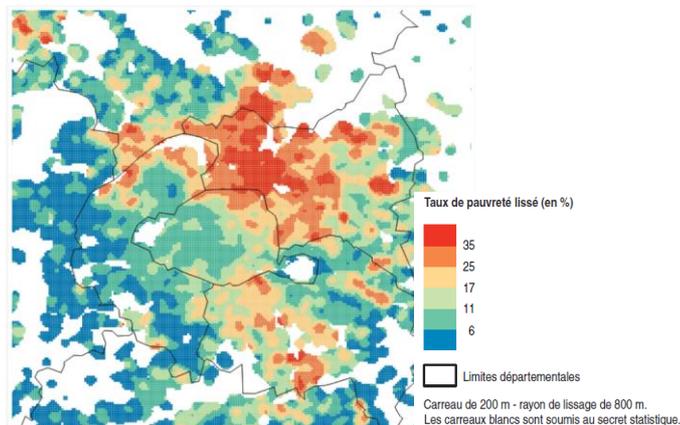
Les situations spécifiques du 93 et de la ville de Saint-Denis sont dans l'ensemble connues et documentées. Nous n'en reportons ici que quelques éléments principaux pour caractériser la patientèle potentielle du territoire.

### Une population jeune et plus pauvre qu'ailleurs...

Saint-Denis est la ville la plus peuplée du département, et la 3<sup>e</sup> d'Île-de-France après Paris et Boulogne-Billancourt. Par rapport aux profils régionaux et nationaux, Saint-Denis est une ville jeune. La présence importante de familles, un taux de natalité particulièrement élevé et un taux de personnes âgées plutôt faible viennent ainsi renforcer la jeunesse de la population de la ville, dont l'indice de jeunesse, de 2,3, est l'un des plus élevés du département<sup>18</sup>. Le solde migratoire de la ville étant déficitaire depuis plusieurs années, l'accroissement de la population dionysienne repose donc sur le solde naturel des naissances et des décès, et le vieillissement de la population y est plus lent qu'ailleurs.

Autre caractéristique forte, d'après les chiffres de l'Insee, en Seine-Saint-Denis, près de trois habitants sur dix vivent sous le seuil de pauvreté, soit le double de la moyenne régionale qui s'établit autour des 15%.

Plusieurs initiatives telles que la création du stade de France au début de l'année 1998, et l'inscription de la ville dans la structure intercommunale Plaine Commune à partir des années 2000, permettent de dynamiser l'économie du territoire. Cependant, ce dynamisme ne semble pas profiter pleinement à la population locale. Au contraire, malgré les mesures déployées en faveur de la lutte contre la pauvreté, celle-ci s'est accentuée ces dernières années, prenant +7,1 points sur l'ensemble du département<sup>19</sup>. Cette évolution est conforme à l'évolution régionale des dernières années qui a vu la pauvreté s'accroître dans les territoires les plus exposés.



Taux de pauvreté au sein de la petite couronne (Source : Insee, FiLoSoFi 2014)

### ...avec un fort taux de personnes d'origine étrangère

De manière globale, l'ensemble du département de Seine-Saint-Denis est caractérisé par la présence importante d'étrangers puisqu'ils représentent 21% de la population Séquano-Dionysienne, majoritairement d'origine extra-européenne.

La population immigrée de Saint-Denis représente quant à elle 38,4% de la population totale de la ville, un chiffre très important par rapport à la moyenne nationale qui se situe à un peu plus de 9%. La forte présence d'étrangers à Saint-Denis s'explique en grande partie par l'histoire industrielle de la ville, dont la proximité avec Paris et les faibles loyers ont attiré de nombreux migrants lors des différentes vagues de migration successives.

Les kinésithérapeutes de Saint-Denis ont donc potentiellement plus à faire à une patientèle jeune, mais aussi disposant de peu de ressources, à la fois économiques et sociales, pour s'orienter au sein du système de santé local. Ces caractéristiques éclairent en partie des pratiques ou conditions rencontrées par les kinés du territoire (voir le focus « Population d'origine étrangère et rapport au soin », section 2.2.2).

<sup>18</sup> L'indice de jeunesse est calculé via un rapport entre la population de moins de 20 ans et celle de 60 ans et plus. Plus l'indice est élevé, plus le rapport est favorable à la population de moins de 20 ans. Source : Département de la Seine-Saint-Denis, Focus n°1, Avril 2015, La Seine-Saint-Denis à tous les âges

<sup>19</sup> Source : Insee Analyses, Île-de-France, n°76, Décembre 2017

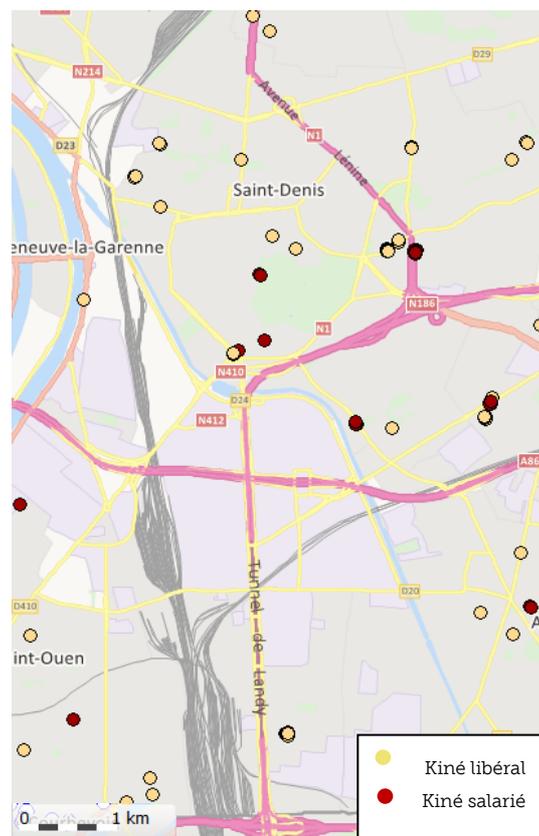
## 2.2.2 Carte de santé du territoire

D'une manière générale, les indicateurs de santé du département de Seine-Saint-Denis ne sont pas bons<sup>20</sup> : densités de praticiens (généralistes ou spécialistes) et moyenne de consommation de soins par la population inférieures aux moyennes régionales et nationales, plus fort taux de mortalité infantile d'Île-de-France, etc. La situation a d'ailleurs amenée plusieurs parlementaires du département à adresser une lettre ouverte au premier ministre le 03 mars dernier sur le sujet.

Au sein du département, la commune de Saint-Denis accueille plusieurs structures de soins importantes. On y trouve notamment le Centre Hospitalier de Saint-Denis, dont les deux sites sont situés au sein de la ville, ainsi que plusieurs cliniques privées. Saint-Denis compte également quatre centres de santé municipaux : Barbusse, Le Cygne, Les Moulins et La Plaine. Ces centres sont ouverts à tous et proposent de nombreux services tels que des consultations de médecine générale, des consultations dentaires, des soins infirmiers, etc. En revanche, seul le centre du Cygne propose des soins de kinésithérapie générale, assurés par deux masseurs-kinésithérapeutes.

Malgré ces structures, l'offre de soin de la commune de Saint-Denis est considérée comme trop insuffisante au regard des besoins de la population par plusieurs acteurs rencontrés. Sentiment que les statistiques semblent confirmer, puisqu'à titre d'exemple, la densité d'omnipraticiens libéraux à Saint-Denis en 2017 est de 5,3 pour 10 000 habitants contre 7,5 en moyenne sur l'ensemble de la région. Pour tenter de remédier à la situation, plusieurs initiatives locales sont menées telles que la création d'une convention avec la CPAM pour faciliter l'accès aux soins des populations d'origine étrangère (Objectif PASS : Permanence Accès Soins Santé) ou l'existence d'un centre de santé communautaire associatif.

L'étude de cas conduite dans la ville de Saint-Denis s'est portée principalement sur les quartiers du grand centre-ville, ainsi que sur les quartiers est (Joliot Curie Lamaze Cosmonautes) et nord-ouest (Delaunay Belleville Sénard). C'est en effet dans ces quartiers que se concentre la majorité des kinésithérapeutes libéraux.



Kinésithérapeutes libéraux et salariés installés à Saint-Denis (Source : Cartographie CNOMK)

### Focus : Population d'origine étrangère et rapport aux soins

- Pour les kinésithérapeutes du territoire, **la prise en charge de personnes d'origine étrangère est quotidienne**.
- La première difficulté spécifique liée à cette prise en charge se trouve dans **la barrière de la langue** ; comprendre son patient, établir et partager un diagnostic, rendre le patient acteur des soins, sont autant d'activités jugées cruciales par les praticiens et qui deviennent extrêmement complexes quand professionnel de santé et patient ne partagent pas la même langue.
- Une enquête réalisée en 2011 montre que **21% des patients du Centre Hospitalier de Saint-Denis parlent peu ou pas du tout français**.
- Pour ces patients, il est difficile de **s'orienter dans un système de santé qui peut vite paraître flou et complexe**, et la mise à disposition d'une offre de soins ne semble pas être une réponse suffisante.
- Ces difficultés peuvent en outre être la source de complications et d'aggravation des maux de ces patients.

<sup>20</sup> Source : La santé observée en Seine-Saint-Denis, ORS Île-de-France, année de mise à jour : 2012

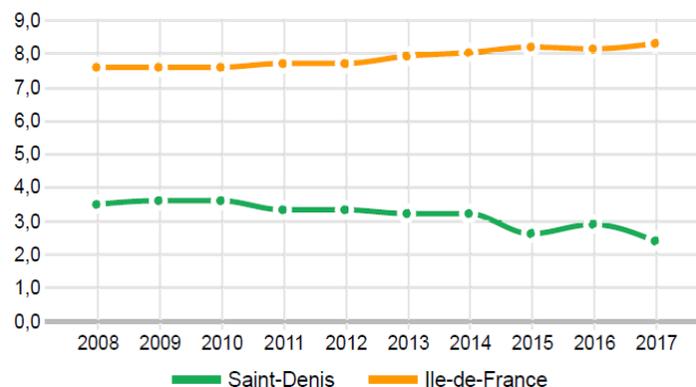
## 2.2.3 L'offre de kinésithérapie libérale sur le territoire

Avec en 2018 une densité de 42,65 masseurs-kinésithérapeutes libéraux pour 100 000 habitants, le département de Seine Saint-Denis est le département le moins bien doté d'Île-de-France, dont la densité moyenne est de 81,5 kinés pour 100 000 habitants. À Saint-Denis, ce sont 27 masseurs-kinésithérapeutes qui exercent en libéral en 2018.

Après avoir été plutôt stable durant plusieurs années, le nombre de kinésithérapeutes au sein de la ville a rapidement chuté au tournant des années 2014-2015. Plusieurs des professionnels rencontrés dans le cadre de l'étude nous ont fait part de départs en retraite à cette époque. Départs en retraite qui n'auraient donc pas été compensés par l'arrivée de nouveaux praticiens sur le territoire, comme semble le confirmer la comparaison des répartitions par tranche d'âge des kinésithérapeutes de Saint-Denis avec ceux de la région Île-de-France (cf. figure ci-contre).

Bien sûr un histogramme sur 27 professionnels est à considérer avec précaution. Cependant nous pouvons noter que Saint-Denis compte uniquement 9 kinésithérapeutes de moins de 40 ans, soit quasiment autant que de kinésithérapeutes de 55 ans et plus qui sont au nombre de 10, là où au niveau régional, la population de jeunes praticiens est presque deux fois plus importante (4779 kinésithérapeutes) que la

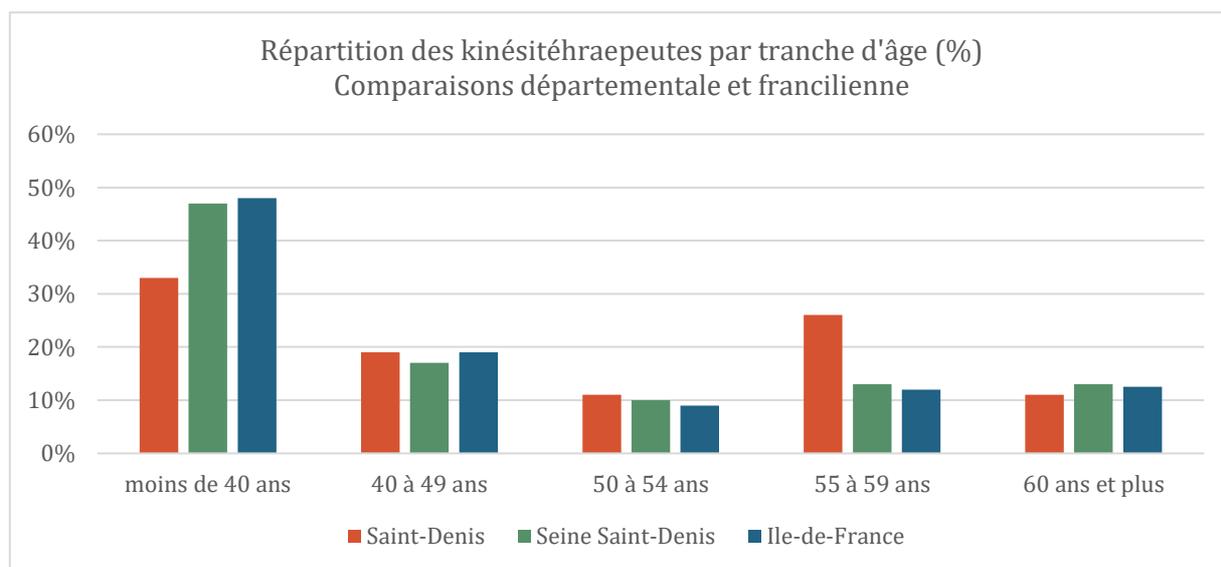
Évolution de la densité de kinés au 31/12 pour 10 000 hab.



Source : FNPS - INSEE

population des kinésithérapeutes âgés de 55 ans et plus (2450 kinésithérapeutes).

Saint-Denis semble donc souffrir d'un fort déficit d'attractivité chez les kinésithérapeutes et peine à attirer de nouveaux praticiens. Les évolutions opposées des démographies de la ville (à la hausse) et de la population de kinésithérapeutes (à la baisse) se traduit très concrètement dans l'évolution de la densité de praticiens pour 10 000 habitants, qui a perdu plus d'un point entre 2008 et 2017. La conséquence directe de cette baisse de la densité a été un accroissement de la charge de travail pour les kinés de Saint-Denis, dont l'activité moyenne par kinésithérapeute est de 7158 actes en 2017, contre 4176 au niveau régional.



## 2.2.4 Une pratique intensive qui peine à répondre à une demande toujours plus importante

### Une pratique généraliste et des kinésithérapeutes attachés au territoire

Les kinésithérapeutes rencontrés sur la ville de Saint-Denis ne s'y sont pas installés par hasard. Tous sont conscients de travailler sur un territoire qui présente de nombreuses difficultés, mais ont fait le choix de Saint-Denis pour exercer leur métier. **Ce choix représente pour la grande majorité d'entre eux une forme d'engagement.** Pour plusieurs, travailler auprès de populations défavorisées contribue au sens de leur travail, en y apportant une forme d'utilité sociale spécifique. Pour d'autres, ce choix s'explique également par un attachement particulier à la ville dont ils sont originaires, où ils ont grandi et ont des attaches (de la famille, un(e) conjoint(e), des patients, etc.). Enfin pour certains, le fait de travailler avec une population majoritairement jeune et sportive a été déterminant et a permis de fait une forme de spécialisation.

L'ensemble des kinésithérapeutes rencontrés sur Saint-Denis présente une pratique plutôt généraliste de la kinésithérapie, au tarif conventionnel défini par l'assurance maladie, correspondant aux besoins de la demande locale. Tous s'accordent pour dire que la pratique du dépassement d'honoraires est « impossible à Saint-Denis », et que développer des activités autres que la kinésithérapie générale y est très compliqué. Ainsi par exemple, plusieurs d'entre eux qui se sont formés à l'ostéopathie peuvent parfois l'inclure à leurs pratiques, mais n'en font pas des séances spécifiques.

La plupart exerce dans des cabinets plutôt spacieux, où ils sont regroupés entre plusieurs masseur-kinésithérapeutes. Cette organisation permet de mutualiser les charges liées à la gestion d'un cabinet, ainsi qu'une plus grande flexibilité dans la prise en charge des patients, voire pour certains une forme de spécialisation sur des types d'actes de kinésithérapie générale, qui sont presque toujours pris en charge par le même praticien au sein du cabinet.

Dans la majeure partie des cabinets, on trouve plusieurs matériels de soin, plus ou moins volumineux : des lits bien sûr, mais aussi des poids ou encore des tapis de courses. Avoir de l'espace dans le cabinet permet aux kinésithérapeutes de Saint-Denis de s'équiper, notamment dans les cabinets partagés. Cependant la plupart d'entre eux déclarent tout de même que leur main reste leur outil de travail principal et privilégié.

### Une charge de travail éprouvante qui s'intensifie

Comme expliqué précédemment, la diminution des effectifs de kinésithérapeutes sur Saint-Denis se traduit par une augmentation et une intensification de la charge pour les praticiens libéraux rencontrés.

Afin de tenter de répondre au mieux à la demande, presque tous expriment être depuis plusieurs années dans **un rythme de travail très intense, et peu satisfaisant.** Là où une journée de travail comportant 20 actes par jour était considérée comme une journée chargée il y a quelques années, il est désormais quotidien d'effectuer de 20 à 24 actes par jour.

Ainsi, tous les agendas des kinésithérapeutes rencontrés sont complètement saturés : les appels pour des demandes de prise en charge sont fréquents, les salles d'attente sont pleines et la liste d'attente est remplie sur 2 à 3 mois.

Pour faire face à cet afflux important et continu de demandes de prises en charge, les pratiques ont évoluées. Pour presque tous, la charge de travail classique est de faire du 3 patients à l'heure minimum. Les soins sont organisés de manière à pouvoir traiter plusieurs patients en parallèle, et également pour certains en « casant » des pratiques de courte durée, comme de la kiné respiratoire du nourrisson, afin de traiter le plus de demandes possibles sur une journée de travail. Les professionnels rencontrés savent que cette pratique n'est pas en accord avec les recommandations de la CPAM, ce qui a été pour certains la cause de conflits importants. Mais cette organisation des soins perdure, car dans le contexte de Saint-Denis, elle apparaît aux kinésithérapeutes comme le **seul compromis acceptable entre l'exigence de qualité de soins**

“  
*Avant, une journée à 20 actes c'était une grosse journée. Aujourd'hui, c'est la norme !*  
- Citation de kinésithérapeute -  
”

d'une part, et l'exigence de réponse à une demande toujours croissante d'autre part. De la même façon, certaines pathologies ne sont presque plus, voire plus du tout traitées. Ainsi est citée à plusieurs reprises la pratique de la kiné neuro-pédiatrique, appréciée et pratiquée auparavant par certains mais qui a disparu ou tend à disparaître de l'agenda, car elle exige des séances longues en face-à-face continu avec l'enfant.

### Focus : manque d'attractivité et conséquences à Saint-Denis

- L'ensemble des professionnels libéraux rencontrés s'accordent sur un **manque d'attractivité** de Saint-Denis, qui serait lié à la fois à la réputation de la ville et aux conditions d'exercice qui y sont rencontrées par les praticiens.
- Ce manque d'attractivité engendre de **réelles difficultés pour les kinésithérapeutes en place** : pas de repreneurs pour les cabinets, difficultés à trouver des assistants ou encore des remplaçants, et ce malgré la présence de deux IFMK sur la commune.
- Pour les patients, cette situation se traduit par des **ruptures dans le parcours de soin** lorsque le professionnel en charge n'est pas remplacé lors d'une absence ou bien suite à un départ en congés ou à la retraite.
- L'enquête réalisée auprès des néo-diplômés franciliens de 2019 confirme les propos des acteurs rencontrés : la Seine Saint-Denis est **le territoire d'exercice le moins plébiscité**, avec seulement 4 néo-diplômés sur les 268 répondants qui envisagent de s'y installer

### Le sentiment que les conditions d'exercice et la qualité de soins se dégradent

Malgré une pratique intensive, il n'est pas possible pour les kinés de Saint-Denis de répondre à l'ensemble de la demande. Cette situation installée maintenant depuis plusieurs années n'est pas sans conséquences sur la relation de soin, la satisfaction des patients et les conditions d'exercice des kinés.

Cela se traduit tout d'abord par une **détérioration de la relation entre patients et praticiens**. Le temps et l'attention accordés à chaque patient, pourtant jugés nécessaires à un soin de qualité, ont tendance à diminuer, d'autant plus que le rythme intense en continu est décrit comme usant. Cette diminution d'attention portée au patient en raison de la charge de travail est vécue par certains comme un petit renoncement **sur sa propre éthique professionnelle**. En outre, les kinés doivent **faire face quotidiennement à l'incompréhension, au désarroi et au mécontentement de patients pour lesquels ils n'ont pas de place dans l'agenda**. Ces situations conflictuelles sont une source de stress qui pèse sur le vécu au travail de ces professionnels. Ainsi dans l'ensemble, la grande majorité des kinés rencontrés estime que les conditions de travail se sont dégradées ces dernières années à Saint-Denis.

Autre conséquence de cette situation, **les soins à domicile ont tendance à se raréfier**. L'accès à des soins à domicile est ainsi cité par les patients et autres acteurs de santé du territoire comme une difficulté majeure et de plus en plus importante sur Saint-Denis. Pour les kinés libéraux rencontrés, les soins à domicile sont jugés **peu rentables, à la fois sur les plans économiques et organisationnels**, ce d'autant plus dans un environnement fort urbanisé où l'usage de la voiture est contraignant et chronophage. Et avec une demande importante continue de soins en cabinet, plusieurs d'entre eux font de moins en moins, voire plus du tout de déplacement à domicile. Ceux qui le pratiquent encore le font uniquement pour des patients de longue date auxquels ils sont attachés, ou bien uniquement dans un périmètre restreint autour de leur cabinet, **accessible à**

*Il est écrit « urgent » sur l'ordonnance, alors le patient pense qu'il va avoir une place tout de suite. Quand je dis que je n'ai pas de place avant 2 mois, certains me disent que je suis le 3<sup>e</sup> cabinet à leur répondre ça, et ils s'énervent. Je les comprends, mais je n'y peux rien.*

- Citation de kinésithérapeute -

**pieds.** Ainsi se trouvent privés de fait des quartiers de la ville qui sont entièrement dépourvus d'une offre de kiné libérale de proximité.

Au final, pour certains kinésithérapeutes, **c'est la relation au métier qui en vient à être affectée.** Les sentiments de « ne pas bien faire son travail » et de ne pas pouvoir apporter une réponse adéquate aux besoins des patients, ainsi que les conflits réguliers sur la prise de rendez-vous, pèsent sur le regard porté sur sa propre pratique, et ce d'autant plus lorsque le choix d'installation à Saint-Denis représente une forme d'engagement.

### Une prise en charge qui semble peu optimale pour l'intérêt du patient

La problématique de la prise en charge de nouveaux patients dans le contexte d'agendas saturés des masseur-kinésithérapeutes libéraux de Saint-Denis pose la question plus large de la coordination des acteurs de soin autour des patients. Sur ce point, l'ensemble des professionnels rencontrés est unanime : **il n'y a pas de lien entre eux et les autres acteurs du système de soin.**

Tout d'abord, les différents professionnels ne se rencontrent pas. Ainsi, les kinésithérapeutes libéraux disent n'avoir que de très rares contacts avec d'autres professionnels de santé, et plutôt par téléphone lorsque cela a lieu. Même pour une partie des kinésithérapeutes travaillant dans des structures pluriprofessionnelles, les échanges concernant les traitements les mieux appropriés à un patient sont rares.

La plupart du temps, la coordination entre acteurs se résume donc à la prescription reçue par les kinésithérapeutes à la prise en charge du patient, et au bilan de suivi ou de fin de traitement établis par le praticien, lorsque celui-ci est partagé. Et mêmes dans ces dimensions très concrètes et réduites de la coordination, les choses peuvent dysfonctionner. Concernant la prescription, c'est dans certains cas un compte-rendu opératoire qui est absent et que le praticien n'arrivera pas à obtenir malgré plusieurs tentatives auprès de l'hôpital, dans d'autres cas c'est une prescription de médecin qui est trop floue et oblige le kinésithérapeute à réaliser un bilan complet avec le patient pour pouvoir déterminer le contenu des soins à apporter. Et concernant le suivi des soins, n'ayant quasiment jamais de retour sur les bilans envoyés, les kinésithérapeutes en viennent à douter de l'utilité de ce partage, si bien que beaucoup ont désormais cessé de les transmettre.

Associée à des agendas saturés pour les masseur-kinésithérapeutes, cette méconnaissance des réalités de chacun et l'absence de dialogue entre professionnels de santé nuisent à la prise en charge des patients au sein du système de santé dionysien ainsi qu'à la qualité des soins. De nombreux kinésithérapeutes libéraux regrettent notamment que les soins kinésithérapiques ne soient **pas planifiés plus tôt lorsque cela est possible.** Par exemple, il n'est pas rare que des kinésithérapeutes se voient contraints de mettre sur liste d'attente des femmes nécessitant de la rééducation périnéale en sortie de grossesse, alors que cette prise en charge doit se faire le plus rapidement possible après l'accouchement pour être efficace.

**“ En fait on ne se connaît pas, on n'a pas l'habitude de travailler ensemble. ”**  
- Citation de kinésithérapeute -

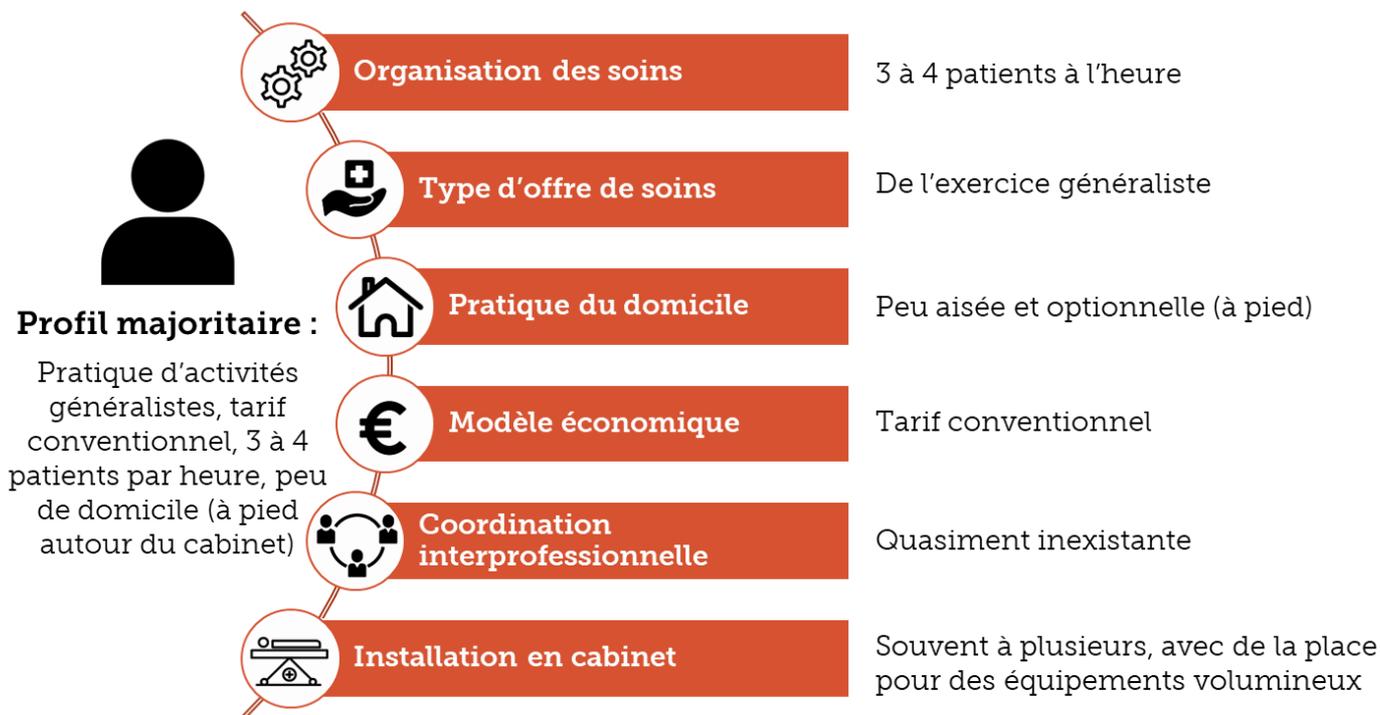
### Focus : une CPTS\* à Saint-Denis ?

- Plusieurs initiatives sont déjà présentes en vue d'améliorer la santé à Saint-Denis : objectif PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) pour les populations d'origine étrangère, un centre de santé communautaire associatif, etc.
- La **mise en place d'une CPTS est perçue comme une réponse possible** pour une meilleure coordination des soins (partage des enjeux, difficultés, spécificités, etc.)
- Des groupes de travail sont à l'œuvre, mais la CPTS est décrite comme étant à **l'état embryonnaire pour le moment.**
- La **question du partage de la rémunération et des charges entre acteurs** (notamment du loyer des surfaces, la pratique de la kiné requérant plus d'espace que la médecine générale par exemple) est citée par tous comme un point déterminant pour l'attractivité et l'efficacité de la CPTS.

\*CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

## 2.1.6 Profil de kinésithérapeute sur un territoire urbain de proche banlieue, peu doté en offre de soins

Le schéma ci-dessous, très synthétique, représente les caractéristiques des profils majoritaires de kinésithérapeutes sur le territoire d'étude. Il a été produit pour la présentation de l'étude qui a été réalisée le 05 octobre 2019 au salon Rééduca à Paris.





## 2.3 Un territoire rural, en voie de désertification médicale

Le cas du canton de Coulommiers,  
Seine-et-Marne (77)

### En chiffres



**Population** : 63 887 hab. (en 2016)



**Type de territoire** : rural



**Densité de MK libéraux** : 5,2 (IDF : 8,3)  
(Pour 10 000 habitants)



**Dynamique de densité** : en baisse



**Activité moyenne par professionnel en nbre d'actes** : 4 996\* (IDF : 4176)

*\* résultats non disponibles sur l'ensemble du territoire*



**Zonage ARS** : sous-doté, zone d'intervention prioritaire

Avec ses 5 915 km<sup>2</sup>, la Seine-et-Marne occupe près de 50% de la région francilienne. Historiquement créé en 1790 à partir du regroupement des provinces d'Île-de-France et de Champagne, le département conserve encore aujourd'hui une nette fracture entre la partie ouest de son territoire soumise à la pression croissante de l'agglomération parisienne, et sa partie est restée à dominante rurale. Cette fracture se traduit par une densification urbaine inégale à l'échelle du département et une fragilisation<sup>21</sup> de ses territoires périphériques.

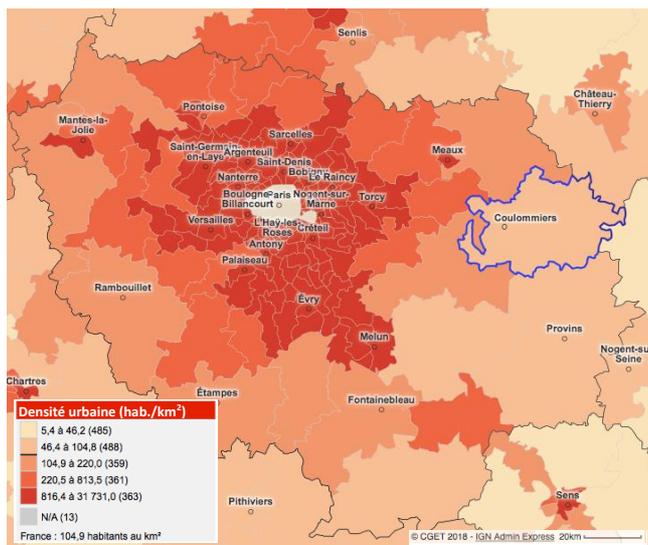
Le canton de Coulommiers, terrain d'investigation de la présente étude, se situe dans la partie Est du département de Seine-et-Marne. Sa vaste superficie (628 km<sup>2</sup>) et sa très faible densité démographique (102 habitants/km<sup>2</sup>) en font un territoire représentatif des problématiques d'accès aux soins et des inégalités sociales de santé (ISS) qui y sont liées. Ces difficultés sont accentuées par des phénomènes de désertification médicale qui contribuent à tendre l'offre de santé sur le territoire.

L'objectif de l'étude est de décrire les conditions d'exercice des masseurs-kinésithérapeutes présents sur le territoire et de questionner ainsi la manière dont leurs stratégies individuelles s'inscrivent dans la dynamique du réseau de santé local.

<sup>21</sup> Voir Nicole Sergent, « L'avenir des territoires péri-métropolitains en Île-de-France », rapport CESER, juillet 2017.

### 2.3.1 Le canton de Coulommiers, un territoire rural en marge du dynamisme francilien

Situé dans le pays briard à l'extrémité est du département de Seine-et-Marne, le canton de Coulommiers s'étend sur 51 communes. Avec ses 63 887 habitants et ses 628 km<sup>2</sup>, il fait partie avec Provins et Nemours des trois cantons les plus vastes et les moins densifiés d'Île-de-France. Limitrophe des régions Hauts-de-France et Grand Est, il partage avec elles des caractéristiques rurales qui tendent à le marginaliser dans le paysage francilien.



Densité de population 2016, le canton de Coulommiers en Île-de-France (Source : CGET 2018)

#### Une population excentrée...

À l'exception de l'unité urbaine <sup>22</sup> de Coulommiers, concentrée à l'ouest du canton, les communes du territoire sont considérées par l'Insee comme des espaces de type rural. Leur très faible densité (inférieure à 100 hab./km<sup>2</sup> pour 70% d'entre elles) s'accompagne d'un réseau d'infrastructures (culturelles, routières, sanitaires, etc.) insuffisamment développé qui rend la population fortement dépendante à l'automobile.

En 2016, 83% des actifs occupés travaillent dans une commune différente de celle de leur résidence (avec une distance médiane de 23 km) et 80% de ces trajets s'effectuent en voiture. Dans la zone d'emploi de Coulommiers, ce sont pourtant 11% des

ménages qui ne possèdent pas de véhicule et 45% qui n'en possèdent qu'un, créant ainsi une interdépendance dans les déplacements des membres de la famille. Cette dépendance dépasse le cadre familial en cas de foyer restreint ou d'inaptitude à la conduite, notamment dans le cas de personnes âgées (32% des plus de 60 ans vivent seuls) ou accidentées.

Cet éloignement est au cœur des inégalités d'accès à l'emploi et aux équipements (15 minutes en moyenne sont nécessaires pour accéder aux services d'usage courant depuis le domicile) et peut rapidement conduire à l'isolement.

#### ... en voie de paupérisation

L'urbanisation croissante de l'agglomération parisienne renforce la concentration des richesses à l'ouest du département, le long des principales voies de communication. La pression foncière tend à fragmenter le territoire selon les différents niveaux d'accès à la propriété de la population avec :

- des personnes déjà propriétaires de leur logement : population vieillissante avec une surreprésentation des catégories modestes et des retraités ;
- des néo-ruraux acteurs des mouvements de gentrification : population urbaine fortement subordonnée à la métropole ;
- des personnes victimes des mouvements de gentrification qui se déplacent toujours plus à l'est du département et qui n'ont pas toujours accès au logement social.

On observe ainsi depuis une dizaine d'années d'inquiétants phénomènes de *cabanisation* et d'hébergements sauvages<sup>23</sup>. Le net recul que connaissent l'activité agricole, victime de l'artificialisation des sols, et l'activité industrielle vient élargir le terreau de cette précarisation et contribue à alimenter un taux de chômage et un taux de pauvreté déjà élevés (respectivement 12% et 18% en 2016) par rapport aux moyennes départementales (respectivement 9% et 12%), au risque de laisser pour compte une population dans l'ensemble peu qualifiée<sup>24</sup>.

<sup>22</sup> L'unité urbaine est définie par l'Insee comme une commune ou un ensemble de communes d'au moins 2 000 habitants présentant une zone de bâti continu (sans coupure de plus de 200 mètres).

<sup>23</sup> Voir « Annexe 3 : Pauvreté, précarité, solidarité en milieu rural dans le département de Seine-et-Marne », rapport IGAS.

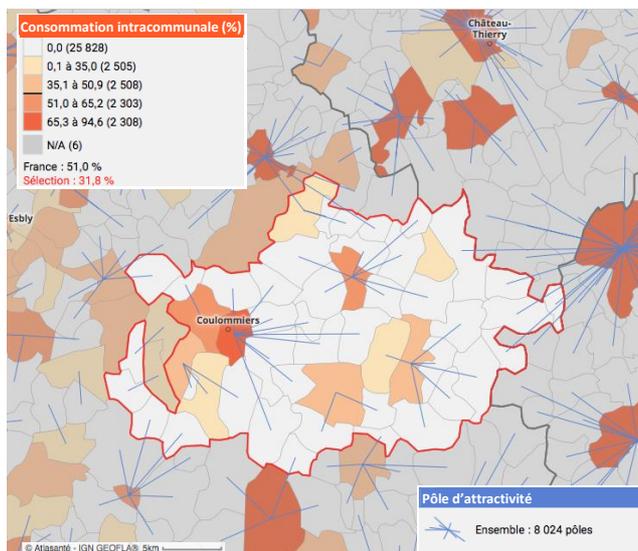
<sup>24</sup> En 2016, 75% des non scolarisés (15 ans ou plus) n'est titulaire d'aucun diplôme de l'enseignement supérieur (source : Insee, recensement de la population).

### 2.3.2 Carte de santé du territoire

Malgré des initiatives locales volontaristes, le canton de Coulommiers connaît depuis une dizaine d'années une forte désertification médicale. Le déficit d'infrastructures sanitaires (hôpitaux, cabinets médicaux et paramédicaux, pharmacies, etc.) entraîne un élargissement du territoire de santé hors des frontières du canton, ce qui tend à rendre la population encore plus dépendante aux moyens de transport disponibles : véhicules personnels (dont ceux de proches ou de voisins), véhicules de santé légers (VSL), association de chauffeurs bénévoles<sup>25</sup>, etc.

Plus précisément, le canton dispose d'une offre de soins asymétrique qui se concentre aux 2/3 aux alentours de l'agglomération de Coulommiers. C'est ainsi 50% du territoire (toute la partie est) qui cumule les déficits, toute profession de santé confondue : en 2019 la zone est classée par l'ARS « zone d'intervention prioritaire » concernant l'offre de médecine générale, « zone très sous-dotée » pour les kinésithérapeutes et les orthophonistes, « zone sous-dotée » pour les dentistes, etc. Les chiffres sont ainsi à prendre avec précaution : sur les 40 médecins généralistes présents sur le territoire, 27 sont établis à son extrémité ouest. On retrouve une répartition similaire pour les autres professions de santé (cf. la section 2.3.3).

La polarisation de l'offre sur quelques communes (à Coulommiers et hors du canton à Montmirail, Château-Thierry et Meaux) a tendance à s'accroître du fait de la faible attractivité du territoire pour les jeunes professionnels de santé : les remplacements,



*Pôles d'attraction des médecins généralistes et consommation intra-communale généraliste, canton de Coulommiers (Source : Atlasanté 2017)*

et la reprise de cabinets n'étant plus assurés, la situation des communes les plus déficitaires risque de s'aggraver. La population n'hésite pas à se rendre à Reims pour bénéficier de l'offre de médecine spécialisée en dépit de sa distance (100 km environ).

De la même manière, c'est à Coulommiers que se situent le centre hospitalier (qui a rejoint depuis 2017 le GHEF – Grand Hôpital de l'Est francilien) et la seule maison de santé pluridisciplinaire et universitaire du territoire (MSP-U associée à l'Université de Créteil). Leur rapprochement avec des structures de l'agglomération parisienne tend à accentuer leur détachement des communes les plus à l'est du canton. Face à ce déséquilibre, les maires se mobilisent : deux projets de MSP sont en train de voir le jour à l'est du territoire, à Rebaix et La Ferté-Gaucher.

#### Focus : L'inertie sociale, un enjeu de santé publique

Le canton de Coulommiers se distingue par des taux de mortalité, et en particulier de mortalité prématurée (suicide, alcoolisme, tabagisme) significativement supérieurs à la moyenne régionale (à titre d'exemple pour l'alcoolisme, l'ICM par rapport à la moyenne régionale – base 100 – est de 142,27).

Le déficit global d'infrastructures (manque de transports en commun, choix limité de formations à proximité, difficile accès à la culture, etc.), prédominant dans les petites communes de l'est du canton, contribue à l'inertie de la population.

Selon l'association locale Germinale, cette inertie entraînerait la marginalisation des populations les plus jeunes, et aurait pour conséquence sur la santé, en plus du développement de comportements à risque, la non prise en charge (diagnostic et traitement) et l'alourdissement de leurs pathologies.

<sup>25</sup> Sur le territoire, deux taxis seulement disposent de l'agrément ARS permettant d'effectuer des transports sanitaires (pris en charge par la sécurité sociale). Ils assurent cette activité en plus des assistances dépannage (pannes, accidents, etc.). Face à la demande (qui leur impose de grandes distances dépassant régulièrement les 100 km), ils sont contraints de faire appel en renfort aux taxis de Coulommiers ou de la Ferté-sous-Jouarre (environ 4 à 5 taxis supplémentaires sont nécessaires par jour). Avec ses 52 chauffeurs bénévoles, l'association Entraide Déplacements tente de répondre à cette demande auprès d'une population plus large, ne bénéficiant pas de bons de transport. L'accroissement des courses sanitaires régulières la conduit à professionnaliser ses interventions par la mise en place de plannings spécifiques avec les professionnels de santé concernés.

### 2.3.3 L'offre de kinésithérapie libérale sur le territoire

Seules 14 communes sur les 51 du canton de Coulommiers sont dotées de masseurs-kinésithérapeutes. Comme pour les autres professions de santé (cf. section 2.3.2), les 2/3 de l'offre sont concentrés à l'extrémité ouest du territoire : sur les 37 kinésithérapeutes (33 libéraux et 4 salariés) que compte le canton, 13 sont établis à Coulommiers (dont les 4 qui exercent au CH de Coulommiers) et 11 dans les communes voisines de l'agglomération.

#### Un déficit asymétrique...

Le canton dispose ainsi de 5 à 6 praticiens (selon que l'on comptabilise ou non les professionnels salariés) pour 10 000 habitants. Située en deçà des moyennes départementale et régionale (respectivement 6,2 et 8,3 MK libéraux pour 10 000 habitants), cette densité se rapproche du seuil critique défini par l'ARS (moins de 5 MK libéraux pour 10 000 habitants). Le calcul de cette densité tend néanmoins à masquer deux phénomènes : l'asymétrie de dotation en kinésithérapeutes d'une part, et de l'autre, la vaste étendue du territoire. Si l'on continue un raisonnement en termes de moyenne, ce sont donc 5 à 6 kinésithérapeutes pour 10 000 habitants... sur un territoire de 100 km<sup>2</sup>.

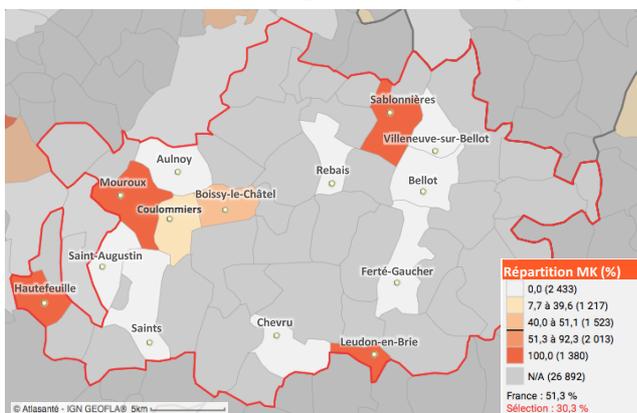
Ce ratio demanderait à être affiné en prenant en considération l'asymétrie de l'offre de soins ainsi que la répartition géographique des praticiens par âge. On note en effet avec la répartition par âge que les jeunes générations de masseurs-kinésithérapeutes s'installent de préférence dans les zones les mieux dotées de l'ouest du territoire alors que les communes les plus touchées par les

départs à la retraite se situent dans la partie est du canton. Ainsi, sur les 10 professionnels de moins de 40 ans, 7 se sont installés à Coulommiers et dans des communes limitrophes (Boissy-le-Châtel et Mouroux), alors que 50% des praticiens de plus de 60 ans (3 sur 6) sont établis dans des communes peu dotées, à l'est du canton (Rebais et La Ferté-Gaucher). Ces tendances risquent, si elles se confirment, de creuser les inégalités d'accès aux soins entre la partie ouest et la partie est du territoire.

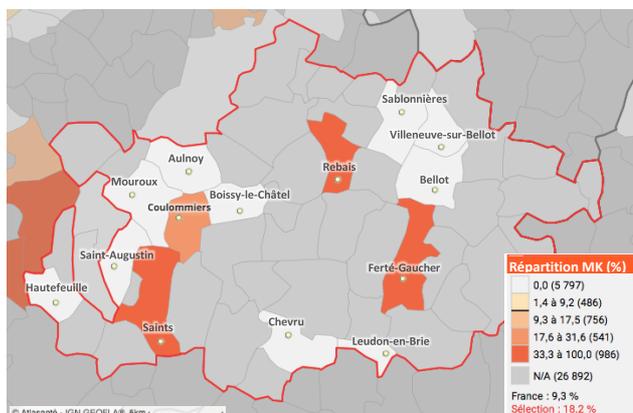
#### ... qui contribue à tendre l'offre libérale

Face au déficit de praticiens (communes grisées sur les cartes), on observe entre les professionnels libéraux une répartition informelle de l'activité à domicile par secteur (secteurs qui peuvent dépasser les frontières du canton). Cette pratique comprend le déplacement au domicile des patients, mais également des séances régulières dans des établissements de santé (Ehpad notamment), assurant ainsi l'accès aux soins au plus grand nombre. Près d'un quart d'entre eux, parmi les plus jeunes, ont une pratique exclusivement à domicile.

Néanmoins, l'inégale répartition des cabinets sur le territoire entraîne la sur-sollicitation des praticiens, en particulier des plus isolés : le temps moyen d'attente pour l'obtention d'un rendez-vous atteint désormais les deux mois. La pression que représente les demandes en cabinet contribue à raréfier la pratique à domicile, au risque de laisser une partie de la population non couverte.



Répartition des masseurs-kinésithérapeutes de moins de 40 ans en 2017, canton de Coulommiers (Source : Atlasanté, 2017)



Répartition des masseurs-kinésithérapeutes de 60 ans et plus en 2017, canton de Coulommiers (Source : Atlasanté, 2017)

### 2.3.4 Une pratique de la kinésithérapie à bout de souffle : de la recherche d'un cadre de vie de qualité au sentiment d'épuisement professionnel

« On ne vient pas par hasard sur ce territoire. »

Cette parole, rapportée par l'IGAS dans son rapport *Pauvreté, précarité, solidarité en milieu rural*<sup>26</sup>, illustre l'ambivalence du bassin de Coulommiers. L'absence de rayonnement économique et l'éloignement des grands axes de communication en font un territoire excentré et en première approche peu attractif. Pour une partie de la population, l'arrivée sur le canton est en partie subie et contrainte par la pression foncière de l'agglomération parisienne (cf. section 2.3.1). Cependant, d'après les différents entretiens que nous avons menés, cela ne semble être le cas ni des professionnels de santé en général, ni des masseurs-kinésithérapeutes en particulier, qui revendiquent quant à eux leur choix pour ce territoire.

#### L'installation dans le canton de Coulommiers, un « choix de vie »

Concernant les masseurs-kinésithérapeutes, deux profils-types paraissent se dégager : le jeune praticien pour qui le canton est son premier lieu d'installation (environ un kiné sur trois) d'une part, et de l'autre, un profil plus sénior de praticien pour qui l'arrivée sur le canton signe une forme de reconversion professionnelle (environ un kiné sur deux). Dans les deux cas, ce n'est effectivement pas *par hasard* qu'on arrive sur le territoire.

Les plus jeunes, pour la plupart, ont grandi dans le canton ou à proximité. Ils y ont effectué l'ensemble de leurs stages dans l'objectif d'y rester et de s'y établir. Leur **installation est d'abord motivée par un attachement affectif** et la présence de leurs proches. Si certains se sont essayés à l'exercice salarié (en stage ou en alternance) ou mixte, tous ont rapidement abandonné le secteur hospitalier pour se concentrer sur l'activité libérale, plus intensive et « *libératoire* » (cf. focus « Un exercice salarié de moins en moins prisé » p.39). On observe néanmoins deux orientations distinctes : ceux qui débutent dans un cabinet pluri-professionnel comme assistants (ce qui peut conduire rapidement à une association) et restent aux alentours de Coulommiers, et ceux qui débutent seuls, souvent plus à l'est du canton, et développent une pratique exclusivement à domicile, chez les patients et/ou dans des établissements de santé (Ehpad notamment) (cf. section 2.3.3).

Les professionnels qui s'installent tardivement sur le territoire, après 10 à 20 ans d'exercice, ont des profils plus atypiques : praticien dans une grande clinique spécialisée, kinésithérapeute itinérant, formateur... ils ont exercé à Paris, dans la petite couronne ou à l'étranger, mais peu ont travaillé en milieu rural avant de s'y établir. Certains emménagent dans leur résidence secondaire, d'autres cherchent à tout prix à quitter l'agglomération parisienne et l'« *agitation* » des pôles urbains, même si la plupart se rapprochent d'un ou d'une conjoint.e originaire de la région. Après des pratiques souvent intenses (amplitude horaire allant jusqu'à 21h, travail le week end, etc.), **beaucoup s'installent « à la campagne » avec l'envie d'un exercice plus mesuré de la kinésithérapie**. Souhaitant conserver leur liberté (en termes de pratique et d'organisation) et leurs revenus (ils savent que la demande en kinésithérapie est élevée), pratiquement aucun n'a fait le choix de l'exercice salarié. Ainsi, ils sont nombreux à prendre une après-midi ou une journée chaque semaine, à s'imposer des horaires en adéquation avec leur vie de famille ou des activités connexes, certains choisissant même de s'installer au premier ou second étage pour garder la main sur leur patientèle (limitant ainsi les prises en charge post-opératoires).

Cette population sénior arrive sur le territoire avec son expérience, mais également son matériel, son réseau et pour un petit nombre d'entre eux, leur patientèle est déjà constituée (conjoint médecin déjà présent sur le territoire par exemple ou établissement à une adresse déjà connue

“ C'était un peu comme si j'étais venu me mettre en pré-retraite avant l'heure... ”  
- Citation de kinésithérapeute -

<sup>26</sup> Annexe 3 : Pauvreté, précarité, solidarité en milieu rural dans le département de Seine-et-Marne, p.49.

des patients). Répartis de manière globalement homogène sur le territoire, ceux qui ont fait le choix de l'exercice libéral gèrent rapidement leur propre cabinet. Dans les communes les plus modestes, certains ont pu bénéficier d'aides municipales, notamment concernant la mise à disposition d'un local. La plupart parviennent à s'ancrer dans le territoire en développant des cabinets pluri-professionnels, voire pluri-disciplinaires, bien que l'activité reste solitaire.

### Focus : Un exercice salarié de moins en moins prisé

Alors que les conditions de l'exercice salarié (horaires fixes, absence de gestion administrative, etc.) pourraient garantir le cadre de vie équilibré recherché par les professionnels du territoire, ils sont plus de 95% à choisir l'activité libérale.

En effet, rares sont les praticiens qui, après s'être établis en libéral, se tournent vers l'exercice salarié : les investissements matériels (à rentabiliser) et le niveau de vie atteint les engagent, d'une certaine manière, à maintenir une activité libérale.

Les établissements de santé s'adressent ainsi en priorité aux étudiants et jeunes praticiens, qui n'ont pas encore de telles contraintes. Néanmoins, on observe que le territoire attire de moins en moins : trop rural pour les uns (qui n'y ont ni voiture, ni proches), pas assez pour les autres (qui voient d'un œil critique l'urbanisation galopante à l'ouest du canton). C'est ainsi à peine 1% des néo-diplômés qui dit se projeter dans un exercice en Seine-et-Marne (cf. résultats de la consultation des néo-diplômés p.79).

Semble s'ajouter également, pour les plus jeunes, une déception face à l'exercice salarié des établissements du canton. La pratique est jugée

monotone : cela serait dû à la prise en charge spécifique des personnes âgées (au rétablissement lent et incertain), mais aussi, et surtout, au manque de matériels et au laconisme des prescriptions (« MK respi » ou « MK marche » pour seules indications), compris tous deux comme étant le signe d'une déconsidération de la kinésithérapie. Paradoxalement au vu des besoins, cette méconnaissance du métier entraîne une mobilisation inadéquate des kinésithérapeutes salariés ainsi qu'un sentiment de sous-charge d'activité pour les professionnels.

Face à ce désaveu, les établissements du canton font massivement appel depuis une dizaine d'années à des kinésithérapeutes étrangers (majoritairement des Hongrois et des Polonais). Contrairement aux praticiens plus âgés qui semblent chercher à s'installer durablement sur le territoire, les plus jeunes, du fait du même sentiment de monotonie qu'évoqué précédemment, n'hésitent pas à tester les structures et les territoires rendant le lieu final de leur exercice assez aléatoire. Dans les deux cas, le retour au pays d'origine ne paraît pas être la norme.

### Une pratique généraliste contrainte par la précarité de la population du territoire

**Tout est conventionné : ce n'est pas possible de faire payer les gens plus par ici... des patients sont déjà revenus me voir pour un dépassement de 20 centimes.**

- Citation de kinésithérapeute -

Malgré la diversité des parcours des masseurs-kinésithérapeutes établis sur le canton, on observe une homogénéité dans l'offre pratiquée. On retrouve ainsi dans tous les cabinets une offre généraliste – kinésithérapie fonctionnelle et respiratoire – et dans environ 50% des cas, de la kinésithérapie périnéale. L'offre proposée est pourtant plus large, tant dans la spécialisation des professionnels (kinésithérapie du sport, prévention TMS<sup>27</sup> en entreprise, ostéopathie, hypnose médicale, phytothérapie, etc.) que dans le matériel investi (appareil à ondes de choc radiales, huber, appareil de cryothérapie, matériel isocinétique, etc.). Ne correspondant qu'imparfaitement aux attentes et aux moyens financiers de la patientèle, cette expertise reste en grande partie inexploitée. Face à sa difficile valorisation, certains

renoncent (expertise non mobilisée, matériels inutilisés), tandis que d'autres parviennent à en nourrir leur pratique, tout en restant dans le cadre d'un exercice conventionné. Le poids de la

<sup>27</sup> Troubles musculosquelettiques.

demande généraliste est tel que le coût du développement d'une activité spécialisée apparaît bien souvent superflu.

Ne pouvant compter sur la spécialisation de leur pratique pour maîtriser les conditions de leur exercice, les praticiens oscillent entre la **recherche d'une pratique économiquement rentable et celle d'une pratique de qualité**. L'amortissement des investissements (local, matériels, formations, etc.) ne correspondant pas toujours à leur exploitation, c'est donc la quantité des actes, généralistes, réalisés qui assure la rentabilité de l'exercice. Or cette quantité paraît, aux dires des professionnels et patients que nous avons rencontrés, inversement proportionnelle à la qualité de l'exercice : la prise en charge de 5 patients en une heure (bien loin du respect de la convention professionnelle, la norme observée est à 3 patients) ne peut se faire qu'en les prenant simultanément, au détriment de l'accompagnement individualisé de chacun.

Dans certains cas, ces séances mutualisées semblent même **discréditer la pratique de la kinésithérapie**. Ce phénomène fait en effet écho avec une ambiguïté, relevée par les praticiens : alors que la patientèle paraît financièrement fragile et se montre, dans son ensemble, réticente aux dépassements d'honoraires, même dans le cas de pratiques spécialisées, une partie n'hésitent pas à consulter des professionnels non conventionnés (parfois à la place de kinésithérapeutes lorsqu'ils n'arrivent pas avoir un rendez-vous) et à payer des tarifs bien supérieurs aux tarifs en vigueur pour la kinésithérapie (le quadruple pour une séance d'ostéopathie par exemple). Une hypothèse, émise par certains des professionnels rencontrés, serait que dans l'imaginaire des patients cette segmentation entre d'une part des offres « payantes », et d'autre part des offres « remboursées », en recouvre une autre, entre des offres spécialisées qui garantissent une prise en charge individualisée, et des offres généralistes et obligatoires (c'est-à-dire prescrites par le médecin) qui n'offrent pas ce même confort. Ce rapprochement, s'il est confirmé, pourrait expliquer la forme d'enfermement dans une pratique « généraliste » que les masseurs-

### Focus : Le rôle social du masseur-kinésithérapeute en milieu rural

Bien que le contact humain soit constitutif de la pratique du métier, les professionnels rencontrés disent avoir découvert sa dimension sociale en s'installant sur le territoire.

L'isolement géographique et l'inertie sociale d'une partie de la population (cf. section 3.3.2) demandent au praticien un degré d'implication dans la relation à l'autre plus important que d'autres contextes territoriaux. Faisant partie, avec les infirmières, des rares professions de santé à encore se déplacer au domicile des patients, les kinésithérapeutes sont confrontés à l'intimité et à la violence des situations les plus précaires (insalubrité du logement, manque d'hygiène, solitude, etc.).

Bien souvent, le kinésithérapeute se contente de réaliser des soins, et ne peut faire beaucoup plus que lever la personne du lit, la faire marcher pour la remettre ensuite dans lit... où elle restera jusqu'à la prochaine fois. Néanmoins, lors de ces visites, il est sollicité par le patient en marge du cadre de son exercice pour aller faire des courses, changer les piles d'un appareil auditif, régler un problème dans la maison, aider à faire des mots mêlés ou à réaliser

des tâches administratives (certains logements n'ayant ni internet ni ordinateur), etc.

Le praticien a alors la lourde tâche de maintenir en mouvement ces personnes et de les sortir d'un immobilisme physique et psychique. Cet engagement ne correspond à aucune cotation, et pourtant tous nous ont rappelé son importance pour la santé du patient.

On retrouve cette même fonction socialisatrice de la kinésithérapie dans l'activité au cabinet. Pour certains patients, la séance chez le kiné fait partie des rares sorties de la semaine, avec le coiffeur ou l'esthéticienne\*. Pensées comme des lieux de sociabilisation, certaines séances sont aussi prévues par les praticiens pour que les patients se rencontrent et puissent échanger entre eux.

\* Voir à ce propos Morgan Cochenec, « Le soin des apparences : L'univers professionnel de l'esthétique-cosmétique », Actes de la recherche en sciences sociales, 2004/4. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-actes-de-la-recherche-en-sciences-sociales-2004-4-page-80.htm>

kinésithérapeutes qui n'offrent pas de séances strictement individuelles<sup>28</sup> semblent subir sur le territoire, en dépit des investissements réalisés.

### Un sentiment d'usure et d'enfermement progressif

Depuis environ six ans, les masseurs-kinésithérapeutes ressentent une nette augmentation des demandes de soins sur le territoire. Celle-ci serait provoquée par plusieurs facteurs dont :

- une évolution de la population tant quantitative (avec notamment la venue de nouvelles populations sur le territoire) que qualitative (avec une montée significative du taux de chômage suite à la fermeture de sites agricoles et industrielles<sup>29</sup>) (cf. section 3.3.1) ;
- le renforcement de l'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire (cf. section 3.3.2) ;
- un virage ambulatoire considéré par les professionnels comme inefficace (avec un raccourcissement des durées moyennes de séjour qui ne correspondrait pas à l'amélioration de l'état des patients et entraînerait un report de charge des établissements de santé vers les praticiens libéraux).

Cette pression se traduit par un allongement drastique du temps d'attente moyen pour obtenir un rendez-vous qui est passé de 2 semaines à 2 mois en six ans. La saturation de la demande vient bouleverser les équilibres établis et la **recherche de la rentabilité de l'activité passe après la gestion du stress et l'épuisement** auxquels s'ajoutent fréquemment le sentiment et la frustration du travail mal fait.

Pour répondre à ce besoin de soins qui s'exprime parfois dans la détresse et la violence (les professionnels sont accusés de mensonge, de discrimination, etc.), les kinésithérapeutes ont peu de marge de manœuvre et jouent principalement sur deux volets :

- l'amplitude horaire de leur travail : la plupart commencent désormais entre 7h et 8h du matin et finissent entre 18h et 20h le soir, beaucoup débordent le samedi matin pour les urgences) ;
- la densité de leur charge de travail : alors que le schéma classique observé est de 3 patients par heure, c'est-à-dire un nouveau patient toutes les 20 minutes pour une prise en charge d'environ 1h par patient, beaucoup disent avoir une routine à 4 patients par heure à laquelle s'ajoutent des urgences.

Cet alourdissement de la charge de travail a un **impact physique et psychologique direct sur les praticiens**. La pratique de la kinésithérapie est un travail engageant physiquement : le corps est le premier instrument de travail des masseurs-kinésithérapeutes. Les professionnels rencontrés ont exprimé les douleurs physiques qu'ils éprouvaient, à l'épaule et au dos notamment, du fait de l'intensivité des massages réalisés, l'accumulation des rendez-vous ne permettant pas au corps de se reposer correctement. Dans quelques cas extrêmes, les professionnels décrivent une forme de travail à la chaîne. Sans aller toujours jusque-là, la quasi-totalité ont néanmoins témoigné d'une routinisation, pour ne pas dire mécanisation, de leur activité. Face à la demande, ce sont toujours les mêmes gestes, toujours les mêmes outils qui sont mobilisés. Cette facilité par défaut enferme les professionnels dans une pratique qu'ils ne jugent pas satisfaisante<sup>30</sup> : sentiment d'une prise en charge partielle, perte de la dimension pédagogique du métier, etc.

“ Il y a des jours où je ne suis pas content de moi quand je rentre, parce que je sais que je n'ai pas fait un travail de qualité. - Citation de kinésithérapeute - ”

<sup>28</sup> A ce propos, il est intéressant de noter que les praticiens rencontrés ayant réussi à augmenter significativement leurs tarifs (+25%) sont également ceux qui respectent les conditions de l'exercice conventionné et ne prennent qu'un patient à la fois par demi-heure. Ce sont aussi ceux qui ont fait les investissements les plus bas au démarrage de leur activité en termes de matériels (laissés à la charge des patients), de local (aides subventionnées), etc.

<sup>29</sup> Le chômage aggravant la propension à l'inertie sociale de publics déjà fragilisés (peu scolarisés, victimes d'isolement géographique, etc.), l'évolution du taux de chômage peut avoir un impact direct sur le nombre de prescriptions en kinésithérapie sur un territoire.

<sup>30</sup> Certains regrettent de ne pas réussir à avoir de stagiaires qu'ils considèrent comme des « bouffées d'air » pour leur activité, pour l'allègement de la charge de travail que cela représente, mais aussi et surtout parce que cela leur permet de confronter leur pratique à l'évolution du métier et de la réactualiser.

La tension des agendas conduit également à une **rupture du parcours de soins**. Le traitement quantitatif de la demande devenant la priorité, tout ce qui est périphérique est perçu comme une contrainte : sous la pression, les établissements de santé n'assurent pas le lien avec la ville préférant consacrer ce temps à la prise en charge de patients supplémentaires ; les kinésithérapeutes libéraux ne répondent plus au téléphone ; les recommandations ou renvois de patients vers un professionnel spécifique est ressenti comme une forme d'ingérence<sup>31</sup>, etc. On note néanmoins quelques rares cas de solidarité entre professionnels qui, pour garantir la prise en charge d'un patient, vont se répartir la charge de travail alors même qu'ils ne partagent pas le même cabinet : l'un prend le patient du lundi au mercredi, l'autre du jeudi au vendredi par exemple. Cela ne signifie pour autant pas que les professionnels prennent le temps de travailler à proprement parler ensemble pour échanger sur l'évolution du patient. Ces formes d'isolement dans le travail se retrouvent au sein des groupements de professionnels et des cabinets partagés<sup>32</sup>.

Dans ce contexte, les déplacements à domicile deviennent pesants. Peu rentables face à la pression de la demande en cabinet et émotionnellement engageants, ils cristallisent la tension des praticiens écartelés entre la nécessaire optimisation de leurs interventions et la culpabilité de ne plus parvenir à tenir leur rôle social. Cette **perte de sens du métier** est accentuée par d'inquiétants phénomènes généralisés de fermeture de la patientèle caractérisés par le refus de prendre de nouveaux patients<sup>33</sup> et l'enlisement de l'activité auprès d'une patientèle lourde et chronique. Beaucoup pensent à quitter le territoire ou à passer à un exercice déconventionné pour renouer avec une pratique sereine du métier, bien que la peur de laisser leur patientèle sans possibilité de continuité de prise en charge les retienne.

---

<sup>31</sup> Le flux tendu de patientèle impose une règle tacite entre les professionnels qu'il convient de ne pas franchir : « on ne se renvoie pas les patients ». Trois raisons sont évoquées : éviter la concurrence déloyale (« les médecins n'ont pas à adresser les patients à qui que ce soit »), ne pas donner son avis sur les autres praticiens et « de toute façon, c'est celui qui peut qui prend, quand on est saturé, on sait que c'est pour tout le monde pareil ». Dans ce cadre, les recommandations sont perçues comme la non-reconnaissance d'une sur-charge de travail pourtant connue et un signe de dévalorisation, voire de subordination professionnelle (« [tel] chirurgien m'appelle pour que je prenne son patient en urgence, mais il se prend pour qui ? je ne suis pas à son service, son patient sera sur la liste, comme tout le monde ! »)

<sup>32</sup> Certains regrettent également de ne pas avoir d'opportunités un peu plus institutionnalisées d'échanger avec leurs confrères du territoire. Une tentative d'enseignement post-universitaire (EPU) avait été mise rapidement en place au CH de Coulommiers, mais elle ciblait des thématiques médicales jugées trop éloignées de l'exercice du métier (diabète, etc.).

<sup>33</sup> Refus notamment de prendre en charge d'autres bébés que ceux déjà connus ou appartenant à la famille de patients de réguliers pendant les périodes de bronchiolite.

## 2.1.7 Profil de kinésithérapeute sur un territoire rural en périphérie, peu doté en offre de soins

Le schéma ci-dessous, très synthétique, représente les caractéristiques des profils majoritaires de kinésithérapeutes sur le territoire d'étude. Il a été produit pour la présentation de l'étude qui a été réalisée le 05 octobre 2019 au salon Rééduca à Paris.



### 3. Enseignements généraux & perspectives

Analyse croisée des différents matériaux recueillis (études de cas et questionnaires)

Les monographies mettent en lumière un certain nombre de problématiques que rencontrent au quotidien les praticiens établis sur un territoire, ainsi que leurs patients. Ces approches locales donnent à voir comment les enjeux de la profession et des pouvoirs publics s'expriment concrètement sur un territoire donné, en fonction des caractéristiques qui lui sont propres (attractivité, profil socio-démographique, etc.). Couplées au matériau issu des deux consultations réalisées, elles nous permettent de mettre en perspective certains sujets clés.

Dans cette partie, nous proposons de mettre l'accent sur différents processus observés au niveau local, afin d'en apporter une vision plus globale et dynamique à l'échelle régionale. Au vu des objectifs de l'étude, des entretiens réalisés sur le territoire francilien et des résultats des deux consultations, nous avons retenu les trois sujets suivants :

- L'expression d'un mal-être au travail par les kinésithérapeutes ;
- L'installation des kinésithérapeutes et la démographie de la profession ;
- Les réseaux et collectifs de soin.

## 3.1 Kinésithérapeutes, des professionnels en souffrance ?

### 3.1.1 Le mal-être au travail au centre du discours des kinésithérapeutes rencontrés

A la lecture des monographies, il peut apparaître étonnant de voir émerger fortement le sujet du vécu au travail et d'une forme de mal-être éprouvés par les masseur-kinésithérapeutes rencontrés. Les monographies se basant sur une expression subjective des interviewés, il est normal d'avoir en matériau une analyse par les acteurs eux-mêmes de leur pratique et de leur vécu au travail. Nous nous sommes cependant étonnés à travers nos investigations de terrain de rencontrer une expression si forte et renouvelée **d'une forme de malaise et de souffrance au travail** chez une grande partie des praticiens libéraux. Cette expression de mal-être au travail n'était en effet pas présente dans l'étude sur la profession menée en 2009. Bien au contraire, concernant leur avenir professionnel, les kinésithérapeutes dépeignaient plutôt la perception « *d'une sorte d'eldorado* », d'un environnement où « *tout est possible à tout moment* »<sup>34</sup>.

Pour une part des masseurs-kinésithérapeutes, le mal-être au travail porte sur **une dimension physique**. En effet, dans ce métier décrit comme « de contact », la très grande majorité des praticiens rencontrés nous explique que leurs mains restent leur outil de prédilection pour soigner les patients. Les gestes de soin amènent ainsi très souvent le praticien à soulever le patient, porter un de ses membres pour l'accompagner dans un mouvement, exercer des efforts physiques sur une partie du corps, etc. Autant de gestes, dont certains d'une forte intensité, qui mettent le corps du praticien, et notamment ses mains, à rude épreuve. Plusieurs des praticiens rencontrés nous ont ainsi expliqué avoir des régulièrement des douleurs dans les mains et au niveau des poignets, notamment après des journées particulièrement éprouvantes. Certains ont dû arrêter de travailler pendant une période et parfois être opérés avant de pouvoir reprendre leur activité. Mais tous précisent que ce sujet n'est que très rarement évoqués, que ce soit entre confrères ou avec d'autres professionnels, et surtout pas avec les patients envers qui il faut « *garder la face* ».

Outre les douleurs physiques, c'est bien **d'une souffrance psychique** dont font majoritairement état les praticiens rencontrés. Pour beaucoup, la cause première de ce sentiment est liée à un **conflit de valeurs dans l'exercice de leur métier**. Ainsi, pour s'adapter à leur contexte et à leur environnement de travail, les kinésithérapeutes rencontrés expliquent avoir développé des pratiques dont ils disent savoir qu'elles ne correspondent pas à « *du bon travail* ». Ne pas réaliser autant de soins à domicile que les besoins l'exigeraient, ne pas accorder à chaque patient tout le temps et la concentration nécessaires au bon processus de soin, ne pas travailler davantage en collaboration avec les autres professionnels de santé sont autant d'éléments qui donnent aux kinésithérapeutes l'impression de **mal travailler, de ne pas répondre comme il faudrait aux enjeux de santé publique qui ont motivé leur entrée dans le métier**. « *En vrai, je ne suis pas très fier de ma pratique solo dans mon cabinet, c'est pas comme ça qu'on devrait travailler.* ». Devoir réaliser quotidiennement un travail qui ne correspond pas à leur éthique professionnelle et leur sens du « bon travail » pèse sur la relation au métier des praticiens.

Toujours sur le plan de la charge psychique, à ce sentiment de mal faire son travail s'ajoute la **multiplication des situations conflictuelles**. Avec les patients d'une part, qui se retrouvent « *en situation de détresse* » lorsqu'ils s'aperçoivent que les agendas des masseur-kinésithérapeutes ne permettent pas de répondre à leur demande de soins. Avec les pouvoirs publics d'autre part, lorsque ceux-ci exercent leur mission de contrôle de la profession et que les pratiques

“  
Des douleurs à la main  
tout le monde en a, mais  
peu en parlent.  
- Citation de kinésithérapeute -  
”

<sup>34</sup> Rapport d'étude Plein Sens sur « Le métier de masseur-kinésithérapeute » pour l'Observatoire National de la Démographie des professions de Santé, 2009

développées par les professionnels pour répondre au mieux à la demande locale spécifique ne correspond pas aux obligations conventionnelles établies.

Enfin, ces difficultés rencontrées dans l'exercice du métier sont exacerbées par l'obligation pour les kinésithérapeutes de « *garder la face* ». En effet, établir un contact relationnel avec le patient est décrit comme nécessaire par une grande partie des professionnels rencontrés pour qui l'écoute et l'attention portés au patient font partie intégrante du processus de soin. Etablir une telle relation entre patient et soignant nécessite une forme d'abnégation de la part du masseur-kinésithérapeute, qui se doit de rester jovial et bienveillant envers ces patients. **Faire abstraction de leurs propres difficultés pour prendre soin au mieux de leurs patients** fait partie du quotidien des masseur-kinésithérapeutes. Ce qui peut s'avérer d'autant plus compliqué pour les kinésithérapeutes libéraux qui, pour la grande majorité, disposent de peu de ressources de soutien dans leur environnement professionnel (peu d'échanges avec d'autres professionnels ou des pairs).

### 3.1.2 L'exercice spécifique comme échappatoire

Les difficultés et le mal-être au travail exprimés par les professionnels sont principalement présents chez les kinésithérapeutes généralistes, qui constituent la majorité de la profession en Île-de-France.

Il existe un seul et unique diplôme français de masseur-kinésithérapeute qui donne accès à la pratique de la kinésithérapie sur l'ensemble des champs de compétences possibles. Cependant, on observe sur le terrain que les kinésithérapeutes se vivent et se définissent eux-mêmes comme « généraliste » ou « spécialiste » (qui correspond à un exercice *spécifique* de la kinésithérapie). Nous parlerons donc par la suite de « kinésithérapeutes spécialisés » en référence à la façon dont se vivent et définissent les professionnels eux-mêmes.

Les investigations de terrain réalisées ont ainsi montré une importante différence dans les conditions d'exercice entre ces types de pratiques. À travers les entretiens avec les patients et les professionnels de santé dont les kinésithérapeutes eux-mêmes, nous avons pu analyser la manière dont les patientèles prises en charge « arrivent » dans le cabinet et identifier des distinctions dans la pratique du métier, que nous reportons ici :

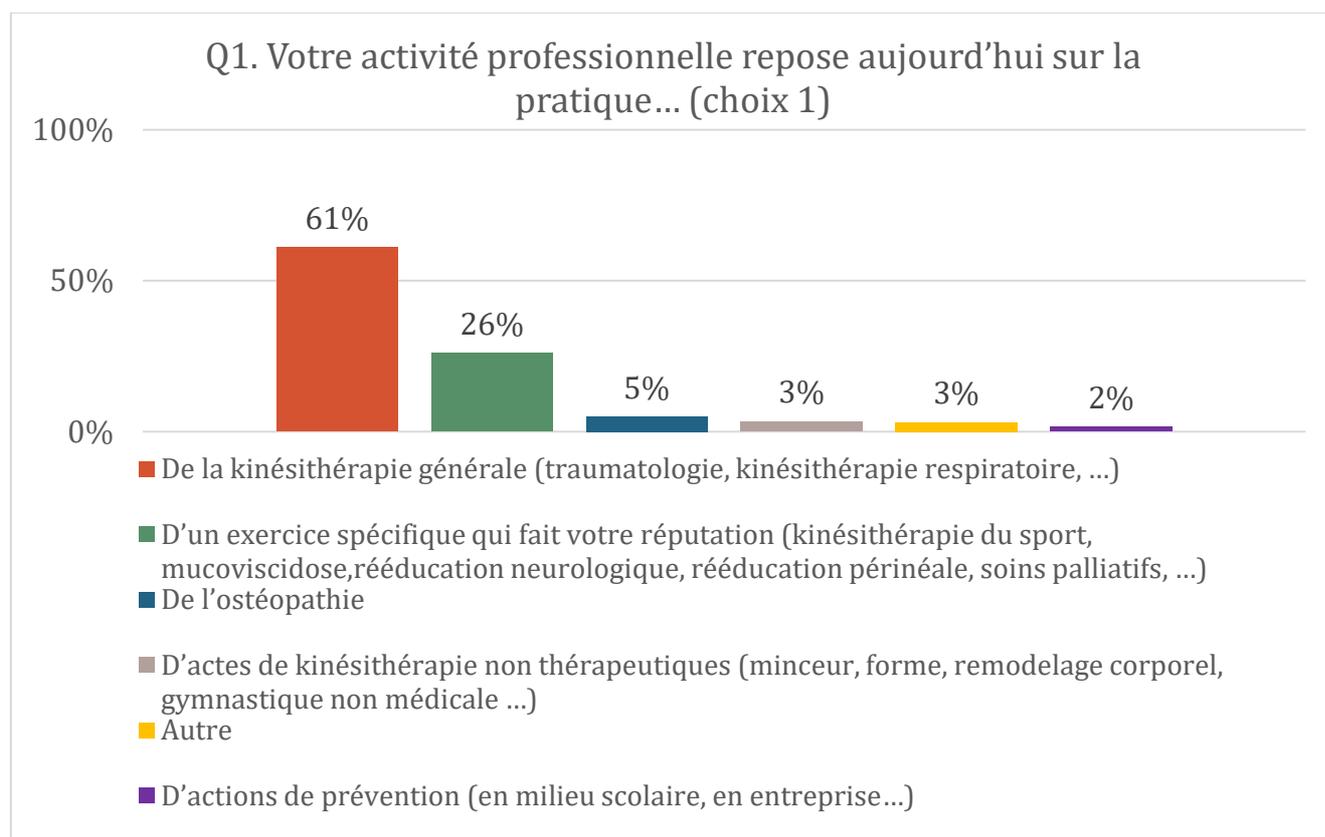
- Les **kinésithérapeutes généralistes** prennent en charge des patientèles qui vont principalement choisir un praticien en fonction de la localisation du cabinet, ainsi que du bouche-à-oreille. La praticité d'accès liée à la localisation du cabinet va ainsi être déterminante dans le choix pour tel ou tel professionnel. « *Son cabinet est à même pas cinq minutes à pied de mon boulot, ça me permet d'y aller sur la pause-déjeuner c'est très pratique !* ». Cette demande de soins, plus importante quantitativement, est très ancrée au territoire. Dans la très grande majorité des cas, cette patientèle généraliste s'attend, et même exige, de payer le tarif conventionnel minimum pour les soins reçus, et n'accepte ou ne peut pas payer de dépassements d'honoraires. L'importante quantité de demande pour des soins au tarif conventionnel amène les kinésithérapeutes généralistes à une pratique intensive pour avoir un modèle économique tenable et répondre au mieux à la demande de soins locale.
- Les **kinésithérapeutes spécialisés** prennent en charge des patientèles orientées principalement par des médecins spécialistes, des confrères avec lesquels une relation professionnelle durable a été construite, en fonction de la spécialité du kinésithérapeute et de sa réputation. « *Des patients envoyés par untel, je ne peux pas refuser* ». Cette demande de soins est moins importante quantitativement, mais les patients peuvent être extérieurs au quartier, voire à la ville ou au département ; ils ne travaillent même pas sur le lieu. Ils se déplacent spécifiquement pour voir ce kinésithérapeute qui saura prendre en charge leur difficulté particulière, et sont plus enclins à payer des dépassements d'honoraires. Les kinésithérapeutes reconnaissent le confort de telles situations. Elles sont d'abord pour eux le signe d'une certaine notoriété, elles dispensent d'avoir à justifier sa pratique ou ses tarifs, elles garantissent enfin peut-être qualité et pertinence de la prescription.

Ainsi, le choix de la spécialisation peut apparaître pour certains kinésithérapeutes comme une solution pour reprendre la main sur leurs pratiques et leurs conditions de travail, mais également comme une façon d'acquiescer davantage de reconnaissance : à la fois une reconnaissance symbolique (reconnaissance des pairs sur sa pratique et ses compétences, reconnaissance des patients, etc.) mais aussi une reconnaissance matérielle (le temps passé et la compétence sont rétribués à un niveau jugé juste, établi par le professionnel lui-même). *In fine*, la spécialisation permet à ces professionnels de ré-enchanter leur travail.

On retrouve ici une dynamique similaire à celle décrite dans l'étude sur le métier menée en 2009 concernant le choix de l'ostéopathie par une partie des masseur-kinésithérapeutes, qui y voit notamment une façon de reprendre la main sur la prescription : « *L'ostéopathe quitte l'hétéronomie paramédical pour acquiescer une position de prescripteur autonome* ». Cette similitude entre les deux dynamiques interroge sur l'évolution du nombre de kinésithérapeutes généralistes et spécialistes, et de son adaptation aux besoins en soins de la population francilienne.

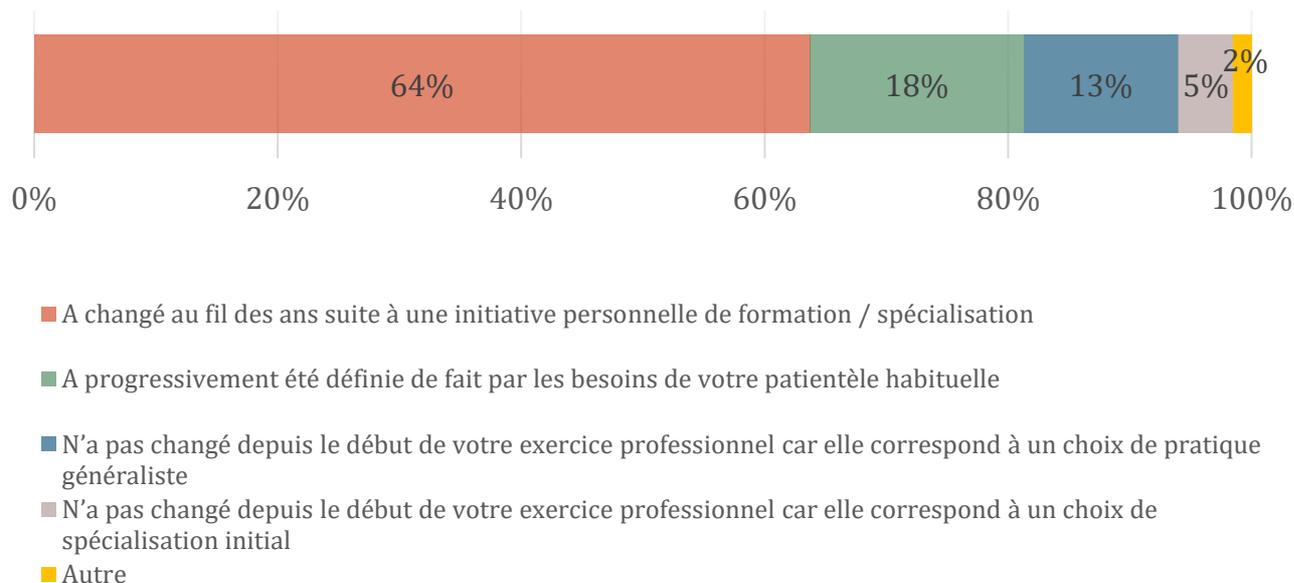
### 3.1.3 Avenir de la kinésithérapie générale et enjeux de santé publique

La dynamique de spécialisation au sein de la profession est mise en lumière par les résultats de la consultation des kinésithérapeutes libéraux franciliens. Ainsi, alors que seulement 5% d'entre eux déclarent avoir fait un choix de spécialisation initiale dès leur entrée dans la profession, ils sont aujourd'hui 26% à déclarer que leur activité principale est une forme de kinésithérapie spécialisée, et 5% à déclarer que l'ostéopathie est devenue leur activité principale (cf diagrammes ci-dessous).



Pratique majoritaire actuelle - Réponses à l'enquête en ligne auprès des kinésithérapeutes libéraux franciliens, traitement Plein Sens

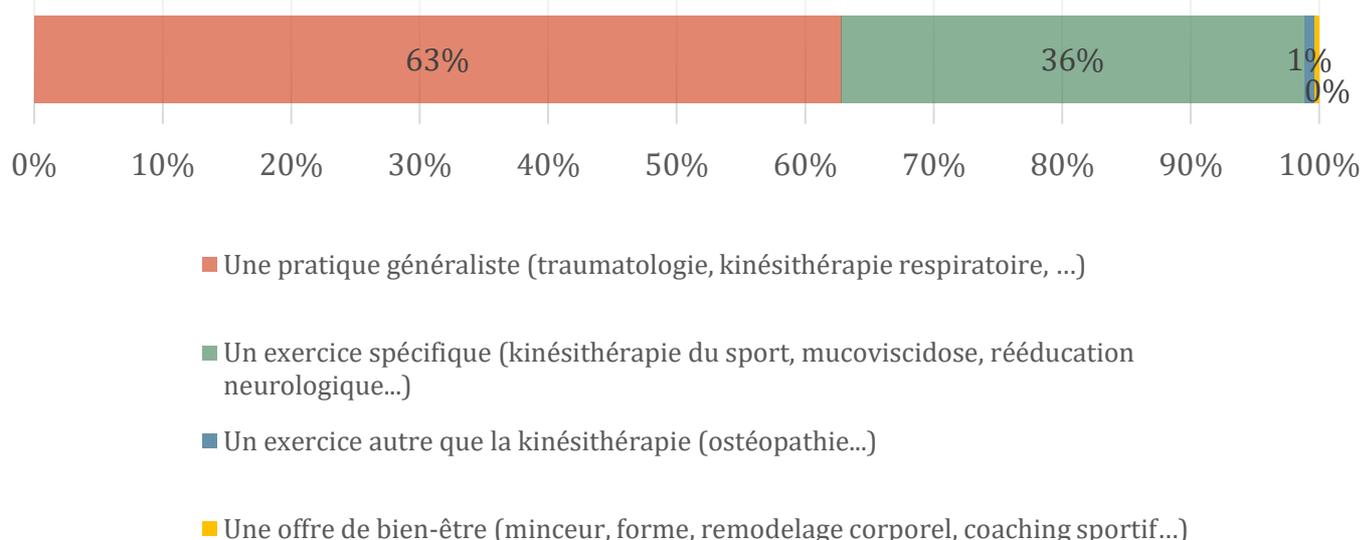
## Q.2 la pratique que vous décrivez ainsi aujourd'hui...



Evolution de la pratique professionnelle - Réponses à l'enquête en ligne auprès des kinésithérapeutes libéraux franciliens, traitement Plein Sens

Autre phénomène décrit comme nouveau par plusieurs acteurs de la profession (notamment des directeurs d'IFMK), de plus en plus de jeunes praticiens s'orientent, dès leur sortie d'étude, vers une activité spécialisée spécifique. Ce phénomène observé au sein des instituts de formation semble être confirmé par les résultats de la consultation réalisée auprès des néo-diplômés d'ÎDF, qui sont près de 40% à déclarer vouloir pratiquer un exercice spécifique à leur entrée dans la vie active :

## Q2. Quelle pratique de la kinésithérapie envisagez-vous principalement ?



Souhaits de pratique professionnelle - Réponses à l'enquête en ligne auprès des néo-diplômés franciliens, traitement Plein Sens

Cette dynamique de spécialisation qui semble s'amplifier progressivement au sein de la profession représente **un risque en termes de santé publique**. D'une part, une diminution de la disponibilité de kinésithérapeutes généraux sur le territoire francilien va accroître la pression sur les territoires déjà les plus en tension. D'autre part, une spécialisation trop importante des praticiens pourrait entraîner une diminution de la capacité structurelle du système de soins à prendre en charge et soigner des patients aux pathologies globales ou complexes. Apporter une réponse efficiente à ces enjeux de santé publique ne pourra pas être fait de manière découplée à la question du bien-être au travail des masseur-kinésithérapeutes.

## 3.2 Installation des kinésithérapeutes en Île-de-France, démographie et enjeux de santé publique

### 3.2.1 Des professionnels libéraux contraints par le territoire

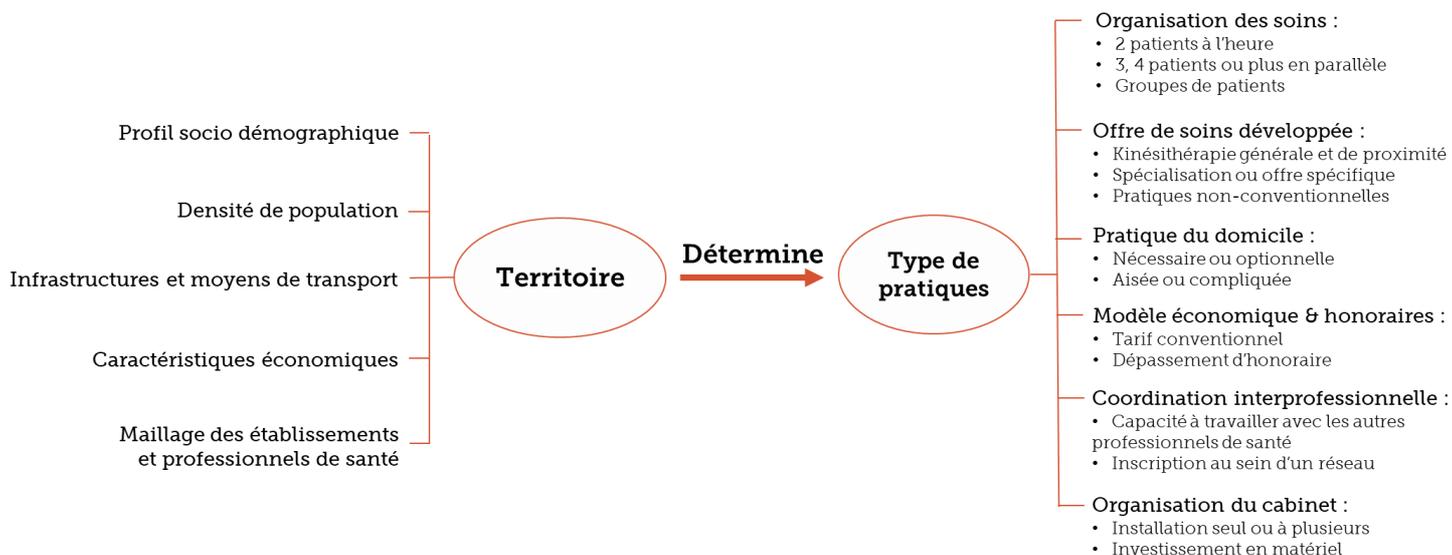
À la lecture des monographies, nous voyons se dessiner, en fonction des caractéristiques des territoires investigués, **des profils de masseur-kinésithérapeutes**. Sans prétendre recouvrir l'ensemble des praticiens d'un territoire, nous observons des similitudes dans les difficultés rencontrées (pression de la demande, rentabilité de l'exercice, maintien d'une offre de qualité, etc.), dans les stratégies individuelles mises en œuvre pour y répondre (filtrage de la patientèle, investissements, amplitude des horaires et organisation du travail, etc.), mais également dans les types de pratiques proposées (spécialisée/généraliste, au cabinet/à domicile, avec ou sans matériel spécifique, etc.). Une synthèse de ces profils est proposée en annexe 7.

Les professionnels rencontrés expliquent s'être progressivement adaptés à leur patientèle, à leurs besoins et attentes (notamment financières), y compris dans des cas de sélection de patientèle. Pour certains, cette adaptation s'accompagne d'un sentiment de renoncement : des formations suivies qui aboutissent à des offres qui « *ne prendraient pas* » sur le territoire, une spécialité abandonnée en raison de la pression de la demande en soins généralistes, une intensité de la pratique qui s'effectue au détriment de la qualité des soins, des investissements en matériels non amortis, etc.

Au-delà de la question de la patientèle, c'est plus précisément aux spécificités de leur territoire, dont la patientèle fait partie, que les kinésithérapeutes se sont adaptés. En effet, certaines caractéristiques du territoire vont avoir un impact important à la fois sur la patientèle majoritaire qui « arrive » dans le cabinet des praticiens et sur les pratiques que ceux-ci peuvent développer. Ainsi, les infrastructures de transport, permettant la venue d'une patientèle qui n'est pas originaire du territoire, va être un élément déterminant pour le développement d'une pratique spécialisée. Autre exemple, le coût des surfaces sur un territoire va permettre ou pas la pratique de soins nécessitant du matériel imposant, tel que la balnéothérapie. Nous pouvons ainsi retenir les principaux déterminants qui vont caractériser les territoires :

- Le profil socio-démographique de la population
- La densité de population
- L'offre de soin disponible (maillage des établissements et des professionnels de santé libéraux)
- Les infrastructures de transports et moyens de mobilité
- Les caractéristiques économiques

Le schéma ci-dessous synthétise ces éléments :



*Les déterminants de la pratique libérale*

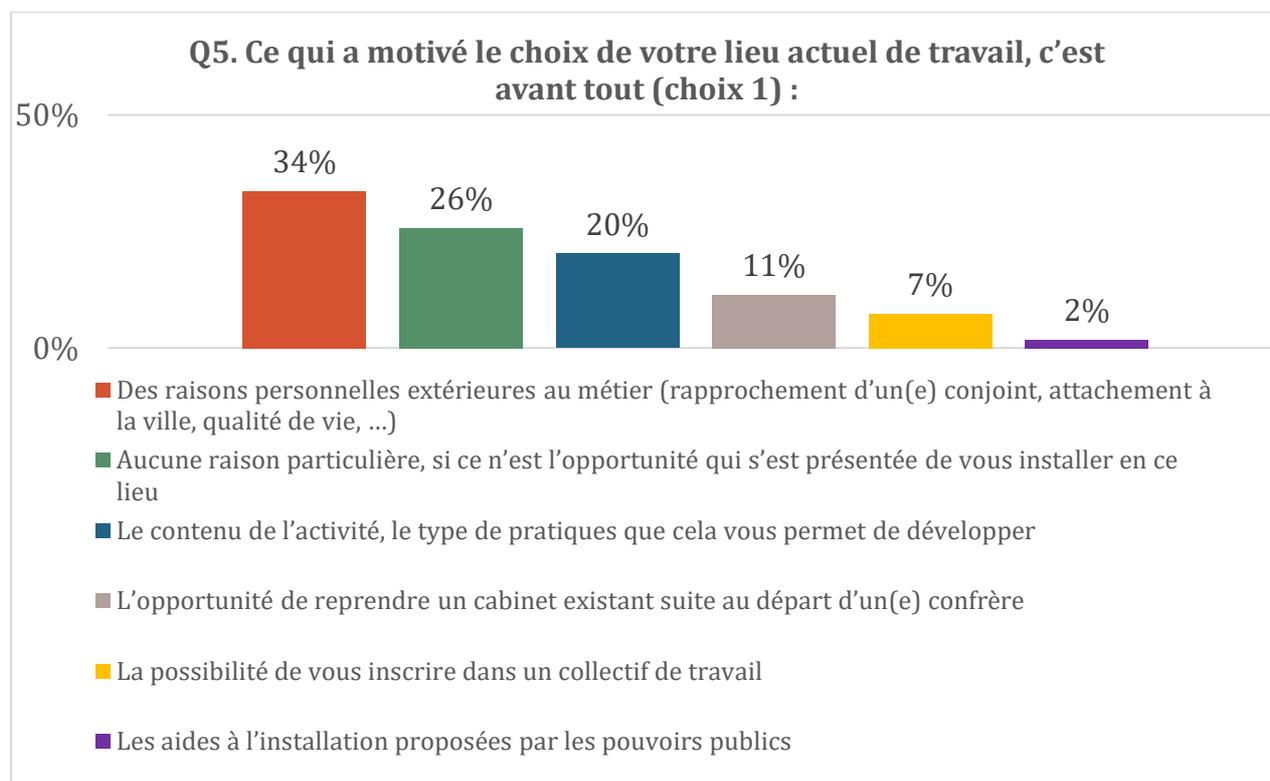
Le territoire d'installation conditionne donc très fortement le type de pratique développé par les praticiens libéraux, et non pas sur des aspects anecdotiques, mais des éléments majeurs de la pratique kinésithérapique. Ainsi, **bien que l'exercice du métier soit libéral, il est fortement déterminé par des éléments extérieurs qui ne sont pas à la main du praticien**. Certains territoires sont plus contraignants que d'autres, mais pour tous, le lieu d'installation va grandement déterminer à la fois la pratique et les conditions de travail dans lesquelles le métier est exercé.

### 3.2.2 Les déterminants du choix d'installation sur un territoire

Le lieu d'installation pour un kinésithérapeute libéral conditionnant fortement sa pratique, il est intéressant d'observer de plus près les raisons du choix d'installation des praticiens.

Que ce soit à travers les entretiens sur le terrain, ou via les enquêtes réalisées, **il apparaît que le premier déterminant d'installation pour les kinésithérapeutes en exercice n'est pas lié au métier, mais à des raisons personnelles extérieures à celui-ci**, tels que le rapprochement d'un conjoint, l'attachement à la ville, la qualité de vie proposée par l'environnement du cabinet, etc.

Ensuite, pour un quart des praticiens libéraux ayant répondu à l'enquête en ligne, le premier facteur d'installation sur un territoire a été une opportunité professionnelle dont ils ont décidé de se saisir, mais sans raison forte particulière.

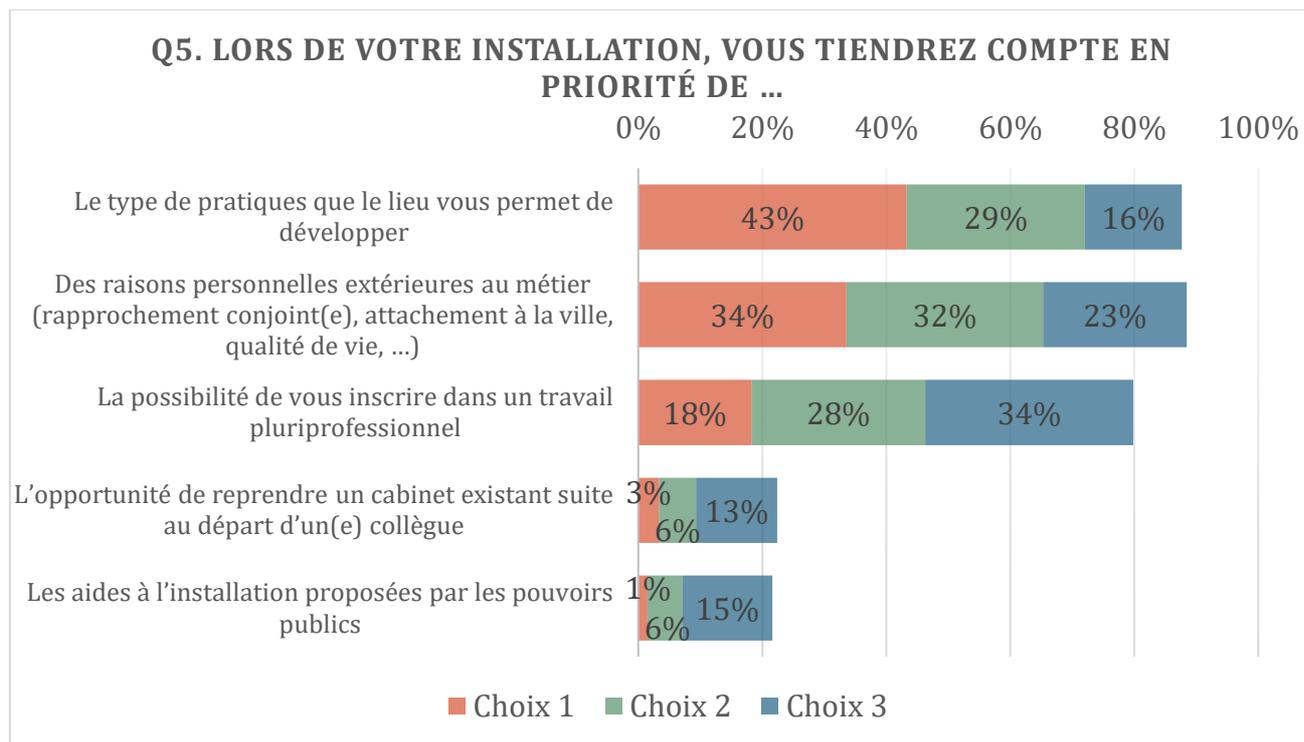


*Premier critère de choix dans l'installation des kinésithérapeutes en exercice - Réponses à l'enquête en ligne auprès des kinésithérapeutes libéraux franciliens, traitement Plein Sens*

En revanche, chez les néo-diplômés<sup>35</sup> de 2019 ayant répondu à l'enquête en ligne, c'est le type de pratiques que le lieu d'installation permettra de développer qui est le plus cité comme premier critère de choix. Mais pour ces jeunes praticiens également ce sont des raisons personnelles

<sup>35</sup> Rappel : les étudiants interrogés sont de la promotion 2019, c'est-à-dire qu'ils entraient dans les mois succédant l'enquête dans leur première année d'exercice (l'enquête a eu lieu en juin 2019, les étudiants étaient diplômés en juillet 2019).

extérieures au métier qui sont le plus citées comme critère de choix (au total, 89% des répondants ont sélectionné cet item).



*Critères de choix pour le territoire d'installation - Réponses à l'enquête en ligne auprès des néo-diplômés franciliens, traitement Plein Sens*

Il est à noter que tous les répondants, praticiens en exercice comme néo-diplômés, citent les aides à l'installation des pouvoirs publics en dernier comme critère de choix pour leur lieu d'installation, ce qui est en accord avec les retours que nous avons eus sur la faible mobilisation des aides régionales<sup>36</sup>.

**4 types d'aides accessibles aux MK**

- Soutien à l'installation des professionnels libéraux exerçant seuls ou en cabinet de groupe
- Soutien à la création de cabinets de groupe engagés dans un exercice pluridisciplinaire
- Soutien au maintien des professionnels libéraux exerçant seuls ou en cabinet de groupe : réponse aux problématiques de sécurité par l'aide à la sécurisation des locaux
- Bourses de deux ans pour les étudiants en IFMK

+ soutien à la coordination des acteurs. Suite à une AMI, soutien actuel l'Association Soins Coordonnés.

**Des aides peu mobilisées**  
*(période 2017-mi 2019)*

**8 aides individuelles :**

- 93 : 3 (dont une installation groupée de 2)
- 75 : 2 (une installation groupée de 2 kinés)
- 77, 91, 94 : 1 aide par département

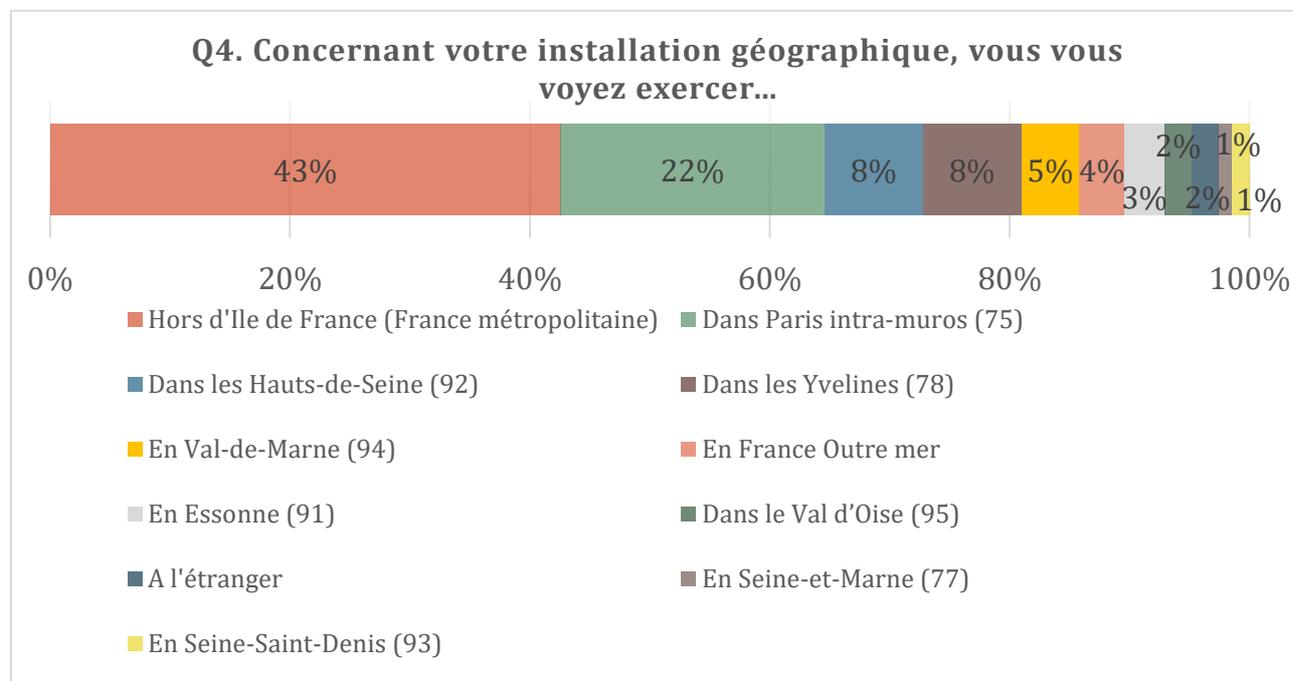
**18 aides aux structures d'exercice collectif**  
incluant des kinés. Plus de 26 MK impliqués :

- 93 : 5
- 95 : 3
- 75, 77, 78, 92 : 2 par département
- 91, 94 : 1

**Moins de 5 bourses**

<sup>36</sup> A noter : les retours que nous avons pu obtenir concernant les aides mises en place par les pouvoirs publics avant les modifications liées au zonage 2019. Depuis, le montant des aides à l'installation est passé de 30 000 à 50 000 euros, et les conditions d'attribution ont été modifiées. Il est probable que le nouveau zonage et les nouveaux types d'aides n'étaient pas connus par les personnes interrogées lors des deux consultations.

Se pose alors la question des leviers à la main des pouvoirs publics pour faire face à la présence de territoires en tension (voire de « déserts médicaux »<sup>37</sup>) en Île-de-France. Cette question est d'autant plus prégnante quand des départements comme la Seine-Saint-Denis ou la Seine-et-Marne, déjà en tension, sont les moins plébiscités par les néo-diplômés ayant répondu à l'enquête (respectivement en dernière et avant-dernière position des territoires d'installation souhaités). **Quelle que soit la démographie de la profession, une approche uniquement quantitative de la mise en adéquation de l'offre de soins et des besoins de la population ne permettra pas de garantir un meilleur accès aux soins sur les territoires jugés peu attractifs par les praticiens.**



*Territoires de prédilection pour une future installation - Réponses à l'enquête en ligne auprès des néo-diplômés franciliens, traitement Plein Sens<sup>38</sup>*

### 3.2.3 Enjeux de santé publique et pratique libérale, une tension à équilibrer

La mise en perspective du lien entre le territoire et les pratiques de kinésithérapie d'une part, et les déterminants du choix d'installation des praticiens d'autre part, soulève une question de fond concernant l'organisation des soins en Île-de-France.

Comment permettre à la fois de favoriser l'égalité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire et de proposer les conditions d'un exercice libéral de la kinésithérapie attractif ?

Il nous semble pointer ici du doigt une tension structurelle à l'organisation de soins par une profession libérale sur un territoire. Une tension entre deux exigences à la fois contradictoires, et pour autant nécessaires à tenir toutes les deux :

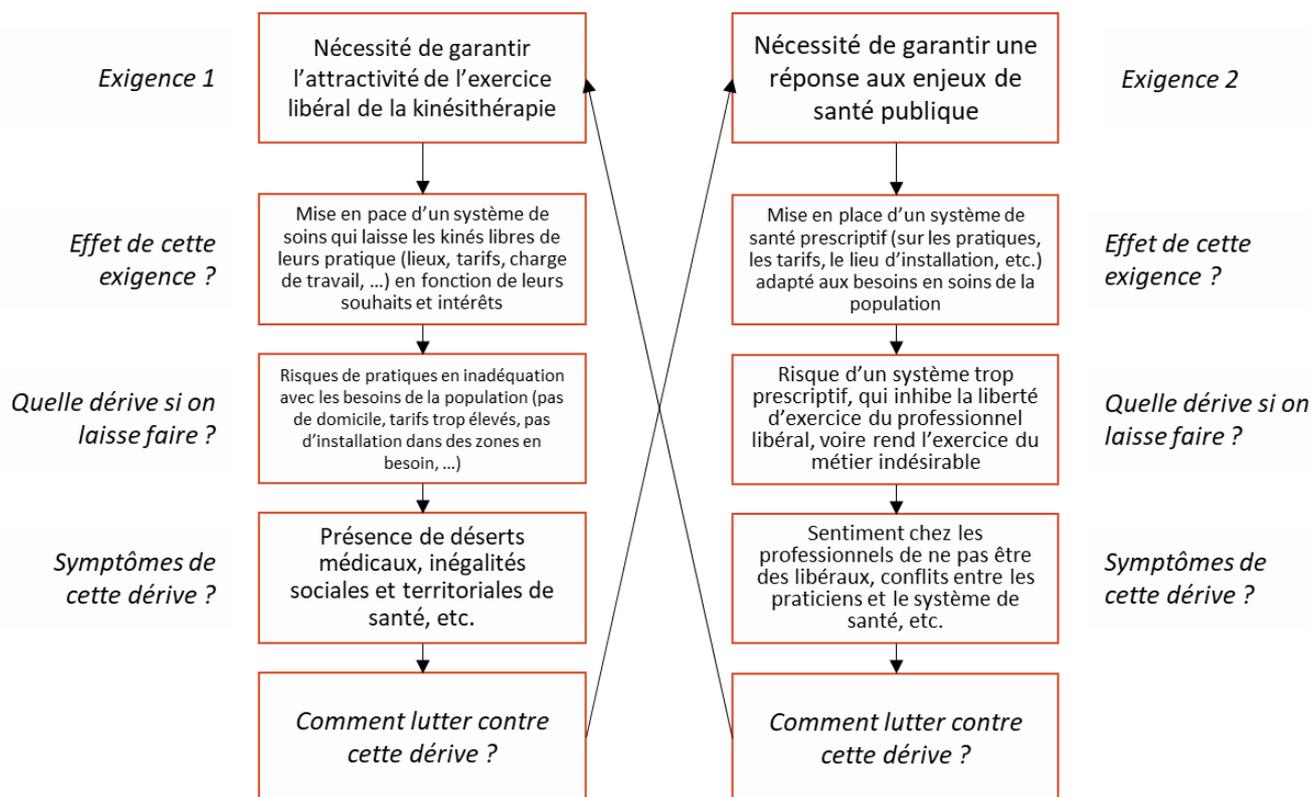
- D'une part, l'exigence de mettre en place les conditions d'un exercice libéral attractif de la kinésithérapie pour les praticiens, à la fois en termes de contenu de l'activité, de conditions de travail épanouissantes et de rentabilité financière ;

<sup>37</sup> Comme le rappelle Matthieu Frélaud dans son article « Les déserts médicaux » dans Regards (n°53, 2018) : « la notion [de « désert médical »] ne renvoie à aucun contenu concret, aucune définition. Elle suppose donc la définition de critères, qui par définition sont contestables et contestés. » Néanmoins, la notion sert à poser les problématiques d'accès aux soins liées à la répartition territoriale des professionnels de santé.

<sup>38</sup> A noter : les néo-diplômés 2019 ont été pour parti recrutés via un concours national, encore d'usage dans certains IFMK franciliens. Une provenance hors IDF des étudiants peut expliquer leur souhait d'installation en province. L'évolution récente des modes de recrutement devrait avoir pour conséquence de réduire le nombre d'étudiants formés en IDF et quittant la région pour leur installation.

- D'autre part, l'exigence de répondre aux enjeux de santé publique et garantir l'égalité d'accès aux soins à l'ensemble des citoyens franciliens.

Nous empruntons un modèle d'analyse proposé par le chercheur et essayiste Philippe Meirieu<sup>39</sup> pour éclairer les éléments de cette tension.



*Tension de l'organisation des soins en kinésithérapie, entre exigence d'attractivité de l'exercice libéral et exigence de réponse aux enjeux de santé publique*

Un exemple concret récent permet d'illustrer la difficile gestion de cette tension, celui des soins de balnéothérapie en Seine-et-Marne. Décrite comme un complément efficace de la rééducation, la balnéothérapie est majoritairement plébiscitée par les praticiens et les patients, notamment pour son aspect ludique et la réduction des douleurs qu'elle peut apporter, notamment pour des patients dont la pathologie ne permet pas une manipulation sur table. Sa pratique requiert en revanche de l'espace, et représente de lourds investissements pour les praticiens libéraux qui souhaitent la développer. La possibilité d'avoir des cabinets plus spacieux dans la Seine-et-Marne que dans le centre de Paris permet à certains professionnels d'y développer cette activité. Suite à un rappel à la réglementation, un contrôle sanitaire de l'eau des bassins, à la charge du praticien propriétaire de la piscine, devra être effectué mensuellement. Ce rappel a été mal accueilli par les praticiens qui avaient investi cette pratique de soins.

La garantie d'une bonne qualité d'eau est nécessaire, mais la mise en œuvre de cette exigence amène certains professionnels rencontrés à penser à renoncer à cette pratique, abîme la relation entre ces professionnels et les pouvoirs publics, et amène même certains kinés à déclarer vouloir partir du département car la pratique leur y semble de moins en moins attractive.

Ainsi à travers cet exemple en particulier, et de notre étude en général, nous rencontrons la présence des deux risques de dérive mis en lumière par l'analyse de la tension :

- Plusieurs praticiens rencontrés se plaignent de l'organisation des soins qui ne leur permettrait pas de pratiquer leur métier selon leurs souhaits, déclarent même ne pas se vivre

<sup>39</sup> Philippe Meirieu. *Faire l'école, faire la classe*. ESF éditeur, 2004

comme une profession libérale et sont en désaccords avec les pouvoirs publics qui organisent le système de soins en kinésithérapie ;

- De leur côté, les pouvoirs publics s'accordent sur la présence de « déserts médicaux » et d'inégalités en santé sur la région Île-de-France, et ont le sentiment que des efforts doivent être fournis afin d'améliorer la réponse aux enjeux de santé publique.

Afin de résoudre cette tension entre deux exigences nécessaires, les voies d'équilibre sont à rechercher. Au regard des résultats des deux consultations réalisées, les incitations financières ne semblent pas être une réponse suffisante pour combiner réponse aux enjeux de santé publique et attractivité de l'exercice libéral sur un territoire. En nous appuyant sur les éléments d'analyse présentés à travers l'étude et les échanges avec les différents acteurs de santé rencontrés, il nous semble que les solutions pourraient être recherchées autour de trois grands axes :

- **L'agilité organisationnelle**, en expérimentant d'autres formes de coordination des soins comme l'accès direct des patients pour les kinésithérapeutes dans certaines zones du territoire francilien ou au sein des CPTS ;
- **L'agilité tarifaire** sur le territoire régional, afin de mieux prendre en compte la façon dont le territoire d'installation détermine la pratique de la kinésithérapie en fonction de la patientèle locale et de ses besoins ;
- La définition de **nouvelles formes d'accompagnement** des professionnels libéraux par les pouvoirs publics, et son corolaire, la création de nouveaux métiers dans l'organisation des soins.

Ces éléments sont des pistes de réflexion qui sont à articuler avec des questions économiques et organisationnelles plus générales.

## 3.3 Réseaux et collectifs de soin

### 3.3.1 Réseaux de spécialistes et réseaux de proximité : deux réalités de l'activité professionnelle aux antipodes l'une de l'autre

Lors de nos investigations, nous avons observé un lien étroit entre les pratiques développées par les masseurs-kinésithérapeutes et les réseaux dans lesquels ils s'inscrivent. Ces réseaux sont multiples : réseaux de prescripteurs, réseaux de partenaires, réseaux de pairs, réseaux de patientèle... et leur structuration, ou le cas échéant leur déstructuration, est apparue comme un cadre déterminant de l'activité des professionnels.

Dans la diversité des pratiques rencontrées, nous avons pu distinguer deux grands types de réseaux : les réseaux de spécialistes et les réseaux de proximité. Si les uns n'excluent pas les autres (différents réseaux pouvant s'enchevêtrer), l'existence de réseaux prédominants paraît avoir un impact fort tant sur la prise en charge des patients.

#### Réseaux de spécialistes : le kinésithérapeute au centre d'un réseau de (re)connaissance

Contrairement aux praticiens généralistes, les kinésithérapeutes rencontrés se revendiquant d'une pratique spécialisée ont décrit presque spontanément leurs réseaux de prescripteurs. Quelles que soient leur étendue et leur plus ou moins grande diversification, tous rayonnent à partir du praticien, dans la construction de relations très personnelles.

Ces réseaux peuvent être extérieurs au quartier et au département puisqu'ils ont à voir avec la spécialisation des prescripteurs, les collaborations professionnelles nouées au cours de la carrière, les praticiens hospitaliers (chez les professionnels établis dans le 16<sup>e</sup> arrondissement de Paris, nombreux sont par exemple les liens évoqués avec les services des hôpitaux de Paris Ile-de-France Ouest). Ils sont dans tous les cas très attachés à la personne du masseur-kinésithérapeute et à son parcours professionnel, et n'apparaissent pas comme étant organisés ou pensés sur une base territoriale.

Deux types de réseaux coexistent : réseaux de prescripteurs et réseaux de partenaires. A côté des réseaux de prescripteurs déjà évoqués se dessinent en effet des réseaux de pairs et/ou de partenaires. Par exemple :

*Tel praticien décrit un réseau fort de soins, constitué au fil d'une longue pratique au sein du même cabinet ; il permet des échanges sur les patients avec les autres professionnels ; il permet également une réorientation des patients vers d'autres kinésithérapeutes géographiquement plus proches des patients le cas échéant. Ce réseau inclut des praticiens hospitaliers ;*

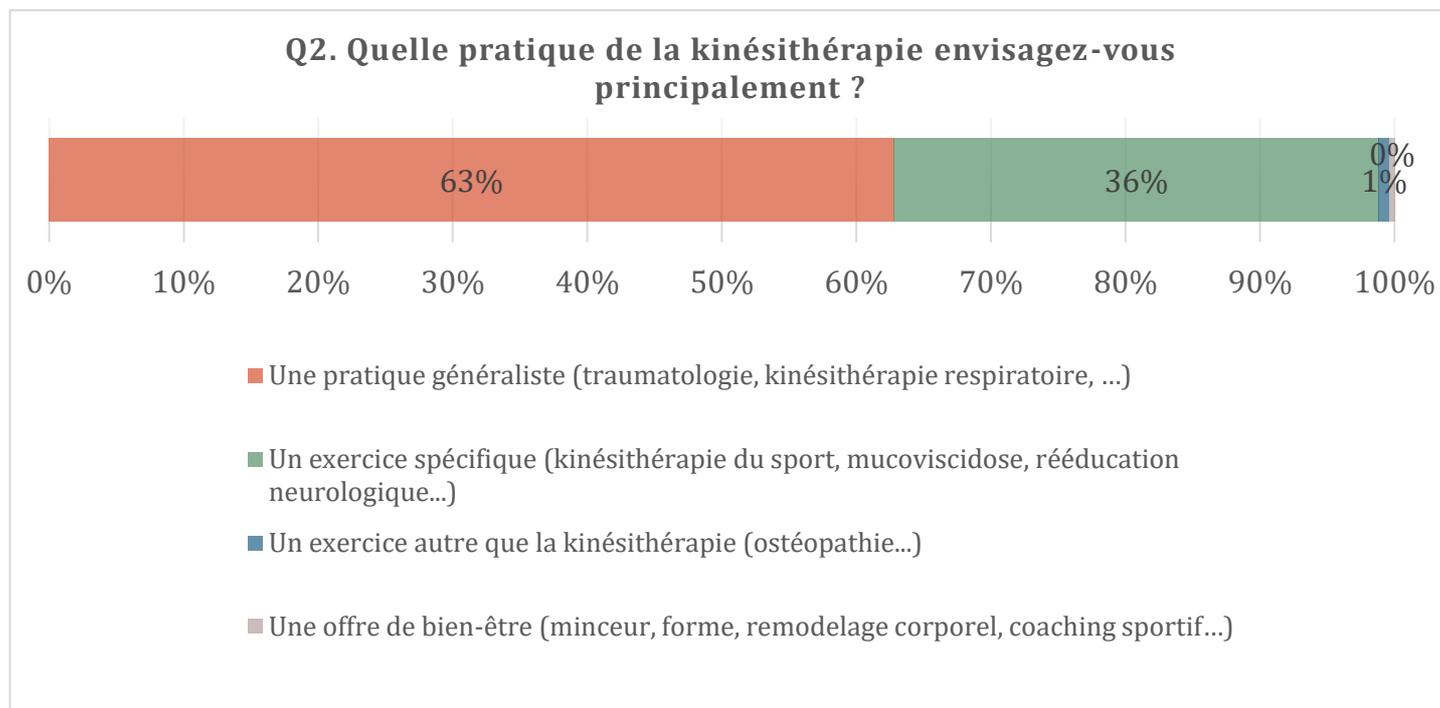
*Tel autre évoque plutôt l'absence de réseaux constitués à partir des hôpitaux, à partir des CLIC, et l'existence de listes de noms qui sont utilisées et distribuées, de fait (pas autorisé normalement) ;*

*Plusieurs kinésithérapeutes ont évoqué l'organisation de leur complémentarité avec un ostéopathe.*

À l'instar des spécialistes chez les médecins, les masseurs-kinésithérapeutes qui vivent d'une pratique spécialisée de la kinésithérapie se trouvent au cœur de réseaux dans lesquels ils sont connus et reconnus pour leur expertise et par l'ensemble des professionnels de santé. Comme expliqué précédemment, cette reconnaissance apporte aux kinésithérapeutes une légitimité auprès des patients et une certaine marge de manœuvre dans la conduite de leur exercice (fixation des honoraires, filtrage de patientèle, investissements, etc.).

Il est intéressant de noter que c'est également cette reconnaissance qui les amène à être sollicités au sein des IFMK pour assurer des heures d'enseignement ou de tutorat. Ces profils spécialistes correspondent aux évolutions liées à la réforme de la formation initiale des masseurs-kinésithérapeutes, et aux nouvelles aspirations des étudiants qui attendent les fruits (financiers, mais aussi en termes de reconnaissance médicale et sociale) de la revalorisation du diplôme de

masseur-kinésithérapeute. Ce sont ainsi plus d'un tiers des étudiants de quatrième année qui se projettent à la fin de leurs études dans un exercice spécifique de la kinésithérapie.



*Souhaits de pratique professionnelle - Réponses à l'enquête en ligne auprès des néo-diplômés franciliens, traitement Plein Sens*

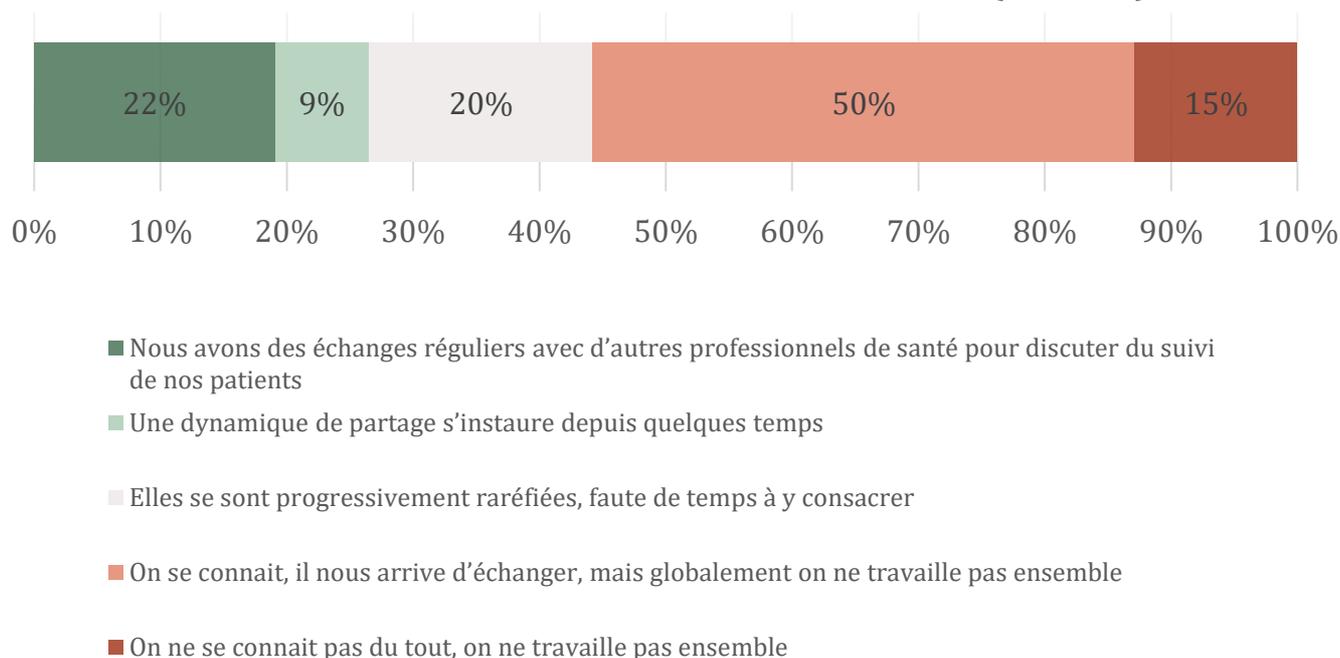
### Réseaux de proximité : un réseau par défaut

Concernant les masseurs-kinésithérapeutes développant une pratique généraliste, le schéma semble s'inverser. Tout d'abord aucun de ceux que nous avons rencontrés ne revendiquent l'appartenance à un quelconque réseau. Certains ont des contacts privilégiés avec d'autres professionnels, mais cela reste dans le cadre de relations interpersonnelles, souvent plus affectives que professionnelles : *untel reçoit les patients de son conjoint médecin ; tel autre s'est installé dans un cabinet avec son conjoint (kinésithérapeute également) ; plusieurs ont évoqué des liens avec d'autres professionnels (ostéopathes notamment) qui peuvent se traduire ponctuellement dans la complémentarité des prises en charge.*

Dans tous les cas, **ces relations ne sont pas institutionnalisées et ne font pas réseau**. Elles sont le fait des parcours de vie des praticiens plus que de leurs parcours professionnels. On notera ainsi l'absence de lien existant avec les centres hospitaliers et les autres établissements de santé par exemple.

Nous avons observé **un exercice principalement solitaire**, même au sein des cabinets partagés, ce que confirme les résultats de l'enquête réalisée auprès des kinésithérapeutes franciliens (dont 61% déclarent avoir une pratique généraliste) : 62% des répondants estiment que globalement, ils ne travaillent pas avec les autres professionnels de santé, voire qu'ils ne se connaissent même pas.

#### Q4. A PROPOS DE VOS RELATIONS AVEC LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ, VOUS DIRIEZ PLUTÔT : (CHOIX 1)



Loin d'être affiché comme un choix par les praticiens rencontrés, cet isolement professionnel paraît correspondre à une tendance que les masseurs-kinésithérapeutes disent ressentir depuis environ 5 à 10 ans selon les territoires. Précoce dans les territoires urbains, elle semble relativement récente en milieu rural. Ainsi, dans le Canton de Coulommiers, globalement tous les praticiens se connaissent et avaient l'habitude de se coordonner avec les prescripteurs, les établissements de santé locaux et les confrères il y a de ça 5-6 ans. Un message téléphonique ou un appel suffisait et le centre hospitalier animait un cycle de rencontres (enseignement post-universitaire) que les professionnels suivaient, même de loin (la plupart n'y participait pas, les thématiques proposées étant jugées trop spécifiques, mais « *au moins ça existait* » et leur existence était appréciée : il y avait une offre).

Aujourd'hui, et l'on retrouve également ce phénomène à Saint-Denis, **les praticiens disent ne plus avoir le temps d'échanger ni de se synchroniser avec les autres professionnels**. Le flux croissant de patientèle paraît dicter une contraction des temps non dédiés à la prise en charge, temps dont la coordination fait partie. Les appels deviennent facteurs de stress et tendent à se résumer à la gestion des demandes de rendez-vous (les praticiens pouvant recevoir jusqu'à une vingtaine d'appels dans la journée qu'ils se voient obligés de décliner), certains faisant même le choix de couper leur répondeur. Dans cette configuration, les recommandations venant des prescripteurs, loin d'être considérées comme une forme de reconnaissance, sont mal vécues par les kinésithérapeutes.

Les praticiens soulignent pourtant que ces temps d'échange, notamment avec les autres professionnels présents sur le territoire, seraient profitables et permettraient d'échanger les dossiers des patients pour faciliter, voire rationaliser, les prises en charge et notamment l'organisation du soin à domicile.

Il est intéressant de noter que le sentiment d'appartenance à un « collectif de travail » ne se satisfait pas d'un simple partage de local. Lorsque le flux de patientèle devient trop important, il étouffe les praticiens qui se trouvent obligés de dédier une part non négligeable de leur activité à la maîtrise de ce flux, au détriment des autres activités : le temps de la prise en charge est compressé pour répondre à la demande (avec un temps moindre consacré notamment aux temps de prévention, de pédagogie, de prise en main du dossier, etc.), les temps de déplacement (avec une restriction du périmètre des prises en charge à domicile), les temps de coordination... La gestion des agendas devient un tel enjeu qu'elle prend des formes extrêmement complexes demandant un suivi et des

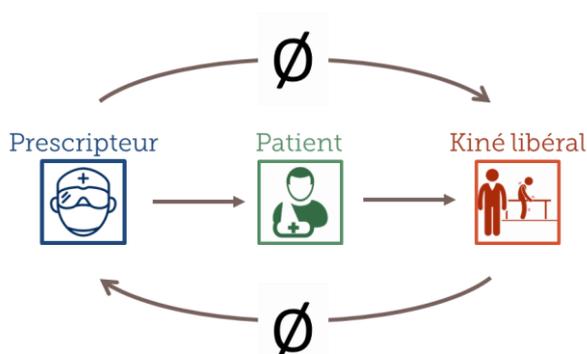
ajustements « en temps réel » que seuls les praticiens peuvent maîtriser. Beaucoup nous ont ainsi dit ne plus pouvoir faire appel à des assistantes et ont témoigné de leur incompréhension face au développement d'outils numériques comme Doctolib qui laissent le patient décider seul de l'urgence de son rendez-vous et ne permettent pas la prise de rendez-vous réguliers (sans compter l'importance du taux d'annulation de dernière minute qui contribue à perturber des agendas déjà très contraints).

### 3.3.2 Au cœur de ces réseaux, le patient : conséquences sur les conditions d'accès aux soins

La prédominance de ces réseaux et leur structuration ont un impact direct sur la prise en charge des patients.

Ainsi, au sein des réseaux de spécialistes la coordination se fait entre professionnels de santé. Si les premiers rendez-vous sont difficiles à obtenir, le patient une fois entré dans les *bons* réseaux est fidélisé et accompagné, suivi dans son parcours. Le masseur-kinésithérapeute lui est recommandé par son médecin, lui-même spécialiste. Le patient arrive confiant : il se rend chez un professionnel qui est reconnu par ses pairs comme « *confrère* ». Ce sentiment de confiance et d'attachement a été confirmé par les patients rencontrés.

À l'opposé, les réseaux de proximité apparaissent comme des réseaux par défaut, tant par les masseurs-kinésithérapeutes eux-mêmes que par leurs patients. L'absence de liens entre les professionnels et de réseaux institués **contraint le patient à être le seul garant de son parcours**. Il doit se débrouiller au sein d'un système parfois complexe et faire (tant bien que mal) lui-même le lien entre ses différents soignants.



Du côté des centres hospitaliers et centres de santé, les masseurs-kinésithérapeutes salariés sont notoirement en nombre très insuffisant. Ici n'est pas le lieu de réinstruire un sujet documenté, dans lequel la faible attractivité des grilles salariales joue un rôle déterminant. L'analyse menée au niveau local invite plutôt à s'interroger sur ce qui peut permettre ou non le suivi de prise en charge kinésithérapique des personnes en sortie d'hôpital.

Si les cadres et médecins rencontrés peuvent décrire (ce qui n'est pas toujours le cas) une équipe de kinésithérapeutes soudée, travaillant en bonne intelligence avec les orthophonistes, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les enseignants en activité physique adaptée, autour d'un vaste plateau technique, le lien – a fortiori la coordination – avec les praticiens de ville ne sont jamais évoquées. Bien que cette cohésion permette de préparer les sorties, et d'envisager si besoin des visites à domicile, en binôme avec l'assistante sociale, pour les personnes les plus isolées, « *le patient sort avec un compte-rendu et une prescription* ». Et c'est tout. Certains ont même évoqué un patient « *largué dans la nature* », qu'on « *laisse se débrouiller* » :

- Le patient doit tout d'abord avoir ou savoir trouver un kinésithérapeute ; dans un cas sur 4, cette prise en charge ne peut être rapidement assurée (même dans les cas où l'équipe hospitalière anticipe la sortie 10 jours avant la date envisagée), le patient est alors gardé au sein de l'établissement ou le cas échéant renvoyé chez lui ;
- Le Service social de l'établissement peut aider les patients les moins entourés à trouver un kinésithérapeute – moyennant les difficultés à trouver des rendez-vous libres et/ou celle à obtenir une prise en charge à domicile ;

- Par la suite, et sauf retour en établissement où c'est le patient qui racontera sa prise en charge, il n'y a aucun retour des kinésithérapeutes libéraux vers le prescripteur.

Cette défaillance observée au sein des systèmes de soins locaux a des conséquences néfastes sur l'efficacité des soins apportés, notamment :

- Des retards et alourdissements des prise en charge, qui peuvent s'accompagner d'une détresse qui s'accumule et que les patients reportent sur les praticiens ;
- Une redondance d'actes dans le parcours de soin (bilans de prise en charge, etc.), avec la charge et les coûts associés.

### 3.3.3 Un système de santé qui n'apparaît pas en capacité de supporter le virage ambulatoire

On observe depuis une quinzaine d'années une volonté des pouvoirs publics de décloisonner une organisation du système de santé hospitalo-centrée avec le développement d'une complémentarité et d'une continuité entre l'offre de soins libérale proposée en ville et les centres hospitaliers. Cela répond à un double enjeu de maintien en autonomie des patients à domicile et d'optimisation des coûts liés à la sécurité sociale.

Ce déplacement de la demande et de la dépense de soins de l'hôpital vers la ville, aussi appelé « virage ambulatoire » repose sur les trois invariants suivants<sup>40</sup> :

- Une globalité de la prise en charge, sous tous ses aspects (médicaux, sociaux...) ;
- Un retour à la vie ordinaire le plus rapide possible ;
- Une vision élargie du parcours patient par les équipes et un travail en synergie de tous les acteurs.

Ce qui se traduit opérationnellement par :

- Une réduction des durées médicales de séjour (DMS) à l'hôpital en privilégiant des hospitalisations de jour et en transférant une partie des prises en charge médicales (urgences notamment) sur l'offre de soins libérale ;
- Un développement des services médicaux au plus près des lieux de vie (centres médicaux de proximité, prises en charge à domicile, etc.) ;
- La mise en place d'un suivi et d'un accompagnement des parcours médicaux qui permettent et favorise la coordination entre ces différentes étapes.

La kinésithérapie visant au retour et au maintien de l'autonomie des patients, les masseurs-kinésithérapeutes, qu'ils soient salariés ou libéraux, se retrouvent au cœur de cette transformation. Ils ont un rôle en amont de prévention auprès des patients et assurent désormais en aval la réalisation, voire le suivi de soins post-opératoires.

À la lecture des monographies, deux points d'alerte nous semblent devoir être posés.

Premièrement, **les masseurs-kinésithérapeutes rencontrés, salariés et libéraux, ne semblent pas en mesure d'absorber la charge de travail nécessaire au bon fonctionnement du virage ambulatoire.** La réduction des durées médicales de séjour à l'hôpital n'est pas compatible avec la pénurie de praticiens salariés. La faible prise en charge en rééducation des patients entraîne des retours au domicile prématurés avec des patients encore en situation de dépendance médicale<sup>41</sup>. Le report de cette population sur l'offre de ville contribue à tendre le flux de patientèle, voire à le fermer. On observe ainsi des professionnels qui s'enlisent dans la prise en charge de pathologies lourdes et chroniques, au détriment de la prise en charge de nouveaux

**On a de plus en plus des patients qu'on ne devrait pas voir à notre niveau.**

- Citation de kinésithérapeute -

<sup>40</sup> Voir Maurice-Pierre Planel et Frédéric Varnier, *Les fondements du virage ambulatoire : Pour une réforme de notre système de santé.*

<sup>41</sup> Voir le mémoire de PENG Chang Li, *Optimisation d'un plateau de rééducation en hôpital gériatrique et problématique de recrutement des masseurs kinésithérapeutes en SSR d'ortho-gériatrie* : qui montre la corrélation entre le taux de rééducation et la durée moyenne de séjour.

patients (notamment des urgences) et qui se préservent, voire se protègent, en restreignant les soins à domicile alors même que les besoins et les sollicitations augmentent.

Deuxièmement, **les réseaux de proximité devant garantir la bonne coordination des soins sont insuffisamment structurés, voire inexistant**<sup>42</sup>. Ils ne sont pas institutionnalisés et reposent uniquement sur le bon vouloir des professionnels qui n'ont ni le temps, ni les moyens de se consacrer à cette activité, quand bien même ils sont persuadés de son utilité. Les patients, et notamment les plus vulnérables (personnes âgées, patients souffrants de polyhandicap, etc.) se retrouvent isolés à la sortie de l'hôpital, et doivent assurer seuls la continuité de leur prise en charge. Cette situation est aux antipodes du concept de virage ambulatoire qui repose sur l'intervention d'une pluralité d'acteurs (établissements de santé, professionnels libéraux, établissements médico-sociaux) et une coordination soutenue tout au long des étapes de la prise en charge des patients pour les accompagner dans un parcours de santé.

La régulation du virage ambulatoire représente un enjeu de santé publique qui ne pourra se résoudre seul. Celle-ci nécessite un accompagnement tant auprès des professionnels libéraux que des structures hospitalières, concernant la constitution de ces réseaux et collectifs de travail de proximité, mais également le sens des transformations à l'œuvre et ce que cela engage en termes de modification des pratiques et du sens donné par les acteurs à leur travail. Il est demandé aux professionnels un changement de positionnement, voire de métier (prises en charge du post-opératoire, actions de prévention...) alors que ceux-ci ont développé une pratique (avec des investissements financiers, affectifs, etc.), parfois même des rituels ou des routines de travail qui ne répondent qu'imparfaitement aux nouvelles priorités posées par les pouvoirs publics.

---

<sup>42</sup> Cette absence de coordination est d'autant plus pesante dans les territoires les plus déficitaires. Pour reprendre le cas du Canton de Coulommiers, quand la plupart des patients se rendent au centre hospitalier de Reims, le lien ville/hôpital est d'autant plus compliqué à mettre en place, le personnel hospitalier n'ayant aucune connaissance des praticiens présents sur le territoire.

# Conclusion

Apprécier l'adéquation entre l'offre de soins en kinésithérapie et les besoins de la population francilienne nécessite de s'intéresser à l'activité des masseurs-kinésithérapeutes et à la manière dont celle-ci est vécue par les praticiens eux-mêmes, mais également par les autres professionnels de santé et les bénéficiaires directs, les patients.

Considérant les masseurs-kinésithérapeutes comme des *acteurs*, il s'est agi de caractériser les logiques sous-tendant leurs pratiques et actions, d'identifier les moteurs de leurs motivations et les déterminants de leur trajectoire professionnelle, d'explorer leurs interactions au sein des différents réseaux de santé.

Pour répondre à cet enjeu, la présente étude s'est appuyée sur une double approche, qualitative d'abord, quantitative ensuite.

Trois monographies ont été menées sur des territoires contrastés de l'Île-de-France. Loin de prétendre à l'exhaustivité des pratiques observées, la monographie rend visible les dynamiques et les jeux d'acteurs présents sur un territoire donné. Cela permet de comprendre comment un certain nombre de processus généraux s'incarnent et s'articulent à une échelle territoriale. Les territoires retenus sont complémentaires de par leur échelle (un arrondissement, une commune, un canton), mais également de par leur profil sociodémographique (population vieillissante et aisée au cœur de la métropole parisienne ; population jeune et pauvre en proche banlieue ; population rurale et excentrée aux marges de la région). Cette diversité a permis d'éclairer la manière dont sur un territoire, politiques publiques et stratégies individuelles sont mises en tension.

Deux questionnaires ont complété cette approche qualitative. Le premier a été adressé à l'ensemble des masseurs-kinésithérapeutes libéraux établis sur le territoire francilien et a permis de tester à une plus large échelle les résultats obtenus par les monographies. Le second a été adressé aux étudiants en kinésithérapie d'Île-de-France de la promotion 2019 afin d'avoir une vision prospective des tendances à venir.

Le premier enseignement issu de ces deux approches a été la confirmation de ce que le comité de pilotage présentait en choisissant trois territoires ayant des caractéristiques différentes, à savoir que la pratique kinésithérapique est très territorialisée. Ainsi, sur un même territoire, les pratiques des kinésithérapeutes se ressemblent, alors que d'un territoire à l'autre, celles-ci diffèrent beaucoup, et ce sur des éléments majeurs du métier et de l'offre de soin tels que le type d'offre développée (spécialisée / généraliste / non-conventionnelle), la pratique du domicile ou encore la coordination interprofessionnelle.

De plus, l'attention portée aux vécus au travail a fait ressortir pour une grande partie des masseurs-kinésithérapeutes un triple constat :

- Un sentiment partagé de mal-être au travail en kinésithérapie générale, dû majoritairement à l'intensité des rythmes de travail, à la multiplication des situations conflictuelles et des conflits de valeur rencontrés par les kinésithérapeutes dans l'exercice de leur métier ;
- Une tension entre les stratégies individuelles et les contraintes engendrées par le territoire d'exercice (profil socio-démographique de la population, densité de population, infrastructures et moyens de transport, caractéristiques économiques, démographie des professionnels de santé) ;
- Une déficience des réseaux de santé de proximité.

Ces éléments sont nouveaux par rapport aux résultats de l'étude menée auprès des masseurs-kinésithérapeutes pour l'ONDPS en 2009. Ils se rapprochent néanmoins de constats qui sont posés depuis une dizaine d'années concernant l'activité des médecins libéraux<sup>43</sup>.

Ainsi, la détermination forte du type de pratiques par le territoire d'exercice semble avoir des conséquences à la fois sur le vécu au travail ainsi que sur les stratégies professionnelles développées par les kinésithérapeutes. En effet, malgré l'existence en France d'un diplôme unique en kinésithérapie, on observe de la part des acteurs la revendication de pratiques « spécialisées ». Ces pratiques spécifiques se définissent par une sélection de patientèle et une spécialisation du praticien dans un certain type de prise en charge ou un certain domaine d'expertise ; par opposition à une pratique dite « généraliste ». De ce fait, la spécialisation, apparaît pour certains professionnels comme un moyen possible de réenchanter leur travail, en leur permettant d'accéder à davantage de reconnaissance et en accroissant leur marge de manœuvre sur leurs conditions de travail.

Ces phénomènes soulèvent directement des enjeux de santé publique, concernant notamment la qualité et l'équité d'accès aux soins, et il apparaît à l'issue de cette étude que la bonne mise en œuvre des politiques publiques ne peut être découplée de la question des conditions d'exercice des masseurs-kinésithérapeutes, ainsi que de leur vécu au travail.

Au vu de la complexité des sujets, la seule approche quantitative de l'offre en kinésithérapie (zonage et démographie des professionnels) ne peut permettre de répondre correctement aux besoins de la population. Elle doit se doubler de la prise en compte d'éléments constitutifs de la vie du masseur-kinésithérapeute (en tant que professionnel, mais également plus globalement, en tant qu'individu) qui dépassent la simple adéquation arithmétique offre/besoins : l'aspect financier (« *ce que je gagne* »), la qualité de vie (« *où je vis* »), l'intérêt professionnel (« *comment je veux travailler* »).

L'accessibilité des soins doit ainsi être travaillée en écho à l'attractivité de la profession et l'attractivité territoriale. Issus des éléments d'analyse et échanges avec différents acteurs de santé, trois grands axes de recherche de solutions sont cités dans ce rapport :

- L'agilité organisationnelle, en expérimentant d'autres formes de coordination des soins comme l'accès direct des patients pour les kinésithérapeutes dans certaines zones du territoire francilien ou au sein des CPTS ;
- L'agilité tarifaire sur le territoire régional, afin de mieux prendre en compte la façon dont le territoire d'installation détermine la pratique de la kinésithérapie en fonction de la patientèle locale et de ses besoins ;
- La définition de nouvelles formes d'accompagnement des professionnels libéraux par les pouvoirs publics, et son corolaire, la création de nouveaux métiers dans l'organisation des soins.

Ces éléments sont autant de pistes de réflexion qui sont à articuler avec des questions économiques et organisationnelles plus générales.

En conclusion, les solutions pour le système de soins de demain en Île-de-France sont à construire sur un modèle hétérogène, en accompagnant les stratégies professionnelles et financières, ainsi que les modèles de pratiques développés par les kinésithérapeutes au contact des réalités et spécificités locales de leur territoire d'exercice. Cet accompagnement est à concevoir à travers une approche plus pragmatique, en partant de la réalité des territoires sans essayer d'en gommer les spécificités, mais plutôt en accompagnant une pratique libérale territorialisée, et en construisant des solutions localement à partir du réel du travail des masseur-kinésithérapeutes.

---

<sup>43</sup> Cf. Julie Micheau et Éric Molière, *Activité et emploi du temps des médecins libéraux*, rapport DREES (série Étude et recherche) n°98, Paris : Plein Sens, mai 2010.

# Annexes

**Annexe 1** : Liste des personnes entendues en entretiens exploratoires

**Annexe 2** : Échantillonnage des personnes entendues dans le cadre des études de cas

**Annexe 3** : Questionnaire adressé à l'ensemble des masseurs-kinésithérapeutes libéraux d'Île-de-France

**Annexe 4** : Traitement des réponses au questionnaire adressé à l'ensemble des masseurs-kinésithérapeutes libéraux d'Île-de-France

**Annexe 5** : Questionnaire adressé à l'ensemble des étudiants de 4<sup>e</sup> année des IFMK franciliens

**Annexe 6** : Traitement des réponses au questionnaire adressé à l'ensemble des étudiants de 4<sup>e</sup> année des IFMK franciliens

**Annexe 7** : Documents consultés

## Annexe 1 : Liste des personnes entendues en entretiens exploratoires

- Cédric ARCOS, Conseil régional d’Ile-de-France, Directeur général adjoint en charge des solidarités, de la santé, de la sécurité et des politiques transversales
- Antoine BARBIER, FNEK
- Hervé CHANUT, Président du Collège des cadres de rééducation
- Béatrice CHAPIN-BOUSCARAT, cadre supérieure de rééducation de l’APHP
- Philippe COCHARD, ancien Président de l’URPS-MK-IDF, Président du syndicat de Paris et de l’Union régionale (FFMKR)
- Franck LAGNIAUX, Président du CDLMK 93
- ARS IDF Direction de l’Offre de Soins (DOS)
- Pierre-Valentin MARTINEL, Conseil régional d’Ile-de-France, chargé de mission auprès du Directeur Général des Services en charge des dossiers relatifs à la délégation de la Vice-Présidente chargée de l’Actions sociale, de la Santé et de la Famille.
- Daniel MICHON, Directeur de l’ENKRE
- Jacques MONET, Directeur de l’ADERF
- Catherine OLIVET, représentante des usagers à la CRSA Île-de-France, (RU CRSA IDF)
- Pierre ROBERT, Président CDO 77
- Ludwig SERRE, Conseil régional de l’Ordre des masseurs-kinésithérapeutes
- Philippe TANIÈRE-GILLARD, Conseil régional d’Ile-de-France, Chargée de mission santé, en charge des dispositifs de lutte contre les déserts médicaux

## Annexe 2 : Échantillonnage des personnes entendues dans le cadre des études de cas

	16 <sup>e</sup> arrondissement de Paris (75)	Saint-Denis (93)	Territoire de Seine-et-Marne (77)
<b>Masseurs-kinésithérapeutes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 9 MK libéraux (dont 2 assistants)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 8 MK libéraux</li> <li>▪ 2 stagiaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 6 MK libéraux</li> <li>▪ 2 MK salariés, dont 1 MK étranger</li> <li>▪ 1 MK apprenti</li> </ul>
<b>Patients</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 2 patients</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 3 patients</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 2 patients</li> <li>▪ 1 représentant des familles élu en Ehpad</li> </ul>
<b>Acteurs du système de soins local</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1 gériatre</li> <li>▪ 1 rhumatologue</li> <li>▪ 1 responsable service social d’établissement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1 infirmier libéral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1 podologue-pédicure libéral</li> <li>▪ 1 cadre pôle</li> <li>▪ 1 responsable des soins en Ehpad</li> <li>▪ 1 médecin gériatre salarié</li> </ul>
<b>Autres</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 4 MK entendus au titre de leur fonction en IFMK</li> <li>▪ 1 responsable d’IFMK</li> <li>▪ 8 étudiants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ directrice adjointe santé de la ville de Saint-Denis</li> <li>▪ 1 pharmacien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ adjoint au maire de Coulommiers en charge de la santé (ex-ORL)</li> <li>▪ 1 pharmacien</li> <li>▪ 2 taxis VSL</li> <li>▪ responsable d’une association de chauffeurs bénévoles</li> </ul>

# Annexe 3 : Questionnaire adressé à l'ensemble des masseurs-kinésithérapeutes libéraux d'Ile-de-France

## Votre pratique

### 1. Votre activité professionnelle repose aujourd'hui sur la pratique...

*(3 réponses maximum, à classer de 1 à 3 selon leur importance quantitative dans votre activité, 1 désignant la pratique majoritaire)*

- De la kinésithérapie générale (traumatologie, kinésithérapie respiratoire, ...)
- D'un exercice spécifique qui fait votre réputation (kinésithérapie du sport, mucoviscidose, rééducation neurologique, rééducation périnéale, soins palliatifs, ...)
- D'actes de kinésithérapie non thérapeutiques (minceur, forme, remodelage corporel, gymnastique non médicale ...)
- De l'ostéopathie
- D'actions de prévention (en milieu scolaire, en entreprise...)
- Autre (préciser) : -----

### 2. La pratique que vous décrivez ainsi aujourd'hui...

*(Une seule réponse possible – choisissez la modalité dont vous vous sentez le plus proche)*

- A changé au fil des ans suite à une initiative personnelle de formation / spécialisation ;
- N'a pas changé depuis le début de votre exercice professionnel car elle correspond à un choix de spécialisation initial ;
- N'a pas changé depuis le début de votre exercice professionnel car elle correspond à un choix de pratique généraliste
- A progressivement été définie de fait par les besoins de votre clientèle habituelle
- Autre :

### 3. Votre pratique des soins à domicile :

*(Une seule réponse possible – choisissez la modalité dont vous vous sentez le plus proche)*

- Vous n'intervenez qu'à domicile ;
- C'est important pour vous de pouvoir prendre en charge des patients à domicile ; vous vous arrangez pour y consacrer une partie de votre activité hebdomadaire ;
- Vous aimeriez en faire davantage pour pouvoir répondre à des besoins connus, mais c'est trop compliqué et chronophage dans votre secteur (problèmes de circulation, de stationnement, ...)
- Vous préférez clairement effectuer les soins au sein de votre cabinet, et votre clientèle s'y déplace aisément ;

### 4. A propos de vos relations avec les autres professionnels de santé, vous diriez plutôt :

*(Deux réponses possibles maximum)*

- Nous avons des échanges réguliers avec d'autres professionnels de santé pour discuter du suivi de nos patients
- On se connaît, il nous arrive d'échanger, mais globalement on ne travaille pas ensemble
- On ne se connaît pas du tout, on ne travaille pas ensemble
- Elles se sont progressivement raréfiées, faute de temps à y consacrer
- Une dynamique de partage s'instaure depuis quelques temps

**5. Ce qui a motivé le choix de votre lieu actuel de travail, c'est avant tout :**

*(Trois réponses maximum, à classer de 1 à 3 selon leur importance dans votre choix, 1 désignant le motif principal)*

- Le contenu de l'activité, le type de pratiques que cela vous permet de développer
- La possibilité de vous inscrire dans un collectif de travail
- L'opportunité de reprendre un cabinet existant suite au départ d'un(e) confrère
- Les aides à l'installation proposées par les pouvoirs publics
- Des raisons personnelles extérieures au métier (rapprochement d'un(e) conjoint(e), attachement à la ville, qualité de vie, ...)
- Aucune raison particulière, si ce n'est l'opportunité qui s'est présentée de vous installer en ce lieu

**Votre patientèle**

**6. Vos patients vous identifient et vous contactent majoritairement via**

*(Trois réponses maximum, à classer de 1 à 3, 1 désignant la modalité majoritaire)*

- Votre identification dans la rue (plaque)
- Votre identification sur un annuaire
- Les praticiens ou les services hospitaliers
- Leur médecin généraliste
- Leur infirmier
- Leur médecin spécialiste libéral
- Un autre professionnel de santé
- Un confrère, qui ne peut les accepter faute de place ou de pratique adaptée
- Le bouche-à-oreille (autres patients, pharmaciens...)
- Une plate-forme de prise de RV en ligne
- Votre site internet

**7. Votre patientèle aujourd'hui :**

*(Une seule réponse possible — choisissez la modalité dont vous vous sentez le plus proche)*

- Est plutôt stable et établie : des patients réguliers, ce qui laisse d'ailleurs peu de places pour de nouveaux patients
- C'est du 50 / 50 : une part de patients réguliers de longue date, une part de nouveaux patients pour des soins sur une durée plus courte
- Est changeante, avec une forte rotation de patients venant presque uniquement pour des soins bornés dans le temps

**8. Au regard du planning de vos semaines, vous constatez aujourd'hui que**

*(Une seule réponse possible – choisissez la modalité dont vous vous sentez le plus proche)*

- Vous avez la possibilité de prendre de nouveaux patients, y compris pour une prise en charge intensive
- Des pratiques croissantes d'annulation de rendez-vous par les patients mettent à mal votre organisation et privent de fait certains d'un rendez-vous ;
- Vous arrivez à gérer votre agenda, en préservant des créneaux pour les urgences éventuelles ;
- Vous êtes amenés à refuser plusieurs nouveaux patients par semaine et cela génère stress et/ ou incompréhension chez les patients

### 9. Vos patients proviennent majoritairement

*(Une seule réponse possible – choisissez la modalité dont vous vous sentez le plus proche)*

- Du quartier et / ou des communes voisines
- D'un autre département d'Ile-de-France
- De toute l'Ile-de-France

### Votre vision de l'avenir

### 10. On observe en Ile-de-France des regroupements de professionnels (cabinet de groupe de kinés, cabinet pluri professionnels, Maison de Santé, Centre médical). Vous y voyez pour votre part avant tout

*(Une seule réponse possible – choisissez la modalité dont vous vous sentez le plus proche)*

- Un intérêt en termes économiques (aide éventuelle des pouvoirs publics, partage des charges)
- Un intérêt personnel d'organisation de votre exercice professionnel (gestion des patients en cas d'absence)
- Un intérêt pour la pratique professionnelle (échanges sur l'exercice, continuité dans la prise en charge des patients, mutualisation de la charge administrative)
- Une manière de répondre à des enjeux de santé locale (réseau autour d'un projet de santé)
- Aucun intérêt (préférence pour un exercice individuel)

### 11. A titre personnel, rejoindre un regroupement de professionnels pluridisciplinaire est

*(Une seule réponse possible – choisissez la modalité dont vous vous sentez le plus proche)*

- Une option que vous envisagez sérieusement
- Une perspective intéressante, une façon de développer une autre forme de pratique de soins avec d'autres professionnels de santé
- Une évolution envisageable, à condition que des moyens soient mis pour rendre cela attractif, ce qui n'est pas le cas pour le moment
- Sans grand intérêt, je travaille déjà dans un environnement très pluridisciplinaire
- Hors de question, ce n'est pas un fonctionnement adapté à la réalité de ma pratique du métier

---

### Pour mieux vous connaître

#### 12. Vous exercez :

- En libéral
- En exercice mixte

#### 13. Dans votre pratique libérale, vous exercez :

- Seul dans votre cabinet
- Exclusivement à domicile
- Avec d'autres masseurs-kinésithérapeutes dans un cabinet de groupe
- Avec d'autres masseurs-kinésithérapeutes et d'autres professionnels de santé
- Vous êtes le seul masseur-kinésithérapeute, avec d'autres professionnels de santé dans un cabinet partagé

- Dans une maison de santé

**14. Vous avez :**

- Entre 20 et 30 ans
- Entre 31 et 40 ans
- Entre 41 et 50 ans
- Entre 51 et 60 ans
- Plus de 61 ans

**15. Vous exercez :**

- Dans Paris (75)
- En Seine-et-Marne (77)
- Dans les Yvelines (78)
- En Essonne (91)
- Dans les Hauts-de-Seine (92)
- En Seine-Saint-Denis (93)
- En Val-de-Marne (94)
- Dans le Val d'Oise (95)

---

Avez-vous des commentaires à ajouter ? (Nota : vos remarques ne feront pas l'objet de réponses ou d'actions individualisées)

---

---

Vous êtes arrivé au terme de ce questionnaire.

Nous vous remercions de vos réponses.

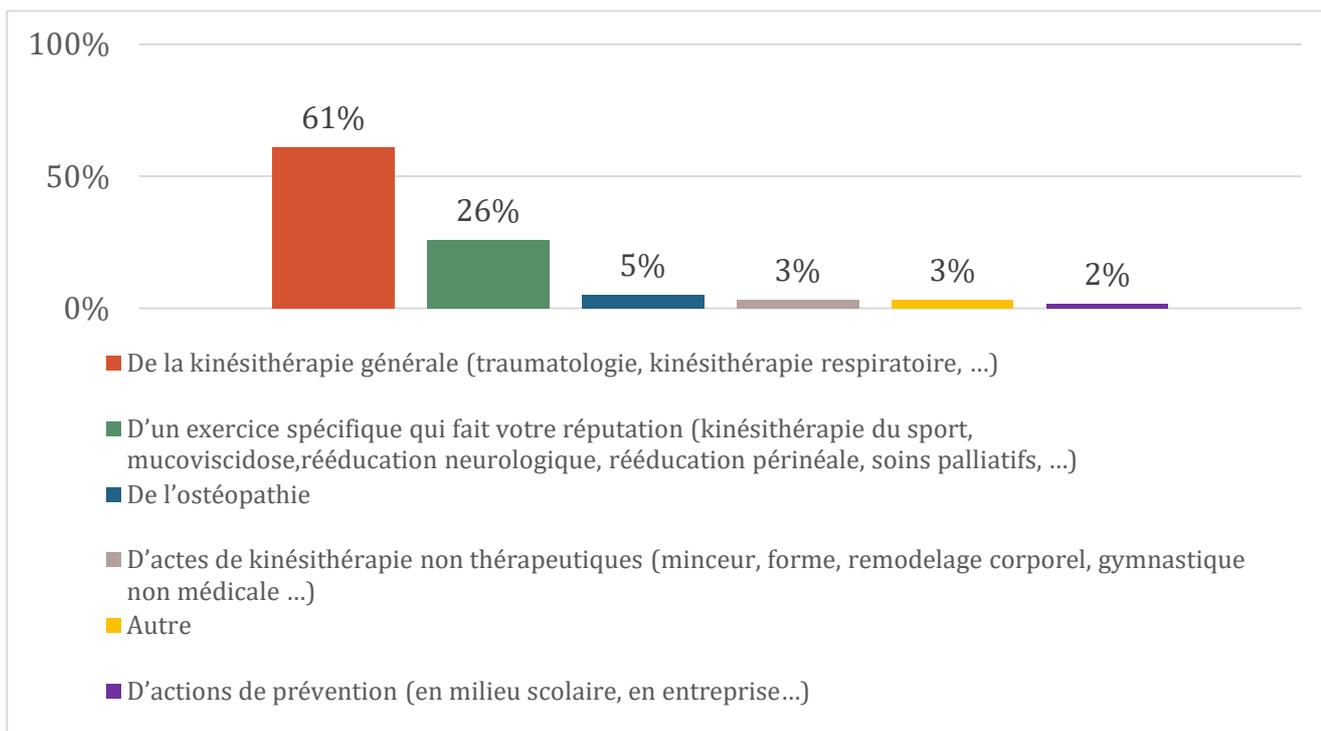
## **Annexe 4 : Traitement des réponses au questionnaire proposé à l'ensemble des masseurs-kinésithérapeutes libéraux d'Ile-de-France**

À noter :

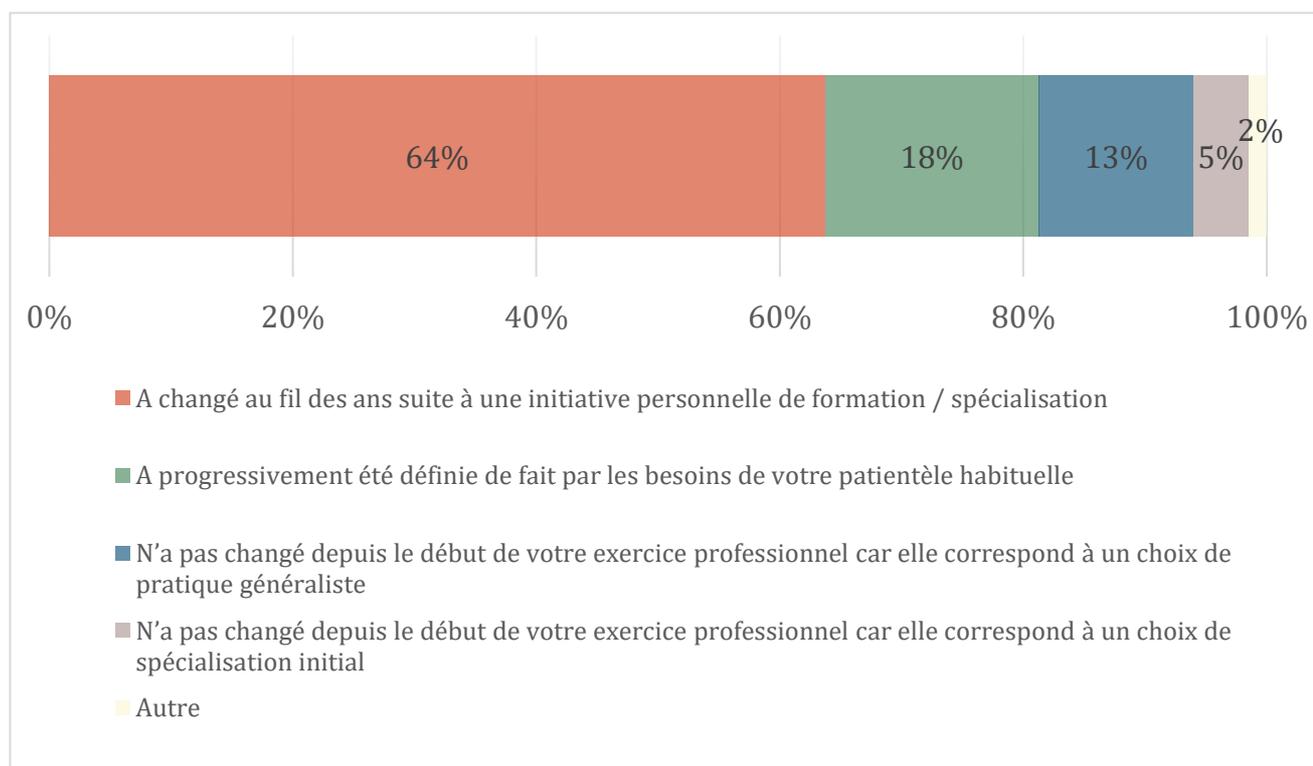
L'administration des questions 1, 4, 5 et 6 a rencontré des difficultés. Ces questions à choix multiples ont été mal prises en charge par l'outil d'administration mis en place par l'ARS. Un travail de nettoyage de la base de données des réponses a permis de récupérer partiellement les réponses à ces questions.

Ainsi, pour ces questions, seul le 1<sup>er</sup> choix sélectionné par les répondants est disponible et reporté dans les résultats ci-dessous.

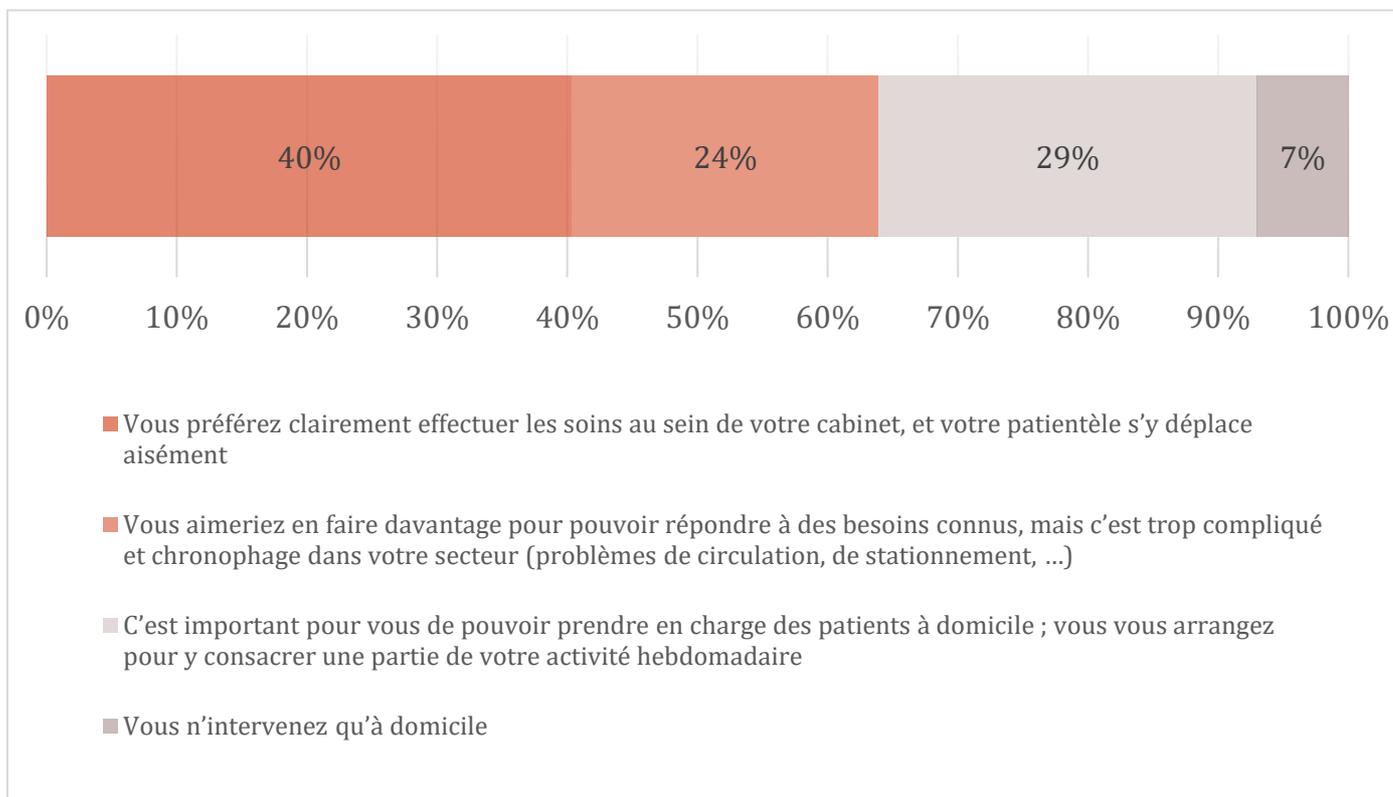
**Q1. Votre activité professionnelle repose aujourd'hui sur la pratique... (choix 1)**



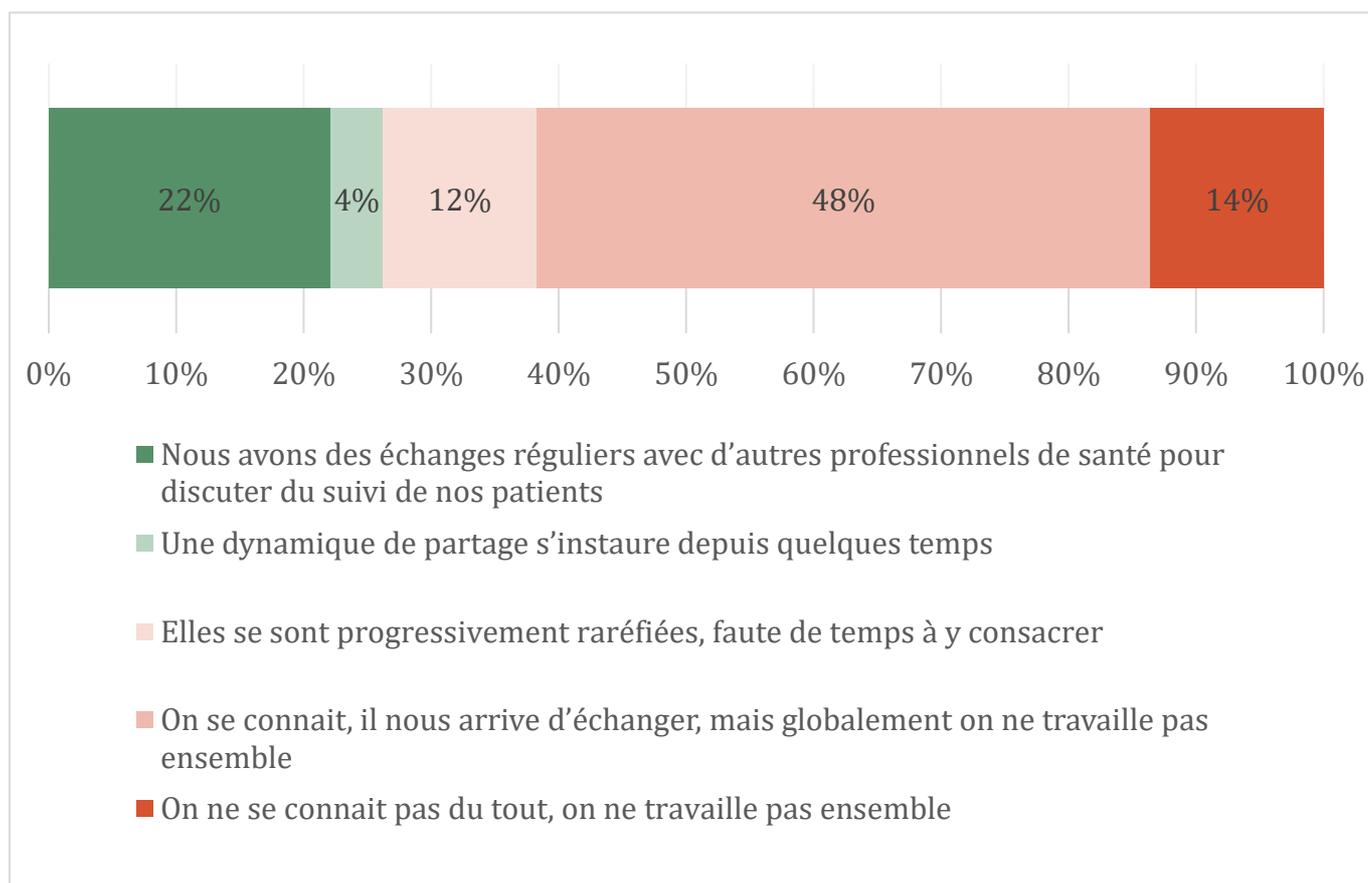
**Q.2 La pratique que vous décrivez ainsi aujourd'hui...**



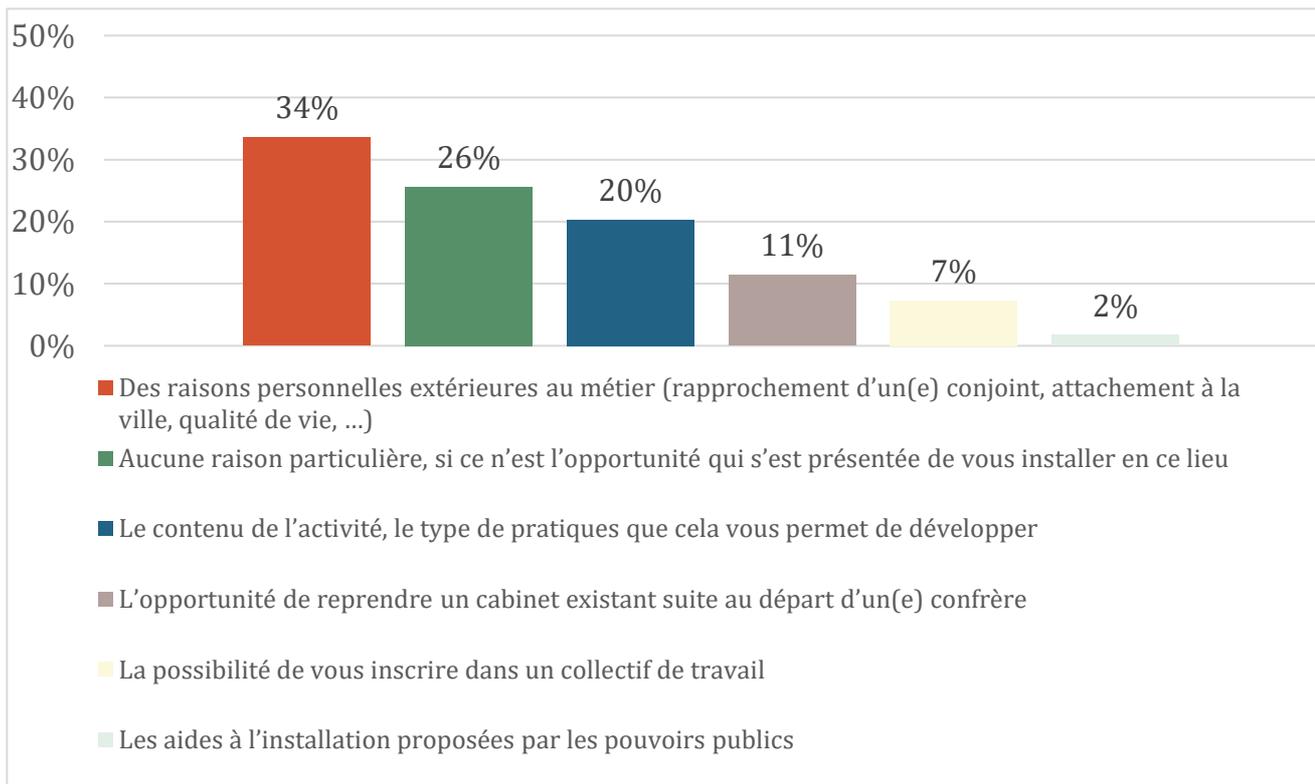
### Q.3 Votre pratique des soins à domicile :



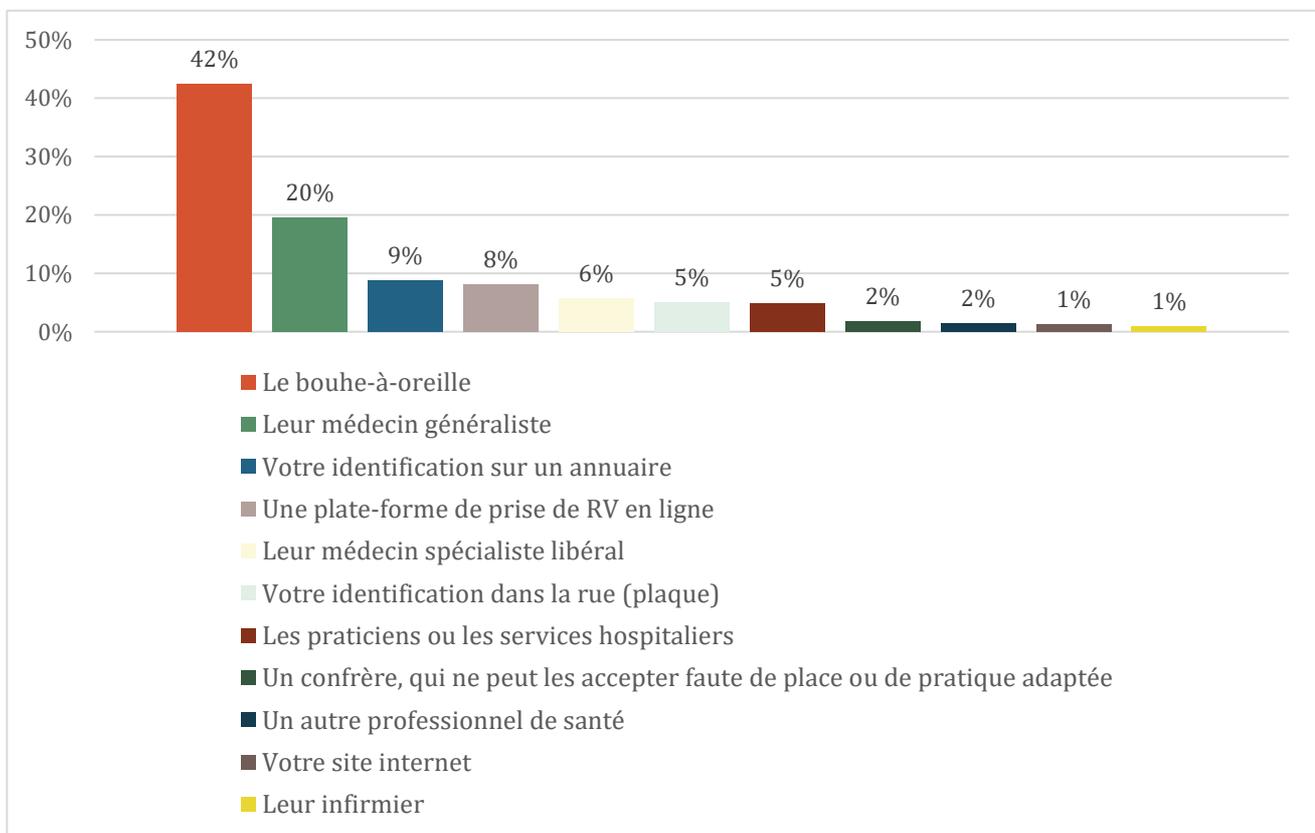
### Q4. A propos de vos relations avec les autres professionnels de santé, vous diriez plutôt (choix 1) :



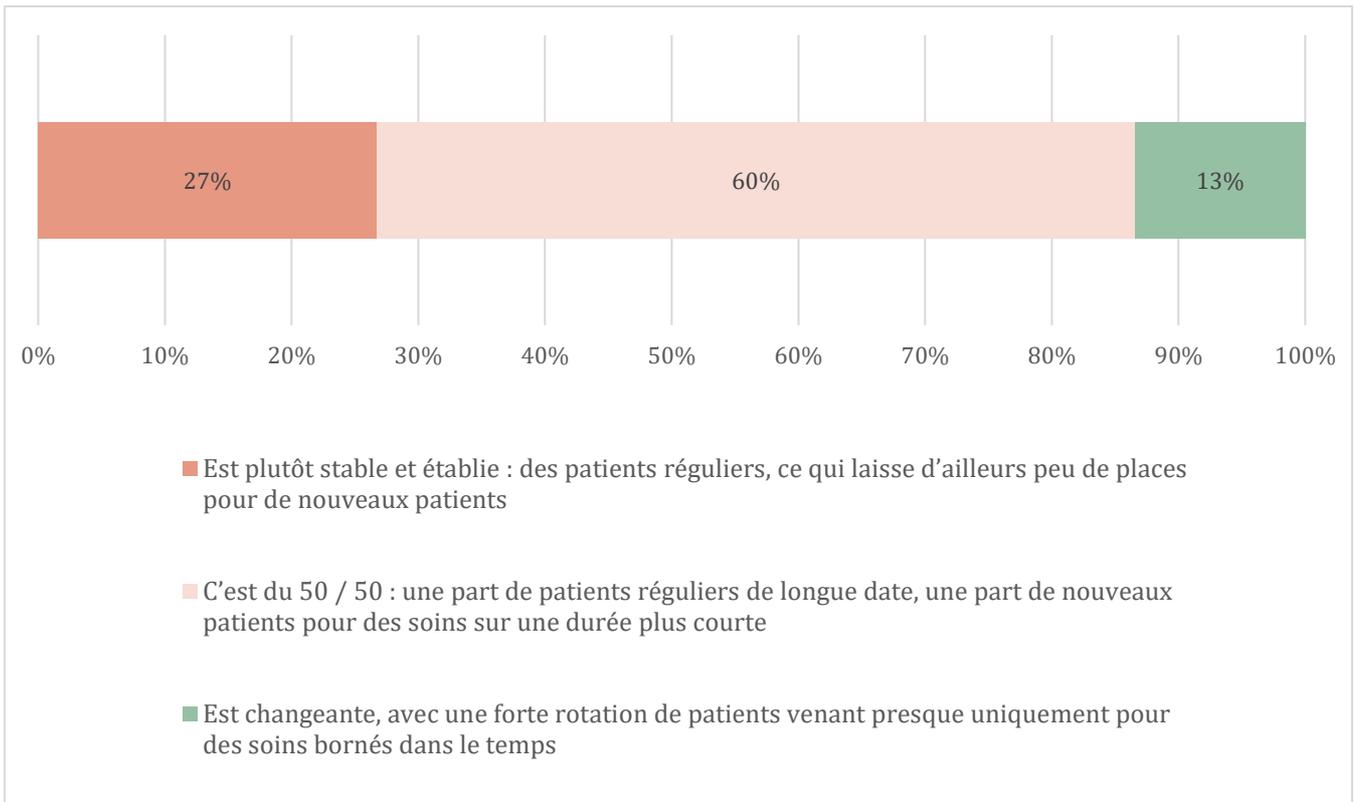
Q5. Ce qui a motivé le choix de votre lieu actuel de travail, c'est avant tout (choix 1) :



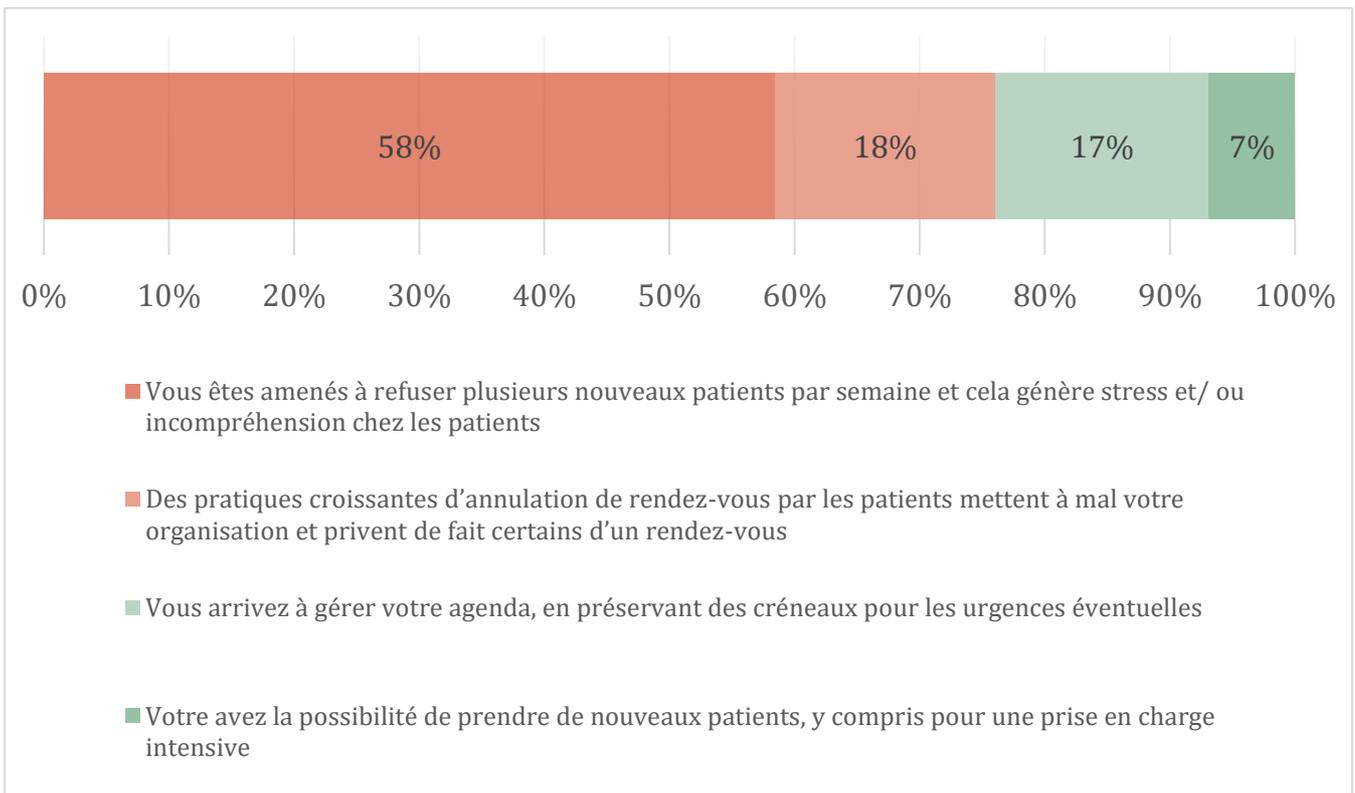
Q6. Vos patients vous identifient et vous contactent majoritairement via (choix 1) :



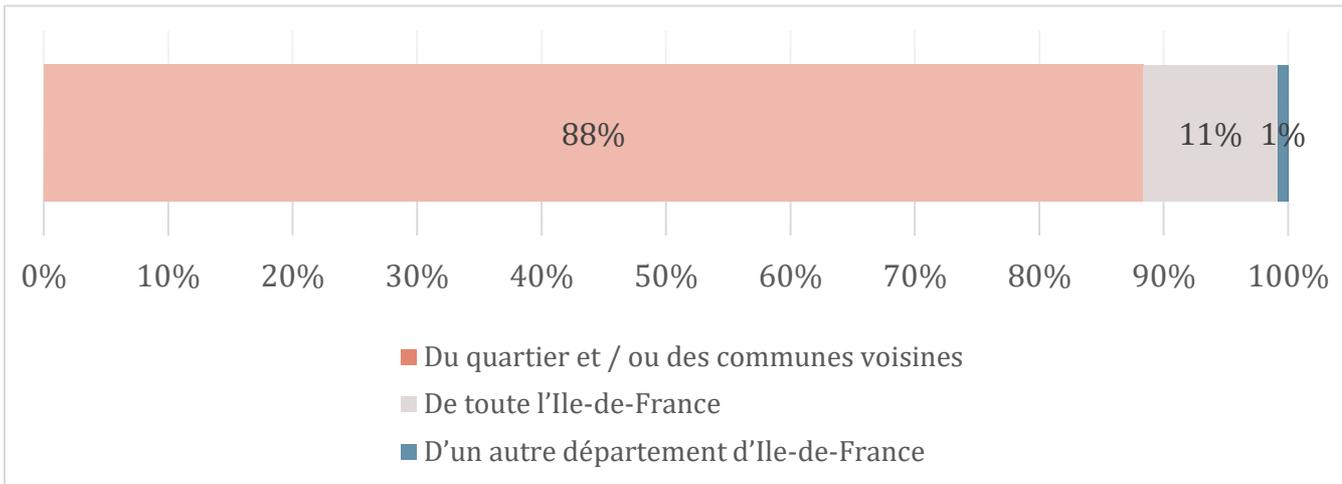
**Q.7 Votre patientèle aujourd'hui :**



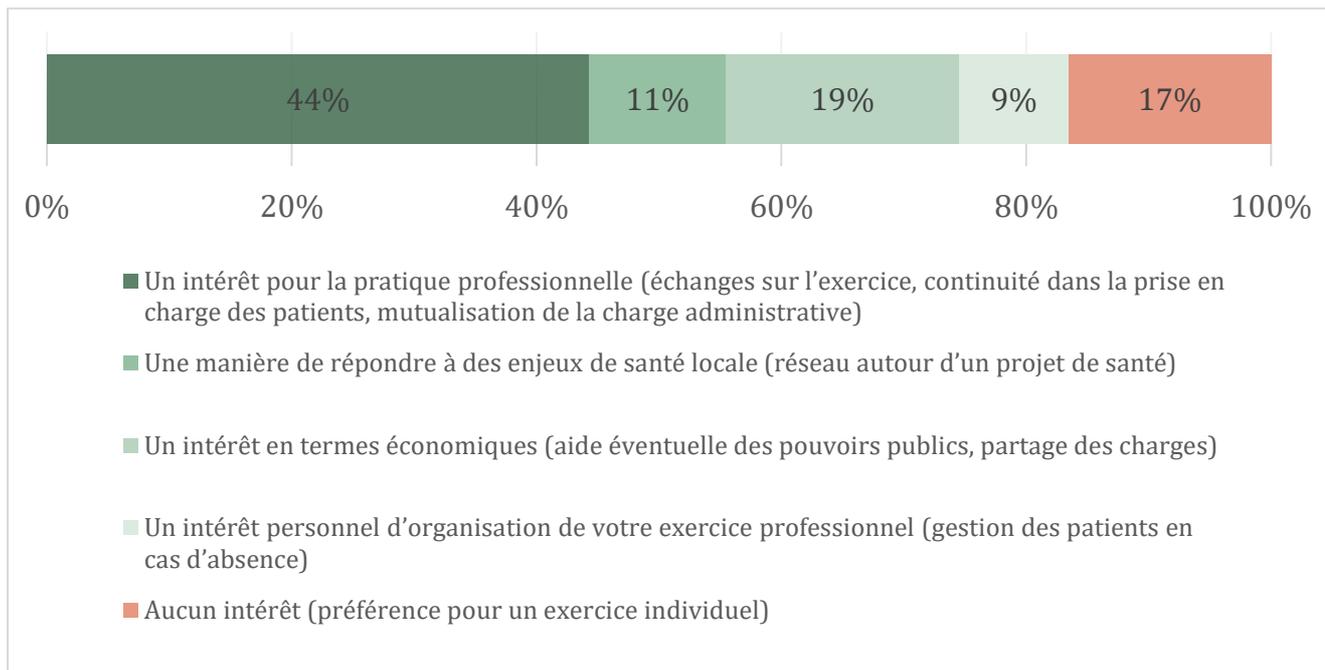
**Q8. Au regard du planning de vos semaines, vous constatez aujourd'hui que :**



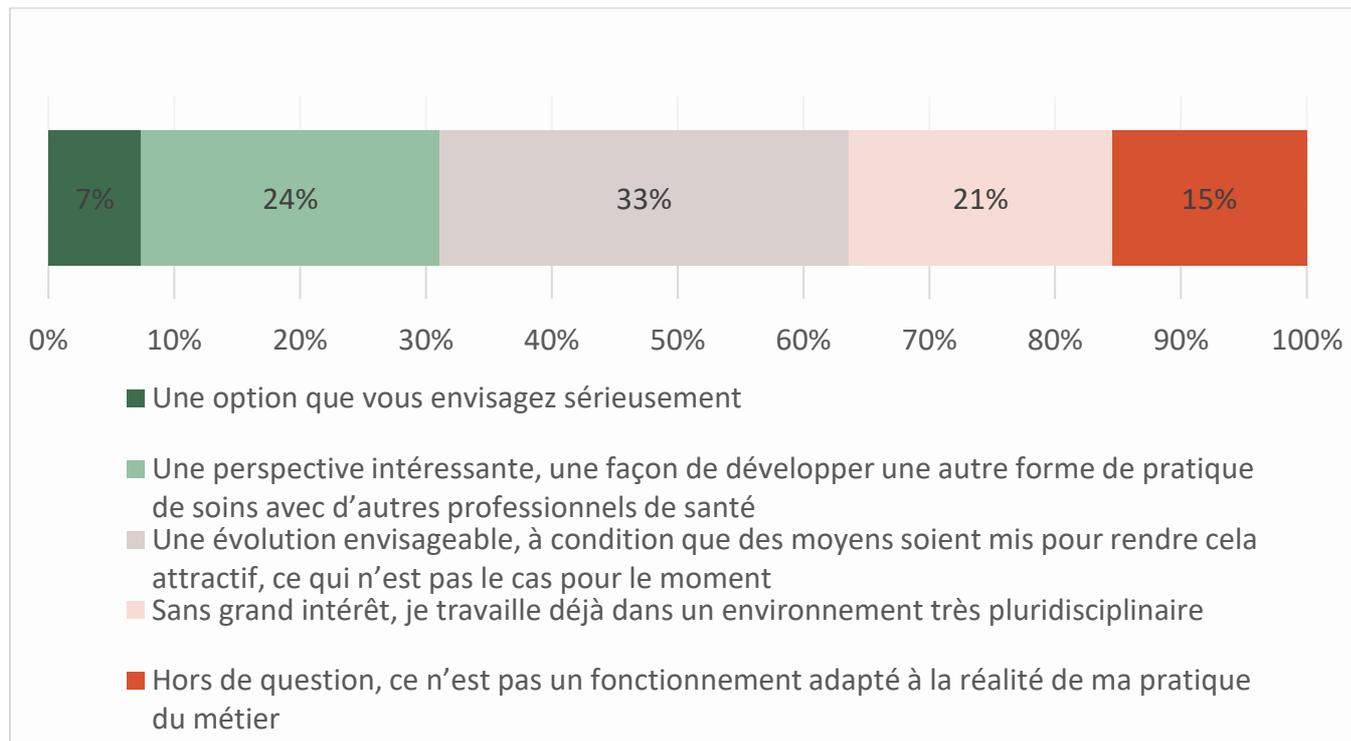
Q9. Vos patients proviennent majoritairement :



Q10. On observe en Ile-de-France des regroupements de professionnels (cabinet de groupe de kinés, cabinet pluri professionnels, Maison de Santé, Centre médical). Vous y voyez pour votre part avant tout :



Q11. A titre personnel, rejoindre un regroupement de professionnels pluridisciplinaire est :



## Annexe 5 : Questionnaire adressé à l'ensemble des étudiants de 4<sup>e</sup> année des IFMK franciliens

### 1. Vous allez être très prochainement diplômé(e), dans 3 ans vous vous projetez de préférence

*(Une seule réponse possible)*

- Salarié(e) dans un établissement public de santé ;
- Seul(e) dans votre cabinet ;
- Dans un exercice exclusivement à domicile ;
- Dans un exercice mixte ;
- Avec d'autres masseurs-kinésithérapeutes dans un cabinet de groupe ;
- Avec d'autres professionnels de santé dans un cabinet de groupe ;
- Au sein d'un laboratoire de recherche.

### 2. Plus précisément, le type de pratique que vous souhaiteriez développer serait

*(Une seule réponse possible)*

- La kinésithérapie générale (traumatologie, kinésithérapie respiratoire, ...) ;
- Un exercice spécifique (kinésithérapie du sport, mucoviscidose, rééducation neurologique, soins palliatifs, ...) ;
- Une offre de bien-être (minceur, forme, remodelage corporel, ...) ;
- Un exercice autre que la kinésithérapie (ostéopathie, coaching sportif...).

### 3. Vous déplacer pour une consultation au domicile du patient vous semble...

*(Une seule réponse possible)*

- Essentiel pour assurer la continuité de la prise en charge de patients dans l'incapacité de se déplacer
- Envisageable à proximité de votre lieu d'exercice ;
- Difficilement faisable, vous n'avez pas le permis ;
- Pas utile, il vous semble préférable d'effectuer les soins au sein d'un cabinet équipé ;
- Trop compliqué, chronophage (problèmes de circulation, de stationnement, ...).

### 4. Concernant votre installation géographique, vous vous voyez exercer...

*(Une seule réponse)*

- Hors de l'Ile-de-France
- Dans Paris intra-muros (75)
- En Seine-et-Marne (77)
- Dans les Yvelines (78)
- En Essonne (91)
- Dans les Hauts-de-Seine (92)
- En Seine-Saint-Denis (93)
- En Val-de-Marne (94)
- Dans le Val d'Oise (95)

**5. Lors de votre installation, vous tiendrez compte en priorité de...**

*(Trois réponses maximum, à classer de 1 à 3 selon leur importance dans votre choix, 1 désignant la pratique majoritaire)*

- La possibilité de vous inscrire dans un collectif de travail ;
- L'opportunité de reprendre un cabinet existant suite au départ d'un(e) collègue ;
- Les aides à l'installation proposées par les pouvoirs publics ;
- Le type de pratiques que le lieu vous permet de développer ;
- Des raisons personnelles extérieures au métier (rapprochement d'un(e) conjoint(e), attachement à la ville, qualité de vie, ...).

**6. Dans votre exercice professionnel futur, le lien avec la recherche et la formation prendra la forme...**

*(Trois réponses maximum, à classer de 1 à 3 selon leur importance dans votre choix, 1 désignant la pratique majoritaire)*

- D'une évidence ! Vous envisagez de poursuivre un travail doctoral en parallèle de votre pratique ;
- De l'adhésion à une société savante ;
- D'une implication dans la formation : vous souhaitez devenir formateur au sein d'un IFKM, formateur en formation continue ;
- De l'accueil de stagiaires dans votre future structure, notamment dans le but de vous tenir informé(e) de l'évolution des pratiques et théories enseignées ;
- D'échanges formalisés entre MK, voire même avec d'autres professionnels de santé ;
- Cela n'a pas d'importance pour vous.

---

**Pour mieux vous connaître**

**7. Vous avez effectué votre formation à l'IFMK...**

- de l'AP-HP
- ADERF
- Association Paul Guinot
- CFRP AVH Paris
- DANHIER
- Saint-Michel
- d'Assas
- de l'EFOM
- du CEERRF
- de Meulan-Les Mureaux
- de Saint-Maurice

**8. Vous êtes originaire de :**

- Paris (75)
- Seine-et-Marne (77)
- les Yvelines (78)
- Essonne (91)
- les Hauts-de-Seine (92)

- Seine-Saint-Denis (93)
  - Val-de-Marne (94)
  - le Val d'Oise (95)
  - Vous n'êtes pas originaire d'Ile-de-France.
- 

Avez-vous des commentaires à ajouter ? (Nota : vos remarques ne feront pas l'objet de réponses ou d'actions individualisées)

---

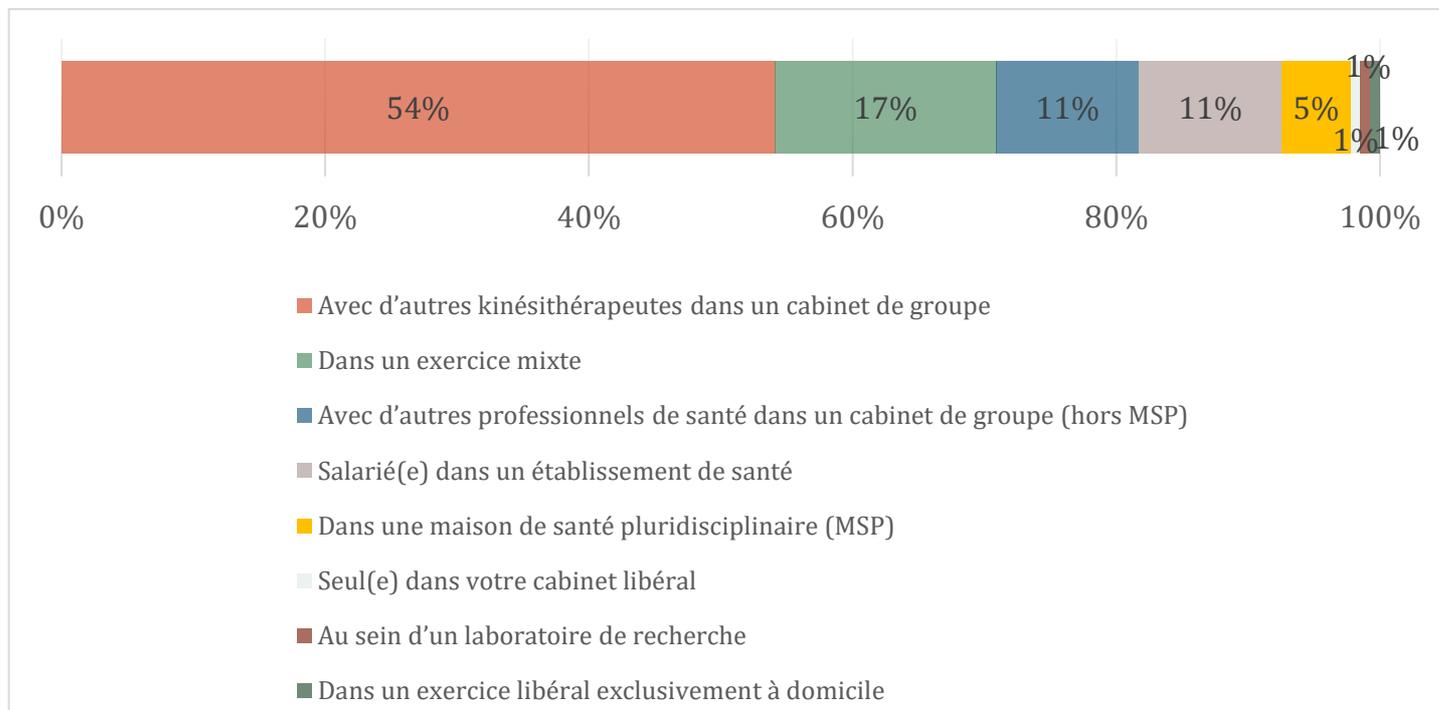
---

Vous êtes arrivé(e) au terme de ce questionnaire.

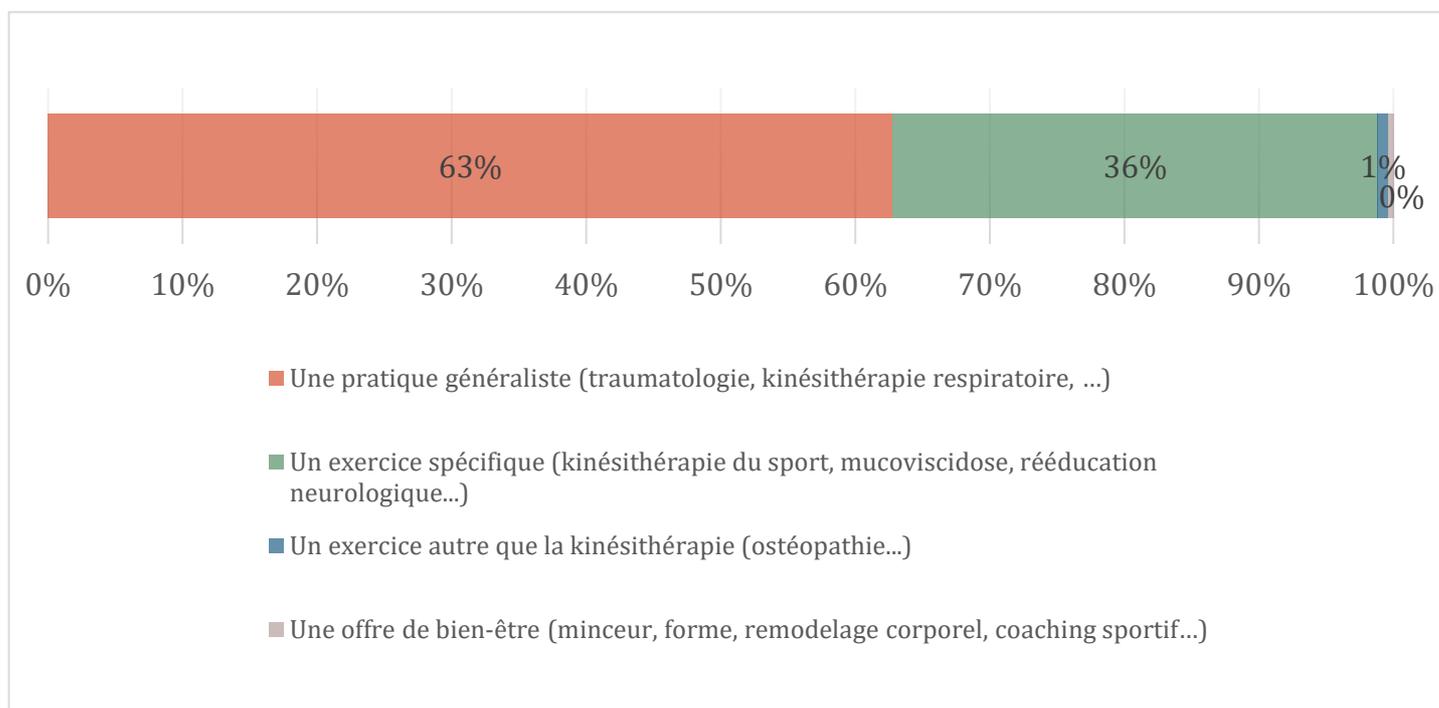
Nous vous remercions de vos réponses.

## Annexe 6 : Traitement des réponses au questionnaire adressé à l'ensemble des étudiants de 4<sup>ème</sup> année des IFMK franciliens

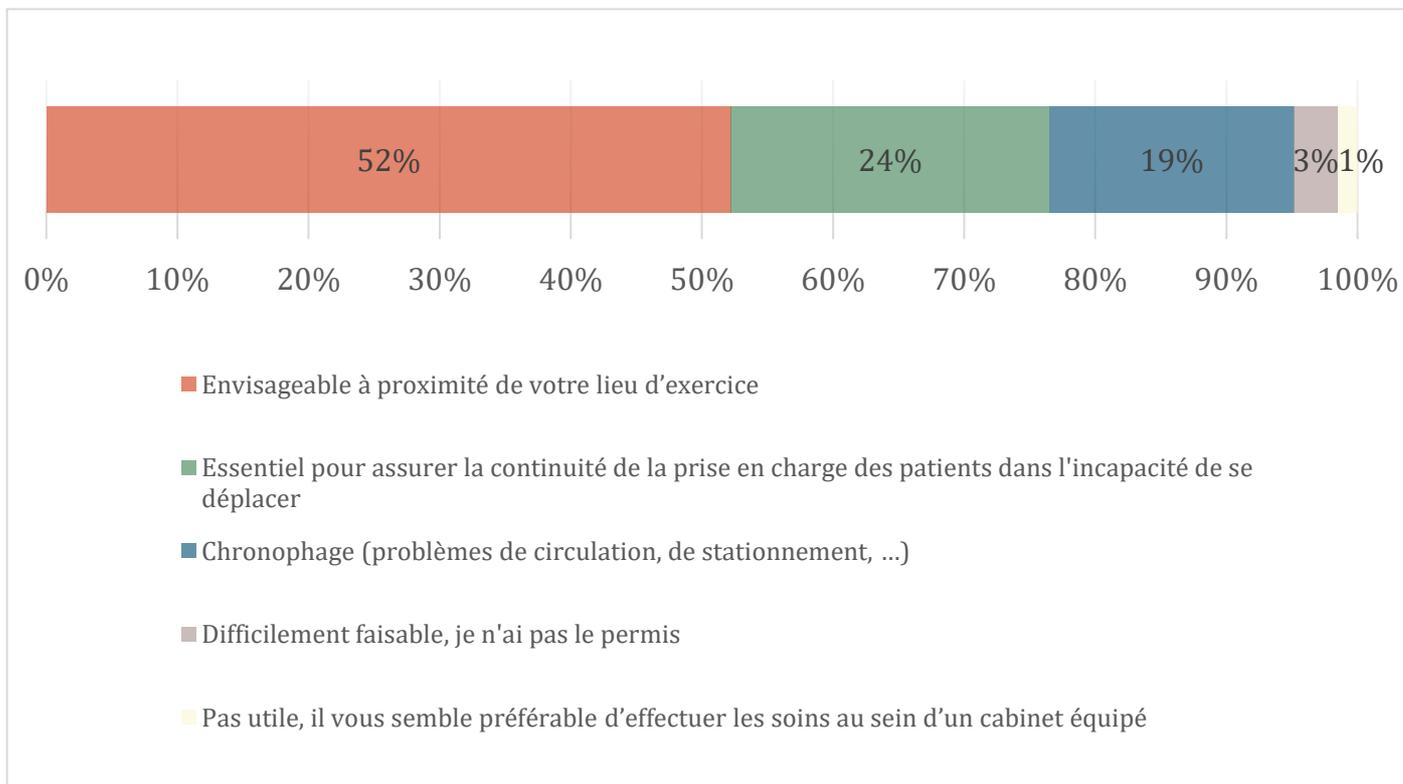
Q1. Vous serez bientôt diplômé(e), dans 3 ans vous vous projetez de préférence :



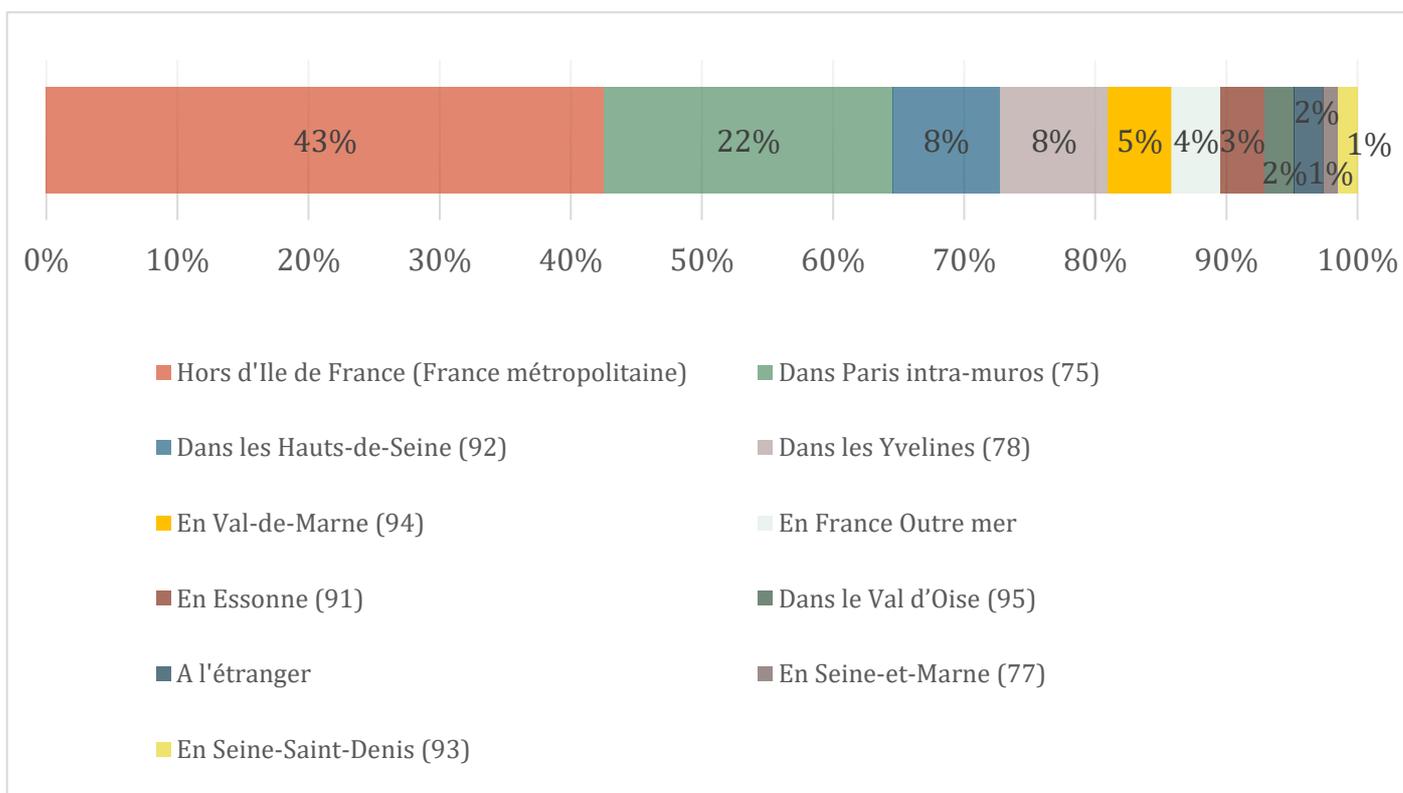
Q2. Quelle pratique de la kinésithérapie envisagez-vous principalement ?



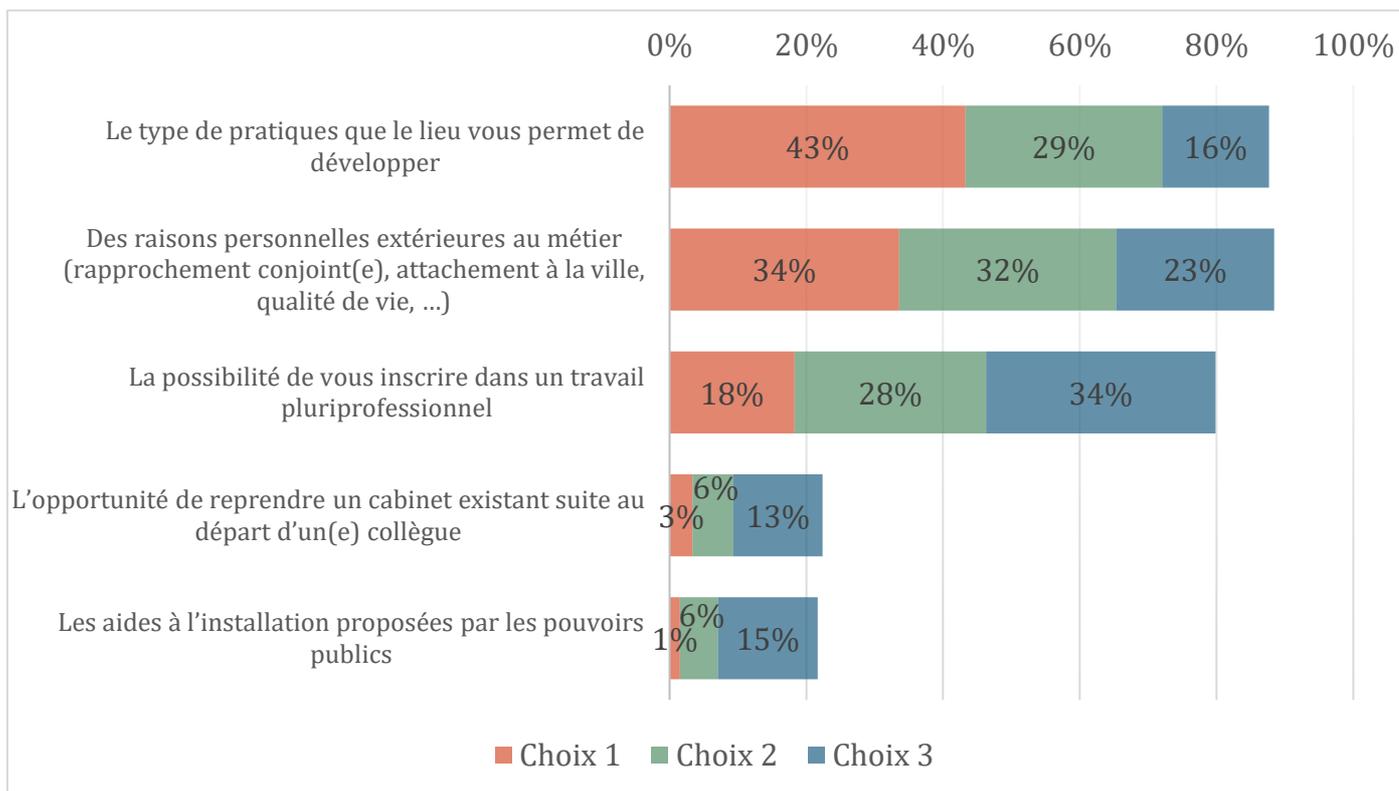
### Q3. L'exercice au domicile du patient vous semble...



### Q4. Concernant votre installation géographique, vous vous voyez exercer...

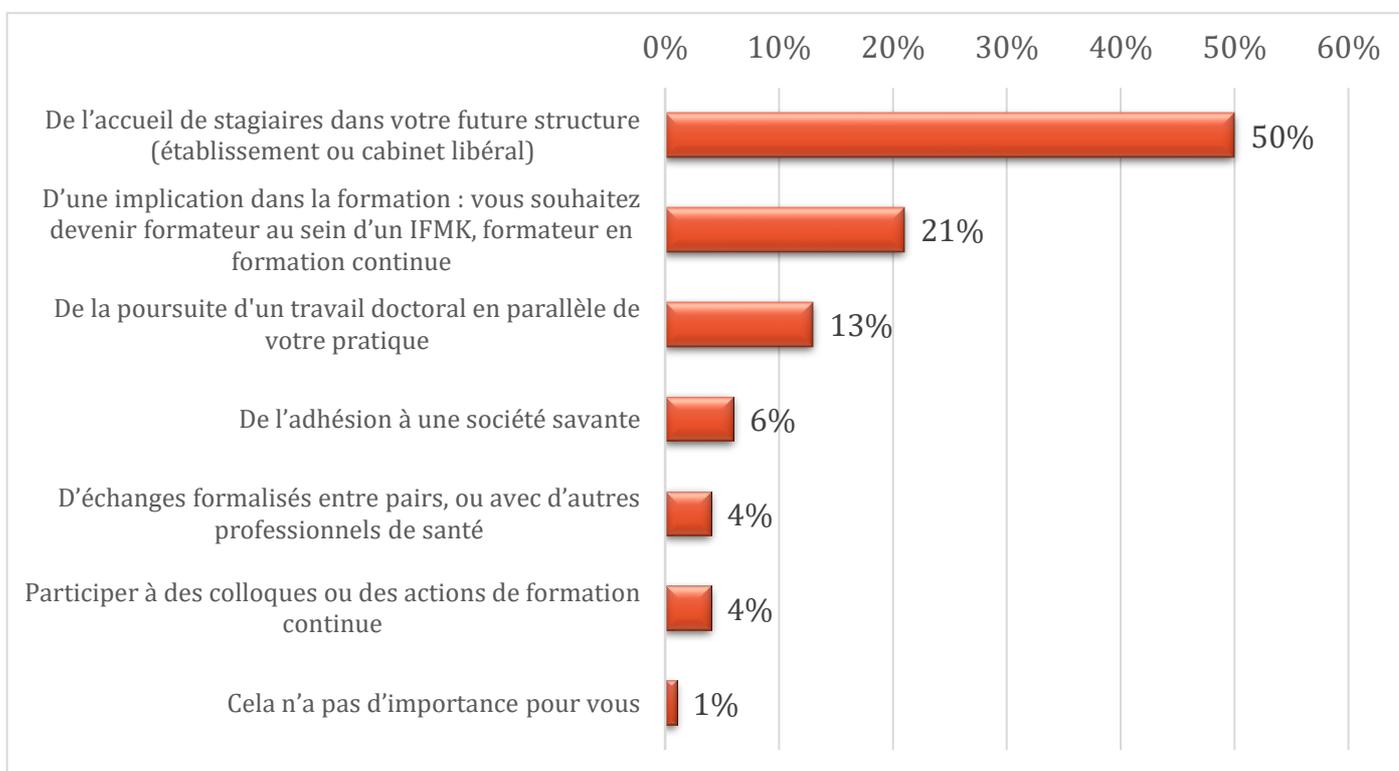


**Q5. Lors de votre installation, vous tiendrez compte en priorité de ...**



L'administration de la question 6 a rencontré des difficultés. Pour cette raison, les réponses données par les étudiants n'ont pu être traitées que partiellement. Les résultats présentés ci-dessous ne sont que partiels et à traiter en connaissance de cause.

**Q6. Dans votre exercice professionnel futur, le lien avec la recherche et la formation prendra la forme...**



## Annexe 7 : Ressources mobilisées

### Bibliographie

#### Documents généraux – santé publique

- BERTHOD-WURMSER Marianne, OLLIVER Roland et RAYMOND Michel, *Pauvreté, précarité et solidarité en milieu rural*, IGAS : RM2009-102P / CGAAER : 1883, 2009. Disponible sur : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/094000616.pdf>
- COUR DES COMPTES, *La sécurité sociale : rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, 2018. Disponible sur : [https://www.ccomptes.fr/system/files/2018-10/20181004-rapport-securite-sociale-2018\\_0.pdf](https://www.ccomptes.fr/system/files/2018-10/20181004-rapport-securite-sociale-2018_0.pdf)
- DREES, « Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes : l'accessibilité s'améliore malgré les inégalités », *Etudes et Résultats*, n° 1100, janvier 2019. Disponible sur : [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er\\_1100.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1100.pdf)
- FRÉLAUT Matthieu, « Les déserts médicaux », *Regards*, n°53, 2018. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-regards-2018-1-page-105.htm>
- LANG Thierry et ULRICH Valérie, *Les inégalités sociales de santé : Actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016*, Paris : DREES, 2017. Disponible sur : [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ouvrage\\_actes\\_seminaire\\_iss\\_pour\\_bat\\_cabinet\\_-\\_web.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ouvrage_actes_seminaire_iss_pour_bat_cabinet_-_web.pdf)
- MANGENEY Catherine et GRÉMY Isabelle, *Les déserts médicaux en Île-de-France : de quoi parle-t-on ? quels leviers d'action ?*, Paris : Observatoire régional de santé Île-de-France, 2018. Disponible sur : [https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/Etude\\_1490/ORS\\_deserts\\_medicaux\\_vf.pdf](https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/Etude_1490/ORS_deserts_medicaux_vf.pdf)
- MOLEUX Marguerite, SCHAEZEL Françoise et SCOTTON Claire, *Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action*, IGAS : RM2011-061P, 2011. Disponible sur : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000580.pdf>
- PLANEL Maurice-Pierre et VARNIER Frédéric, *Les fondements du virage ambulatoire : Pour une réforme de notre système de santé*, Paris : Hygée, 2017.

#### Documents généraux – la profession de masseur-kinésithérapeute

- BONNAL Caroline, MATHARAN Judith et MICHEAU Julie, *La prescription de masso-kinésithérapie par les médecins généralistes et rhumatologues libéraux*. DREES : MA0800578, Paris : Plein Sens, 2010. Disponible sur : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/La\\_prescription\\_de\\_masso\\_kinesitherapie\\_par\\_les\\_medecins\\_generalistes\\_et\\_rhumatologues\\_liberaux\\_.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/La_prescription_de_masso_kinesitherapie_par_les_medecins_generalistes_et_rhumatologues_liberaux_.pdf)
- DREES, « D'ici à 2040, les effectifs de masseurs-kinésithérapeutes augmenteraient de 57 % soit bien plus que les besoins de soins », *Etudes et Résultats*, n° 1075, juillet 2018. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1075.pdf>
- Organisations représentant la masso-kinésithérapie, *Réforme de la formation initiale des masseurs-kinésithérapeutes*, 2014.
- MACRON Alain, *La profession de masseur-kinésithérapeute instituée par la loi n°46-857 du 30 avril 1946 : genèse et évolutions d'une profession de santé réglementée*, thèse, Université Montpellier, 2015.
- MATHARAN Judith, MICHEAU Julie et RIGAL Elsa, *Le métier de masseur-kinésithérapeute*, DREES : MA0800578, Paris : Plein Sens, 2009. Disponible sur : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ONDPS\\_etude\\_masseur\\_kinesitherapeute.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ONDPS_etude_masseur_kinesitherapeute.pdf)
- PENG Chang Li, *Optimisation d'un plateau de rééducation en hôpital gériatrique et problématique de recrutement des masseurs kinésithérapeutes en SSR d'ortho-gériatrie*, mémoire, Hôpitaux Universitaires Paris Ile-de-France Ouest Site Sainte Péline (AP-HP), 2017. Disponible sur : <https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2018/06/peng-chang-li-memoire-emamh-2017.pdf>

## Documents régionaux – Ile-de-France

- Agence régionale de Santé Île-de-France, *Schéma régional de santé : Améliorons la santé des Franciliens, Plan d'action 2018-2022*. Disponible sur : [https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2019-02/20180911\\_SRS%20IdF\\_Publication%20officielle.pdf](https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2019-02/20180911_SRS%20IdF_Publication%20officielle.pdf)
- Agence régionale de Santé Île-de-France, *Cadre d'orientation stratégique : Améliorons la santé des Franciliens, Horizon 2027*. Disponible sur : [https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2019-02/20180911\\_COS%20IdF\\_Publication%20officielle.pdf](https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2019-02/20180911_COS%20IdF_Publication%20officielle.pdf)
- Agence régionale de Santé Île-de-France, *Renforcer l'accès aux soins en Ile-de-France, Point d'étape fin 2018*. Disponible sur : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2019-02/Renforcer-acces-aux-soins-IdF-bilan.pdf>
- Agence régionale de Santé Île-de-France, *Programme région d'accès à la prévention et aux soins : Améliorons la santé des Franciliens, Accompagnement des plus démunis*. Disponible sur : [https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2019-02/20180911\\_PRAPS%20IdF\\_Publication%20officielle.pdf](https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2019-02/20180911_PRAPS%20IdF_Publication%20officielle.pdf)
- Conseil régional d'Ile-de-France de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Contribution au Projet régional de santé d'Ile-de-France 2018-2022 mis en concertation publique*.
- Conseil régional d'Ile-de-France de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, « La démographie incontrôlée des kinésithérapeutes », Communiqué de presse du 24 juillet 2018. Disponible sur : <http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2018/09/cp-cnompk-24072018-demographie-incontrollee-des-kinesitherapeutes.pdf>
- IAU Île-de-France, *Gentrification et paupérisation au cœur de l'Île-de-France : évolutions 2001-2015*, Paris : Institut d'aménagement et d'urbanisme de la région d'Île-de-France, mai 2019. Disponible sur : [https://www.institutparisregion.fr/fileadmin/NewEtudes/Etude\\_1807/Gentrification\\_et\\_puperisation\\_complet.pdf](https://www.institutparisregion.fr/fileadmin/NewEtudes/Etude_1807/Gentrification_et_puperisation_complet.pdf)
- INSEE, « Incapacité et dépendance des personnes âgées : Près de 170 000 Franciliens en perte d'autonomie », *Bulletin de santé*, n°24, septembre 2017.
- INSEE, « La population de la Seine-et-Marne à l'horizon 2050 : Une population en hausse et vieillissante », *Insee Flash*, n°21, novembre 2017.
- Conseil régional d'Île-de-France, *Région Île-de-France, région solidaire*, CR 2018-024, 2018. Disponible sur : [https://alternative-idf.fr/wp-content/blogs.dir/855/files/2018/06/CR-2018-024\\_Region\\_Solidaire.pdf](https://alternative-idf.fr/wp-content/blogs.dir/855/files/2018/06/CR-2018-024_Region_Solidaire.pdf)
- PÉPIN Philippe, PRAZNOCZY Corinne et LAURENT Pierre, *La santé observée à Paris : tableau de bord départemental*, Paris : Observatoire régional de santé d'Île-de-France, 2011.
- SARHAN François-Régis dir. *Livre blanc de la profession pour une kinésithérapie performante et moderne dans la fonction publique hospitalière*, Paris : « Sauvons la kinésithérapie hospitalière », Alizé, CNKS, FNEK, FFMKR, CNOMK, SKR, SNIFMK, SNMKR, UNAKAM France, 2017. Disponible sur : [http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/05/livre\\_blanc\\_mk\\_fph.pdf](http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/05/livre_blanc_mk_fph.pdf)
- SERGENT Nicole, *L'avenir des territoires péri-métropolitains en Île-de-France*, rapport, CESER, 2017. Disponible sur : [https://www.ceser-iledefrance.fr/sites/default/files/travaux/rapport\\_territ\\_perimetrop\\_ceseridf\\_20170711.pdf](https://www.ceser-iledefrance.fr/sites/default/files/travaux/rapport_territ_perimetrop_ceseridf_20170711.pdf)

## Sitographie

Agence régionale de Santé Île-de-France, *C@rtoSanté*, décembre 2017. Disponible sur : <https://cartosante.atlasante.fr> [consulté le 29 août 2019]

Commissariat général à l'égalité des territoires, *Observatoire des territoires*. Disponible sur : <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/outils/cartographie-interactive> [consulté le 29 août 2019]

Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Cartographie des masseurs-kinésithérapeutes*, avril 2017. Disponible sur <http://cartographie.ordremk.fr/geoconcept-web/easy/public/portal/cnomk> [consulté le 29 août 2019]

Institut d'aménagement et d'urbanisme de la Région parisienne, *Cartoviz*. Disponible sur : <https://cartoviz.iau-idf.fr> [consulté le 29 août 2019]

Institut national de la statistique et des études économiques, *Statistiques locales*. Disponible sur : <https://statistiques-locales.insee.fr> [consulté le 29 août 2019]



**[www.urps-kine-idf.com](http://www.urps-kine-idf.com)**

Tél. 09 52 00 34 59 - [contact@urps-mk-idf.org](mailto:contact@urps-mk-idf.org) - Suivez-nous   