



Union Régionale des Professionnels de Santé regroupant les
Masseurs-Kinésithérapeutes libéraux d'Occitanie
(URPS MK Occitanie)

**Les effets du zonage en Occitanie : études menées auprès de
masseurs-kinésithérapeutes et de patients**

Ce document constitue la réponse de *Moving Beyond Research* à la demande que lui a adressée l'Union Régionale des Professionnels de Santé Occitanie- Masseurs-kinésithérapeutes en avril 2020.

La commande d'étude telle que formulée par l'URPS-MK Occitanie repose sur le besoin de pouvoir nourrir les réflexions sur une meilleure répartition de l'offre de soins eu égard aux besoins de la population en Occitanie, tant du point de vue des professionnels de santé que des patients. Cette étude repose sur le besoin d'évaluer la nécessité d'une demande ou non de révision anticipée du zonage en Occitanie.

Elle vise à compléter une étude quantitative, déjà réalisée fin 2019, à partir des données de C@rtosanté pour la région Occitanie.

De manière préliminaire, nous avons proposé à 270 kinésithérapeutes de répondre à notre questionnaire afin d'affiner le guide d'entretien semi-directif et étayer ainsi leur ressenti dans leur quotidien. Nous avons traité ces 270 réponses à ce questionnaire et mené deux études qualitatives par la suite.

La première étude qualitative s'intéresse en profondeur à la perception du zonage par le masseur kinésithérapeute et ses effets perceptuels sur le terrain, en Occitanie.

En parallèle, une deuxième étude qualitative sur le ressenti de l'accès aux soins de kinésithérapeutes par les patients de notre région, dans les différentes zones, a tenté de mettre en évidence une corrélation entre le zonage (dans l'ensemble des bassins) et l'accès aux soins particulièrement chez les malades chroniques et l'aigu post opératoire et post traumatique immédiat.

Contact :
Marlène Barreda
Docteur en Sciences de Gestion de l'Université de Montpellier
marlene.barreda@umontpellier.fr

I) INTRODUCTION

Ce document a pour objectif de faire le point sur l'état actuel de la recherche en management de la santé et notamment autour de la question de l'accès aux soins des patients et de l'impact de nouvelles lois dans le quotidien des professionnels de santé, notamment des masseurs-kinésithérapeutes.

Dans un contexte de pénurie chronique et structurelle des ressources financières et humaines spécialisées, d'accroissement du nombre de personnes âgées ou atteintes de maladies chroniques, de cloisonnement du système de santé, les pouvoirs publics ont engagé différentes initiatives gouvernementales. En Europe, et plus particulièrement en Grande-Bretagne, l'introduction des réformes du New Public Management a été plus rapide, brutale et contraignante qu'ailleurs (Allsop 2006 ; Dent 2003). La littérature montre à cet égard que ces réformes sont analysées par les professionnels du domaine de la santé comme des attaques sur leurs valeurs (Dent 2003 ; Scott, 2008). Des dynamiques comparables ont été également observées dans des contextes nationaux variés, en Allemagne (Kuhlmann et al., 2009), aux Pays-Bas (Oomkens, 2010), au Danemark (Kirkpatrick et al., 2009) ou en Suède (Blomgren, 2003). Ces travaux analysent les effets des réformes et les réponses des professionnels de santé dont certains diagnostiquent la montée en puissance des logiques privées comme un déclin de la domination professionnelle (Scott et al., 2000).

En France, depuis les années 2000, l'introduction de réformes ont été lentement élaborées et diffusées et se sont cristallisées à travers la loi HPST (Hôpital, Patient, Santé, Territoire). Toutefois depuis quelques années, les réformes s'accélérent. A l'étranger, comme en France, au vu des résultats peu étudiés sur l'introduction du zonage dans le milieu du soin, la poursuite de travaux est nécessaire car la réalité semble plus complexe. Nous tentons ainsi d'éclairer ce concept en nous focalisant sur le secteur des kinésithérapeutes.

Ce papier retrace la consolidation récente de la notion de zonage au sein de la région Occitanie, après des attermoissements administratifs liés à des recours en Conseil d'Etat, qui ont retardé sa mise en application depuis 2012.

Dans le cadre de cette étude, nous tentons de mettre en avant les évolutions concernant le rôle et la place des kinésithérapeutes dans le schéma sanitaire promu, prendre en compte les évolutions réglementaires (zonage) et leurs impacts sur le quotidien des kinésithérapeutes. Ce travail permet d'identifier des stratégies pour organiser une meilleure répartition de l'accès aux soins, pour fournir une prise en charge de qualité et réduire la survenue d'évènement indésirable pour les patients.

C'est dans cette perspective que notre étude se base.

II) REVUE DE LA LITTÉRATURE

« Le système de santé demain, c'est un réseau de soins de proximité, dont font partie tous les professionnels de santé d'un territoire, quel que soit leur statut, et qui garantit à la population l'accès permanent à des soins programmés ou non programmés. Les soignants de ce réseau pourront être des hospitaliers, des libéraux, des médecins, des infirmiers, des sages-femmes, des pharmaciens, ce qui importe, c'est que chacun, à sa place avec son expertise, sa compétence, puisse intervenir au bon moment, de manière coordonnée avec ses collègues et en équipe » Discours du Président de la République sur la transformation du système de santé "Prendre soin de chacun", 18 septembre 2018.

Les orientations de ce discours traduites dans les axes du projet de loi « Ma Santé 2022 » soulignent l'enjeu central de l'accès aux soins et de la coordination. Pourtant, les différentes lois qui se sont succédées ces dernières années ont principalement visé à améliorer l'efficacité et l'efficience des prises en charge et accompagnements aux différents niveaux du système de santé en promouvant de nouvelles formes ou de nouveaux dispositifs de coordination. Le virage ambulatoire, le raccourcissement des séjours au travers de la RAAC (Récupération Améliorée Après Chirurgie), du programme PRADO BPCO (Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive) en sont des illustrations.

Pour cette dernière, les kinésithérapeutes libéraux sont en première ligne pour accompagner le retour à domicile des patients hospitalisés. L'analyse de la littérature souligne que le taux de survie après une

première hospitalisation pour exacerbation de BPCO est que de 80% à 1 an et 50% à 5 ans. Selon les données de l'assurance maladie, le taux de ré-hospitalisation est de 43% dans les 3 mois (HAS – Guide du parcours des soins BPCO – Juin 2014), causée dans 95% par une nouvelle exacerbation. Des programmes de prise en charge structurés ont réduit de 33% le nombre de ré hospitalisations. L'impact socio-économique du Prado semble évident.

Les ordonnances de 1996 portent la nécessité d'une coordination renforcée et l'abordent sous l'angle du parcours patient en formalisant les réseaux de soin entre établissements de santé, médecine de ville et secteur médico-social. Les réformes récentes continuent de s'appuyer sur ces deux formes de coordination par l'offre d'une part, et autour du parcours patient d'autre part. En dépit de ces efforts, l'articulation entre les différentes parties prenantes ne donne pas entière satisfaction tant du point de vue des professionnels de santé que des patients.

En France, de nombreuses réformes ont été lancées pour améliorer l'accès aux soins des patients et pallier les nombreux clivages dont souffre le système de santé. Le territoire devient alors central en matière de politiques sociales, en vue de promouvoir la santé et de réduire les inégalités dans l'accès aux soins, pour l'ensemble des citoyens (Courie-Lemur, 2018). Toutefois, progressivement, la multiplication des dispositifs est devenue source de complexité pour les patients et pour les kinésithérapeutes.

Le plan de transformation du système de santé français, « Ma Santé 2022 », vient compléter la dynamique enclenchée, à travers la promulgation d'une nouvelle génération de dispositifs de coordination et des mesures visant principalement à replacer le patient au cœur de son parcours de santé et à lutter contre les déserts médicaux.

En 2017, le monde des masseurs-kinésithérapeutes libéraux voit l'introduction de nouvelles mesures. L'avenant 5 à la convention nationale s'inscrit dans la même logique de coordination de l'offre. Cet avenant vient réinstaurer (après l'annulation administrative du conventionnement sélectif inscrit dans l'Avenant 3) aux Masseurs-Kinésithérapeutes des conditions spécifiques d'accès au conventionnement dans les zones sur-denses, ainsi que des aides financières pour les praticiens des zones sous denses. Ces dispositions ont été complétées par l'avenant 6 à la convention nationale, signé le 14 mai 2019. Ces dernières entrent dans le cadre des mesures de rééquilibrage de l'offre de soins de masso-kinésithérapie sur le territoire. Ainsi, un zonage est apparu dont le but premier est la poursuite de la réduction progressive des inégalités territoriales de santé qui demeurent. Les zones établies par le Ministère de la santé s'imposent également aux professionnels dans le but de faciliter l'accès aux soins. Le zonage a été élaboré en prenant en compte de multiples critères tels que les besoins de soins en fonction de l'âge des habitants, le volume d'activité des masseurs-kinésithérapeutes libéraux (ainsi que leur âge, pour prendre en compte le manque de masseurs-kinésithérapeutes, et anticiper les départs à la retraite).

La régulation démographique est donc un phénomène national qui touche toutes les professions de santé et dont la mise en œuvre est dévolue aux Agences Régionales de Santé avec une minime adaptation régionale possible, en concertation avec les URPS de chaque profession concernée.

Dans la littérature internationale comme en France, le constat est le même : avec le vieillissement de la population, les organisations de santé sont de plus en plus confrontées au défi des maladies chroniques : maladies cardio-vasculaires, cancer, affections respiratoires chroniques (Bronchopneumopathie chronique obstructive), sida, diabète, obésité, affections psychiatriques. Les maladies chroniques sont qualifiées d'enjeu majeur de santé publique par l'Organisation Mondiale de la Santé - OMS (Levesque et al., 2009 ; Brunn & Chevreur, 2013) ; elles constituent la première cause de mortalité au monde (70% des décès selon le rapport 2017 de l'OMS) et représentent environ 61% des dépenses de l'assurance maladie en France (Haute Autorité de Santé, rapport de Mars 2014).

Un certain nombre d'acteurs est mobilisé autour de la personne atteinte d'une maladie chronique, amenée à consommer des soins tout au long de sa vie. Or, la prise en charge inefficace du parcours de soins des personnes âgées dépendantes, par exemple, serait à l'origine, selon le HCAAM (Haut Conseil pour l'Avenir Assurance Maladie), d'hospitalisations inutiles, déstabilisantes pour les patients et synonymes de surcoûts estimés à plusieurs milliards d'euros pour les seules dépenses hospitalières (Haute Autorité de Santé, rapport de Mars 2014). Les acteurs de la santé (Minvielle et al., 2008), mais aussi du médico-social et du social, intègrent dans leurs pratiques ou réflexions la valeur pour le patient

(survie, autonomie, qualité de vie), même si le concept de valeur est par nature ambigu (Porter, 2010). Le parcours de soins (ou de santé) constitue un objet intermédiaire (plus ou moins visible), mobilisable par les multiples parties prenantes (y compris le patient) pour repenser les modes de coordination, favoriser une approche plus transversale et optimiser la relation coûts/valeur ou coûts/résultats de soins (Porter et al., 2016). En d'autres termes, un changement de paradigme se produit dans les soins de santé. De nombreuses organisations de soins de santé adoptent des soins de santé fondés sur la valeur (Porter, 2008, 2009), une approche qui vise à obtenir les meilleurs résultats possibles pour la santé au moindre coût. (Porter et Teisberg, 2007). Selon le cadre présenté par Porter et al. (2016), la clé pour déterminer la « valeur » est de mesurer les résultats qui comptent le plus pour les patients.

Ainsi, notre étude s'appuie sur une étude qualitative et se base sur le besoin de soins selon les points de vue de certains patients (personnes âgées, maladie chronique, précarité, post opératoire en ville et zone rurale...). Cette étude propose une analyse des politiques conduites en matière de répartition de l'offre de soins et vise à explorer les freins et les leviers possibles pour impulser ou renforcer une logique d'amélioration de la création de valeur pour l'ensemble des parties prenantes (patients, professionnels, organisations, système de santé). Ce travail a pour ambition de fournir aux organisations concernées un outil susceptible de contribuer à la compréhension de la transition des systèmes de santé au travers de nouvelles réformes. Il tente de développer une vision libérale de ce système et d'adapter le zonage à l'offre locale de kinésithérapeutes.

À partir d'entretiens réalisés sur plusieurs kinésithérapeutes et patients d'une même région de France, les impacts de la mise en place de ce dispositif sont ensuite mis en évidence. Enfin, ce papier souligne notamment le rôle clé joué par cette réforme sur le fonctionnement des kinésithérapeutes et sur l'accès aux soins des usagers.

III) LA METHODOLOGIE EMPLOYEE POUR LES ETUDES

Dans cette partie, nous proposons dans un premier temps le mode de recueil des données puis, dans un second temps, le mode de traitement utilisé pour notre recherche. Nous avons mené deux études qualitatives auprès de kinésithérapeutes et de patients. L'échantillon a été constitué sur la base d'un tirage au sort permettant d'assurer la représentativité des différentes catégories d'acteurs. Dans un premier temps, 270 réponses à notre questionnaire ont été traités. Ce traitement a fait émerger un premier sous-groupe de la population ciblée qui a été interrogé au travers d'entretien semi-directif. Les entretiens ont été réalisés par téléphone auprès de l'échantillon sélectionné. L'objectif de cette étude est d'identifier les besoins, les obstacles organisationnels, mais aussi de comprendre si ces derniers sont susceptibles de varier selon la zone géographique dans laquelle se trouve les patients que nous aurons ciblé. Ces entretiens ont pour objectif de comprendre la démarche de soin et d'avoir un regard sur les besoins des patients.

La grille d'entretien est co-élaborée avec la commission démographique de l'URPS MK Occitanie.

➤ Approche méthodologique préconisée : deux études qualitatives

Nous avons ainsi choisi de réaliser une étude qualitative afin d'appréhender la complexité de la réalité du cas. Le choix d'une étude qualitative se justifie pour plusieurs raisons : d'une part, celle-ci facilite la compréhension détaillée d'un phénomène grâce à une étude approfondie et riche (Yin, 2009), et d'autre part elle permet de dépasser les a priori et d'accéder à diverses réalités directement collectées à partir du terrain (Thiétart *et al.*, 2007). De manière générale, les données qualitatives « *permettent des descriptions et des explications riches et solidement fondées de processus ancrés dans un contexte local* » (Miles et Huberman, 2003). Les méthodes qualitatives sont jugées plus efficaces pour des études à visée exploratoire (Thiétart, 2014), notamment du fait qu'elles permettent la mise en lumière de certains aspects méconnus ou ignorés sur le sujet investigué. Cette étude nous permettra ainsi d'explorer le phénomène selon des aspects auxquels « *le chercheur n'aurait pas pensé spontanément lui-même* » (Quivy et Van Campenhoudt, 2006), ainsi que d'amener des précisions sur la problématique de recherche. En management, l'exploration « *consiste à découvrir ou approfondir une structure ou un*

fonctionnement pour servir deux objectifs : la recherche de l'explication et la recherche d'une compréhension » (Thiéart et al., 2007).

Notre travail de recherche va consister en une étude de cas multiple. L'objectif de cette méthodologie permet de voir le cas en relation avec son « contexte historique, économique, technologique, social et culturel » (Eriksson et Kovalainen, 2008, p. 115).

La variété des protocoles possibles d'étude de cas pour améliorer la validité interne et la fiabilité et donc la richesse de l'analyse, nous conduit à choisir ce type d'approche qualitative. L'objectif n'est pas d'avoir des résultats standardisés et généralisés, mais plutôt de parvenir à la compréhension et à l'interprétation de la réalité (Creswell, 2003). Ces approches reposent en outre sur « *des études de cas, dans lesquelles le chercheur explore en profondeur un événement, une activité, un processus ou une ou plusieurs personnes* » (Creswell, 2003, pp14-5).

Avant de cibler notre choix sur l'étude qualitative, nous avons eu l'occasion d'assister à une réunion sur le thème du zonage, nous permettant d'identifier les informations données et nécessaires pour appréhender les besoins (période d'observation non participante).

Pour collecter ces données, nous avons mixé les collectes de données :

- (1) des entretiens semi-directifs auprès de professionnels de santé impactés par les nouvelles réglementations

Nous souhaitons mettre en lumière les interactions des soignants et des patients, susceptibles d'être porteurs d'opinions différentes.

- (2) des entretiens semi-directifs de patients dans les départements de l'Occitanie. Nous nous attacherons à prendre en compte différents points de vue : les patients chroniques, des personnes âgées...

➤ **La collecte des données : la constitution de l'échantillon et du guide d'entretien**

Dans un premier temps, afin de cibler les perceptions ainsi que d'autres aspects sur le zonage, nous avons constitué un échantillon large au travers d'un questionnaire. Nous avons identifié dans un premier temps des acteurs dont les réponses à notre questionnaire étaient intéressantes. Après avoir traité 270 réponses de kinésithérapeutes (questionnaire), nous avons mené (d'août à octobre 2020), 12 entretiens semi-directifs auprès de kinésithérapeutes touchés par la nouvelle réglementation du zonage.

Nous avons en premier lieu contacté (annexe 1) et réalisé des entretiens avec des kinésithérapeutes implantés dans les zones sur dotées, sous dotées, très dotées, très sous dotées et intermédiaire à l'aide d'un guide d'entretien (tableau 1/annexe 1 pour plus de détails), tout en gardant une certaine souplesse dans son déroulement. Nous avons fait de même pour les patients (10 entretiens semi-directifs).

Les thèmes développés pour les kinésithérapeutes portent sur une approche générale de lu zonage, son impact en interne, ses apports, ses manifestations. Cette première série de questions vise à comprendre le dispositif du zonage en Occitanie. Une autre série de questions essaie d'éclairer les apports que le zonage a en pratique dans l'activité quotidienne des kinésithérapeutes. La sélection des personnes à interroger dans l'organisation s'est fondée sur deux critères : le premier était leur lien avec le zonage ; le deuxième était de couvrir une multitude d'individus afin de saisir dans sa globalité ce dispositif, et plus précisément de comprendre comment ce nouvel outil pouvait impacter leur activité. Pour affiner notre compréhension de ce dispositif, nous nous sommes rapprochés d'acteurs (en fonction des différentes zones) et assisté à une réunion présentant les avancées du zonage.

Tableau 1 : Présentation des enquêtés (fonctions des répondants, statuts, département des établissements pour l'année 2020, classification zonage)

Répondant	Statut	Département	Zone				
			Très sous dotée	Sous dotée	Intermédiaire	Sur dotée	Très dotée
N1	Associé/Titulaire (A/T)	46	X				
N9	A/T	48	X				
N12	A/T	34		X			
N11	Salarié hôpital	34		X			
N10	Libéral	31			X		
N7	Mixte	66			X		
N4	A/T	31				X	
N2	A/T	31				X	
N8	A/T	34				X	
N3	A/T	82					X
N5	A/T	66					X
N6	Collaborateur libéral	31				X	

L'objectif de notre travail étant de comprendre les effets du zonage au niveau intra-organisationnel. Dans le cadre de notre étude exploratoire, nous avons donc utilisé « *une des méthodes qualitatives les plus utilisées en sciences de gestion* » (Roussel et Wacheux, 2005) : nous avons choisi comme outil l'entretien individuel semi-directif (Gavard-Perret et al., 2008). Mené à l'aide d'un guide d'entretien, il favorise la flexibilité des échanges, l'adaptation au répondant, permet de laisser les répondants s'exprimer sur les sujets qu'ils souhaitent (Silverman, 2013), élargit donc les pistes de réflexion (Baumard et al., 2003) et permet facilement comparer les réponses de chacun des répondants. Cet outil donne l'opportunité aux répondants de donner de nombreuses informations (Thiétart et al. 2007) en l'influençant très peu (Roussel et Wacheux, 2005), tout en pouvant structurer la discussion autour de nos thématiques (Nils et Rimé 2003).

La prise de rendez-vous s'est effectuée par mail en indiquant que nous étions chercheurs en Sciences de Gestion. Nous avons contacté ainsi près de 20 kinésithérapeutes. Seuls 14 kinésithérapeutes ont répondu à notre sollicitation par voie électronique. Par la suite, nous avons procédé à une série de 12 entretiens semi-directifs entre les mois de d'août et octobre 2020 en suivant un guide d'entretien (annexe 1 pour le guide complet). Nous avons procédé à des entretiens téléphoniques.

En préambule à l'entretien, nous demandions l'autorisation d'enregistrer la conversation à l'aide d'un dictaphone. Nous assurons également l'anonymat de la conversation afin de laisser les répondants libres de s'exprimer. Les interviews ont eu une durée comprise entre 10 minutes et 1h30.

Dans le cadre de cette étude, nous estimions avoir interrogé suffisamment de personnes lorsque le contenu des entretiens nouveaux n'apportait rien de nouveau par rapport aux précédents (seuil de saturation). Nous avons ainsi jugé peu utile de continuer notre collecte de données.

En partant du constat que la connaissance autour des questionnements liés au zonage est produite à l'interface entre les patients et le milieu professionnel, nous avons décidé de solliciter des personnes représentant ces deux sphères aux logiques propres. Des entretiens ont été menés également avec des patients.

Au sein des patients, il paraissait important de rencontrer des profils variés. Nous avons tenté d'interroger des personnes ayant une bonne connaissance des effets du zonage, ayant des pathologies différentes et vivant dans différentes villes d'Occitanie. Deux patients par zone (10 au total) ont été

interrogés. Une liste de patients (consentants et informés par notre demande) nous a été fournis par les kinésithérapeutes interrogés.

➤ **Le traitement des données**

▪ **La mise en œuvre de la technique qualitative : une analyse de contenu manuelle**

L'analyse des données s'est effectuée en plusieurs étapes. Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits dans leur intégralité de manière exhaustive. Cette étape nous a permis de nous immerger dans le contenu de ces entretiens. La retranscription des entretiens s'est toujours effectuée dans un délai très court après le déroulement de l'entretien.

Suite à l'étape de retranscription, pour traiter les données collectées, nous avons procédé à une analyse de contenu (Bardin, 2013), dans le but de l'analyse de contenu est de fournir des connaissances et de la compréhension au phénomène étudié (Downe-Wamboldt, 1992, p. 314). Il s'agit d'« *un ensemble de techniques d'analyse des communications visant, par des procédures systématiques et objectives de description du contenu des messages, à obtenir des indicateurs (quantitatifs ou non) permettant l'inférence de connaissances relatives aux conditions de production/réception (variables inférées) de ces messages* » (Bardin, 2003). L'analyse de contenu consiste ainsi à identifier non la fréquence, mais la présence de thèmes dans chaque entretien (Bardin, 2007).

L'analyse de contenu peut s'effectuer de deux façons : il est possible de réaliser une analyse manuelle ou une analyse automatisée des données (Gavard-Perret et Helme-Guizon, 2008).

L'analyse de contenu manuelle a été choisie puisque l'étude « papier-crayon » demeure la méthode conseillée pour analyser un phénomène complexe, et faire émerger du sens (Capdevielle-Mougnibas, 2009). L'analyse de contenu nous permet de donner une explication aux comportements des répondants.

▪ **Le découpage du corpus**

Le codage du corpus a été réalisé lorsque tous les entretiens ont été retranscrits de manière exhaustive. Selon Bardin (1977), il existe trois grandes phases de l'analyse de contenu :

- La pré-analyse qui représente « l'étape préliminaire d'intuition et d'organisation pour opérationnaliser et systématiser les idées de départ afin d'aboutir à un schéma ou à un plan d'analyse » (Wanlin, 2007, p.250). Durant cette phase, nous avons effectué une lecture de toutes les données plusieurs fois pour obtenir une immersion de la totalité du matériau (Ayache et Dumez, 2011, p.35). Cette phase nous permet également d'obtenir une vision d'ensemble de notre terrain et d'établir des règles de codage.

- L'exploitation des données qui « consiste essentiellement en opération de codage, décompte ou énumération » (Bardin, 1977, p.132). Le codage des différentes retranscriptions consiste « à découper le contenu d'un discours ou d'un texte en unités d'analyse (mots, phrases, thèmes...) et à les intégrer au sein de catégories sélectionnées en fonction de l'objet de recherche. » (Blanc et al., 2014, p. 555).

- L'interprétation qui a pour but d'obtenir des résultats significatifs. Bardin (2013) distingue deux types d'analyse : analyse lexicale ou thématique. Dans notre travail, nous n'avons pas souhaité nous s'attacher à analyser la fréquence d'apparition des mots, même si l'analyse lexicale présente des avantages en termes de fiabilité, comparabilité et stabilité des résultats obtenus (Morris, 1994).

Pour analyser nos données, nous avons donc opté pour une analyse thématique (Paillé et Mucchielli, 2012) afin d'apprécier l'importance et la valeur des thèmes présents dans le corpus. Pour Paillé et Mucchielli (2012) : « *L'analyse thématique consiste (...) à procéder systématiquement au repérage, au regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus, qu'il s'agisse d'une transcription d'entretiens, d'un document organisationnel ou de notes d'observation* » (p.232). Cette démarche permet d'identifier les thèmes en lien avec notre question de recherche. Pour Paillé et Mucchielli (2012), un « thème » est défini comme un « *ensemble de mots permettant de cerner ce qui est abordé dans l'extrait du corpus correspondant, tout en fournissant des indications sur la teneur des propos* » (p.242).

Nous avons ainsi réalisé un découpage thématique du contenu des entretiens où des unités d'analyses ont émergé. Selon Weber (1990), six unités d'analyse peuvent être retenues : le mot ou le groupe de mots, la phrase ou le thème qui représente « une unité de texte « *ne comportant pas plus d'un de chacun des éléments suivants* » (Weber, 1990, p.122) : l'observateur ; l'observé ou acteur ; l'action ; la cible de l'action. Les deux dernières unités d'analyse sont le paragraphe ou le texte intégral.

Concernant notre recherche, nous avons retenu les phrases, les morceaux de phrases ainsi que les paragraphes. Les mots sont trop limitants et peuvent tronquer notre analyse. Ces unités vont représenter des codes permettant de lier les éléments similaires ou opposés. « *Les codes sont des étiquettes qui désignent les unités de signification pour l'information descriptive ou inférentielle compilée au cours d'une étude* » (Miles et Huberman, 2003, p.112). Toutefois, il incombe au chercheur de déterminer la façon dont les codes vont naître, on parle ainsi de catégorisation.

Dans un deuxième temps, nous avons placé ces codes dans des catégories, puis classé en groupes (Patton, 2002) (annexe 3). Selon Thiétart (2014), une catégorie représente un groupement d'unités d'analyses (découpage du corpus) qui sont supposées avoir des significations similaires. Elle peut s'exprimer sous la forme d'un concept, ou sous la forme de thèmes plus vastes, d'un mot par exemple. Durant la phase de notre analyse, nous avons attribué des thèmes à notre corpus (thèmes intuitifs), puis nous avons effectué un regroupement plus large. Une deuxième étape a consisté à comparer les thèmes pour faire émerger une liste de thèmes représentant tous les thèmes identifiés dans le traitement des données. Notre approche est continue puisque nous avons thématisé notre corpus au fur et à mesure du traitement des données.

Pour le traitement, dans l'étude, nous avons parcouru les retranscriptions de manière horizontale (Gavard-Perret *et al.*, 2012), crayon en main, tenant de mettre en lumière les thèmes émergents d'un entretien à un autre, par un code couleur. Les codes étaient inscrits dans la marge du document. Nous avons eu recours au support de word pour classer les thèmes récurrents.

Afin de traiter les données recueillies, il nous a semblé pertinent d'utiliser une analyse de contenu manuelle (Fenneteau, 2002) (contrairement à la tendance actuelle) pour se retrouver immergé dans les données recueillies et contextualiser ainsi plus facilement les données collectées. Lorsque l'on a peu de données, le recours aux logiciels peut en effet être évité (Wanlin, 2007)

En résumé, le traitement des données s'est effectué sur la base d'une analyse de contenu manuelle. L'analyse de contenu consiste à identifier non la fréquence mais la présence de thèmes dans chaque entretien (Bardin, 2007).

IV) RESULTATS

Le premier volet qualitatif s'intéresse à la perception du zonage par le masseur kinésithérapeute. Pour rappel, le zonage est rendu obligatoire par l'arrêté ARS Occitanie du 18 février 2019.

Ainsi, le cas de la France constitue un terrain d'étude privilégié puisque l'obligation de mettre en place un système de zonage est relativement récente et nous permet ainsi d'observer les effets de son introduction.

▪ Une surcharge de travail conduisant à un épuisement professionnel

Dans le domaine de la santé, des recherches (Liou et Cheng, 2010) montrent que le climat organisationnel dans lequel évolue les infirmières joue un rôle dans leur engagement envers leurs organisations. C'est un facteur important qui peut mener à la satisfaction ou non-satisfaction des infirmières et affecter leur intention de quitter leur emploi.

De plus, le climat organisationnel perçu par le personnel soignant tend à influencer le bien-être des infirmières, y compris les problèmes de santé au travail (Gershon *et al.*, 2007). Selon Giorgi *et al.* (2016), le climat pourrait être associé à l'épuisement professionnel chez les infirmières et menés à problèmes physiologiques (fatigue, douleur) et psychologiques (concentration, anxiété et dépression).

Il en est de même avec les kinésithérapeutes. On note un épuisement professionnel dû à l'augmentation des heures de travail pour faire face à la demande en soins. Ce kinésithérapeute en zone sur dotée est confronté à une pression pour prendre en charge ses patients.

« On avait la pression des patients qui nous appelaient et dont on ne pouvait pas prendre en charge. J'ai dû augmenter mes heures de travail, et aujourd'hui je suis en état d'épuisement professionnel. Le zonage c'est une goutte d'eau, on est en zone sur dotée et tous les jours on refuse des patients, on a 15 jours d'attente même quand on était 3 kinés. Ceux qui ne veulent pas faire de profit, et bien faire leur travail, vont finir pendus à une corde ou ils changeront de métier ». (N2 zone sur dotée)

Ce même répondant a songé à se déconventionner pour ne pas être soumis aux règles des institutions dont celle du zonage :

« Si je n'avais pas deux enfants à ma charge, je serais tentée de me déconventionner pour ne pas être soumise aux règles de la sécu, ni au zonage, mais je ne serai plus remboursée donc les patients j'en aurai moins, je pourrai pratiquer mes tarifs et surtout arrêter de recevoir tous les ans des lois qui arrivent d'en haut » (N2 zone sur dotée)

Un autre répondant nous indique également son souhait de se tourner vers le salariat pour éviter l'épuisement professionnel.

« C'est une réelle frustration on est bloqués dans les projets qu'on peut faire, je suis écoeurée, je suis à la limite d'aller en salariat, ça m'a coupé, ce zonage c'est pour nous faire mourir à petit feu, on ne peut pas entreprendre dans notre cabinet, même les demandes de dérogation, avec ma spécialité pédiatrique, je ne peux pas prendre un jeune que je peux former, je dois prendre une personne formée, qui ait travaillé depuis plus 3 ans et justifie avoir le diplôme de pédiatrie » (N8 zone sur dotée).

Le sentiment d'isolement peut être lié à une difficulté d'identifier les organisations professionnelles compétentes et de dégager du temps pour les contacter.

« On a un conventionnement par rapport à une personne mais pas forcément par rapport aux besoins du cabinet. Je trouve ça en décalage, on est en difficulté dans la prise en charge, dans l'afflux de patients et on ne peut pas justifier la difficulté du cabinet et les spécialités du cabinet, on justifie la personne qui demande le conventionnement, c'est décalé, C'est frustrant. On se sent seuls, isolés et on se débrouille. Pour trouver quelqu'un, on ne peut pas s'agrandir, on ne peut pas absorber les patients ». (N8 zone sur dotée).

▪ **Imprégnation de tâches/ logique administrative dans les fonctions du kinésithérapeute**

Durant cet entretien, nous avons pu voir qu'il existait de fortes résistances de la part de kinésithérapeutes sur la diminution du temps de prise en charge. Ce comportement favorise le maintien de leur identité médico-kiné. Malgré quelques exemples relativement rares, nous mettons en évidence que les kinésithérapeutes conservent la qualité de leur prise en charge malgré les modifications apportées par le zonage et la charge de travail administratif. Ainsi, malgré l'intensité de la charge de travail et l'ambiguïté du rôle kinésithérapeutes/gestionnaire, ce répondant n'a pas modifié pour autant ses pratiques de soins.

« On ne diminue pas la durée des soins pour absorber plus de patients, on a des gens en colère car on les refuse, on n'augmente pas nos honoraires donc on est encore plus aigries. Plus le travail administratif par-dessus, les DAP, du travail qui n'est pas payé. Les bureaucrates ont le pouvoir sur nous. De la manière dont on est traités, je suis aigrie oui. Et le zonage c'est la goutte d'eau. Je suis à saturation, plus le rôle de confesseur de la profession médicale ». (N2 sur dotée)

Bien que la plupart des études soulignent que l'activité gestionnaire est considérée comme une perte de temps, temps non consacré aux patients (Domin, 2006, p. 28), et révèlent une résistance à l'appropriation des outils administratifs, on peut observer un phénomène d'hybridation de la profession médicale. Le terme "hybridation" est utilisé pour définir la fin du processus par lequel les compétences traditionnelles des professionnels de santé ont été complétées par de nouvelles techniques souvent destinées aux gestionnaires (Kurunmäki, 2004). Ainsi, nous souhaitons mettre en avant l'importance pour les kinésithérapeutes d'acquérir et de développer des compétences administratives afin de gérer leur structure. Cela questionne le besoin de formation initiale et continue en gestion administrative et

conventionnelle des professionnels depuis la réforme de la formation initiale. Ces formations sont prévues et intégrées dans le cursus mais font peut-être défaut dans la formation continue.

▪ **Incompréhension dans la mise en place du zonage**

Ces répondants en zone sur dotée semblent étonnés de la pertinence de mise en place du zonage. Dans leur cas, des nouvelles structures voient la jour sans restriction apparente. Ainsi, ils indiquent que l'efficacité du zonage et la répartition des installations restent approximatives.

« Alors le zonage n'a pas été vraiment très efficace dans le secteur, il y a un autre cabinet qui s'est installé à 4 kms, un autre cabinet qui s'installe à 2 kms à l'automne et personne ne manifeste quoi que ce soit comme restriction sur l'installation » (...) « Il faudrait que ça soit un peu mieux réparti parce que là on va être 3 cabinets, sur 3 villages consécutifs, alors qu'on est une communauté de 9 villages et il y a 3 villages cote à cote qui sont pris alors qu'il y a des villages plus loin qui ne sont pas occupés, ce n'est pas très logique comme répartition ». (N3 zone très dotée)

Un des atouts du zonage réside dans la limitation de nouvelles installations et ainsi dans la protection des installations déjà implantées sur un territoire. Cependant, au sein d'un même bassin de vie, les professionnels peuvent librement transférer leur adresse. La demande exprimée par ces kinésithérapeutes irait donc vers un durcissement du zonage par l'ajout d'un système de répartition à l'intérieur d'un même bassin de vie.

« moi je n'ai pas l'impression qu'on soit en zone sur dotée. Je suis mécontente car il y a un cabinet proche de Toulouse, ce cabinet est venu par chez nous, on était 4 cabinets et on se retrouve à 5 sur notre zone. Donc le zonage ne nous protège pas. On se retrouve trop nombreux sur un même secteur ». (N4 zone sur dotée)

Un répondant en zone sous dotée nous a révélé qu'il percevait le zonage comme un avantage, un moyen donnant satisfaction pour la qualité de vie.

« Le zonage ça a permis de réguler les installations un peu intempestives, on n'a pas ressenti sur le plan libéral. On est en zone sous dotée, on n'est pas embêté par ça, sur notre secteur c'est un avantage le zonage, sur les zones sur dotées nos confrères ne peuvent pas partir en vacances, trouver des remplaçants, prendre des assistants pour avoir moins de travail ». (N12 zone sous dotée)

Un autre kinésithérapeute souligne que *« les aides financières d'installations en zone sous dotée et très sous dotée pour le praticien peuvent aider à renforcer l'accès aux soins des patients en campagne » (N1 zone très sous dotée)*

▪ **Surconsommations des soins**

Lors de notre entretien avec ce kinésithérapeute en zone sur dotée, un point important est apparu : il note que le surnombre de kinésithérapeutes (excès de concurrence) crée une tendance à la surconsommation du soin pour des raisons de politiques locales. En outre, il est à souligner que les kinésithérapeutes n'échappent pas à l'internalisation de pressions externes subies et l'intègrent dans leur quotidien.

« Le zonage ne rime à rien, il y a un esprit commercial qui n'est pas dans l'état d'esprit du soin. Il faut éviter trop de concurrence directe car ça fait un appel de soins, une surconsommation de soins, on le voit sur les statistiques qu'on a reçu avec la CPTS en consommation de soins de kinés, on est beaucoup plus élevé que la moyenne nationale. Les maires font pression sur les médecins pour que les cabinets de kinésithérapeutes tournent. Ça heurte leur éthique ! » (N3 zone très dotée)

▪ **Manque d'informations sur le déploiement du zonage**

Ce kinésithérapeute (zone sur dotée) met en avant la difficulté d'obtention d'informations nécessaires à l'évolution de sa structure. Le manque d'informations sur ce point contribue à modifier le fonctionnement auxquels les praticiens avaient l'habitude de se référer. L'introduction du zonage au nom de l'efficacité dans la répartition de l'offre, incite les kinésithérapeutes à accélérer et structurer le processus de recrutement.

« Le zonage on ne savait pas comment ça allait se passer, on avait une collègue qui partait à la retraite donc on s'est un peu speedés pour switcher, pour ne pas perdre le poste. Le zonage venait de passer et

personne n'était capable de nous dire si jamais notre collègue partait à la retraite fin mars, on n'avait pas si jamais on trouvait quelqu'un en septembre, est ce que entre on allait perdre le poste ou pas » (N4 zone sur dotée)

▪ **Le zonage et ses conséquences sur les exercices spécifiques**

L'objectif de se conformer aux attentes des dérogations au conventionnement sélectif prévues par le zonage devient un enjeu prédominant. Ce répondant (zone sur dotée) perçoit ce dispositif comme une atteinte à sa liberté d'exercer. Pour répondre à cet impératif et garder une liberté dans l'exercice de leur fonction, certains kinésithérapeutes accentuent leur spécialisation. Ces exercices spécifiques ont le potentiel d'offrir un panel de choix aux patients en lien avec leur pathologie. Ils amélioreront ainsi la qualité de prise en charge en zone sur dotée (accès privilégié à des expertises).

« Je travaille en libéral, et je perds mon droit d'exercer, j'ai les contraintes mais pas les avantages d'un fonctionnaire ». (N6 zone sur dotée)

« Le zonage, c'est positif pour les spécialisations, il y a une dérogation par rapport à ça, on peut s'installer ou on veut, il y a des critères à respecter ; J'ai demandé une dérogation, je suis spécialisée, ce qui m'a poussé aussi à demander cette dérogation c'est le zonage mais comme ça plus tard je pourrai m'installer où je veux ; mais ce n'est pas rentable il faut que je prenne des AMK10, avec des AMK7 c'est compliqué pour vivre » (N6 zone sur dotée)

▪ **Le renforcement du statut de collaborateur**

Il semble que les collaborateurs libéraux perçoivent une amélioration de leur statut grâce au conventionnement sélectif en zone sur dotée.

« Je trouve que le fait que le poste n'appartient pas au cabinet mais aux kinés, je trouve ça bien car la position de l'assistant est moins forte qu'un titulaire d'un cabinet. Le titulaire n'a pas le droit de nous licencier et nous dire « va travailler à 50kms » car c'est moi qui décide. Ça va établir une collaboration entre les kinés : le titulaire va devoir soigner davantage sa relation avec les collaborateurs, elle va devoir chercher une entente, et s'inquiéter pour le bien-être de ses collaborateurs, et ne pas être un tyran en disant je suis la proprio ». (N6 zone sur dotée)

Ce kinésithérapeute en zone sur dotée fait face à une situation complexe : la gestion des ressources humaines devient complexe du fait d'une double logique conventionnelle (zonage) et juridique (contrat de collaboration).

« J'avais un projet d'investissement, on devait s'agrandir grâce à l'arrivée d'une nouvelle assistante et malheureusement, je l'avais trouvé avant le zonage, et je débordais de patients, j'en avais déjà une, mais avec le zonage donc la deuxième assistante a rompu sa période d'essai deux jours avant le décret. On s'est retrouvé à devoir absorber son activité, elle s'est installée dans le bassin de vie, elle a rejoint un autre cabinet, ça a mis à mal mon projet au niveau financier, et sur l'activité, planning plein à trois à faire à deux, elle m'a planté par téléphone du jour au lendemain. Son numéro de conventionnement lui est personnel donc je n'avais pas de recours, ça a mis à mal mes projets plus le fait que l'activité explosait. (N8 zone sur dotée)

▪ **Réorganisation de l'activité et réduction du temps de soins pour faire face à l'afflux de demande**

Dans la littérature, les pratiques de soins, soumises à des contraintes de temps et un manque de soutien (Roch, et al., 2014) semblent évoluer. Des études montrent que dans les situations dans lesquelles les ressources sont limitées, une majorité d'infirmières, sous la pression du temps, abandonnent une partie du relationnel avec les patients (Kalisch et al., 2009 ; Aiken et al., 2001), et réduisent le soutien affectif apporté aux patients (Kalisch et al., 2009), dimension fondamentale pour la qualité des soins d'après Duffy (2008). D'après Kalish (2006), plusieurs raisons, dont un manque d'effectif, un faible travail d'équipe et un faible temps requis pour l'intervention, peuvent être données par le personnel infirmier pour justifier les soins manquants. L'étude de Roch et al. (2014) va dans le sens de résultats d'Aiken et al. (2001) et Kalisch et al. (2009) concernant l'abandon des infirmières sur certaines tâches de soins.

Face à une réduction du nombre d'infirmières et à une insuffisance de ressources pour fournir des soins nécessaires aux patients, un rationnement des tâches infirmières (Schubert et al., 2007) apparaît et

semble être associé à des effets négatifs sur les résultats des patients (Schubert et al., 2009). Nos résultats vont dans le sens des études conduites. Certains kinésithérapeutes se réorganisent dans leur fonctionnement pour faire face à la demande et abandonnent des exercices de leur protocole sous la pression du temps. Ils prennent des initiatives et tentent de réorganiser certains points pour faire face à l'afflux de demande. Nos résultats montrent que ce kinésithérapeute impulse l'idée d'une réorganisation dans ces pratiques puis adopte cette surcharge de travail.

« Normalement je ne travaille pas le mercredi, sur mon temps privé j'ai ouvert des créneaux pour pouvoir pallier. On s'est réorganisés sur les tournées à domicile avec ma collègue pour absorber les patients de la personne qui est partie, on finit plus tard le soir, on commence tôt le matin pour pouvoir pallier. On s'est réorganisé tout à deux, en 2019 au moment du décret, ça a été hard, je suis passée à 90 patients semaines à 120 semaine : à absorber c'est énorme ». (N8 zone sur dotée)

Ce kinésithérapeute situé en zone sur dotée fait face à un afflux de population supplémentaire et se voit refuser des patients. Cette réelle évolution démographique ne permet pas une organisation correcte des soins. Nous soulignons qu'il est conduit à repenser les modèles de soins et à redéfinir le champ d'application de ses pratiques afin de faire face aux besoins de soins. Il se montre pro-actif afin de trouver des solutions pour réduire le temps de prise en charge. Nos résultats montrent une réduction du temps de prise en charge de 30 à 20 minutes par patients. Une prise en charge qui peut être un peu accélérée afin de pouvoir terminer la rééducation de patients et répondre favorablement aux patients en attente de soins). Ce répondant détermine de nouveaux protocoles/ prises en charges pour réduire le temps avec les patients. Ce professionnel souffre de cette situation car il ressent une perte de qualité dans ses soins mais accepte les changements pour absorber la demande accrue de patients.

« Je refuse 1 à 2 patients par jour, je suis dans l'optique d'un patient par demi-heure, mais pour éviter de refuser les patients, (...) on prend des patients en doublon, ça nous rajoute du stress, de la sur-activité mais même en faisant ça on s'est vus refuser avec ma collègue, bloquer notre doctolib, on voit qu'il y a une demande mais on ne peut pas y accéder. Moi j'ai essayé de réduire le temps de prise en charge, 20 minutes au lieu de 30, mais ça reste compliqué pour prendre en charge correctement, du coup je prends deux en même temps et j'organise, dont un que je vais suivre en salle de gym puis l'autre plutôt en box, j'ai l'impression que je perds en qualité de soin car je suis dispersée entre deux patients. J'ai l'impression de ne pas faire mon travail correctement, de ne pas être réglo avec mon patient, c'est frustrant car on ne leur a pas apporté ce qu'on devait leur apporter. Par exemple, au lieu de faire un soin de massage, faire des ultrasons, de la physio et des exercices et ben je vais réduire je vais enlever un, donc sur le moment s'il y a trop de monde dans la salle de gym, je vais réduire les exercices, je vais plus faire de la physio, y'a toujours un truc que je vais faire en moins dans ma prise en charge, je vois que je n'ai pas le temps, que y'a du monde derrière ». (N8 zone sur dotée)

▪ **Non réduction du temps de soins mais un besoin accru en coordination souhaité**

Pour faire face à la demande en soins, ce kinésithérapeutes (en zone très sous dotée) a pour objectif de coordonner les soins entre confrères de manière à élargir leur champ d'actions et à améliorer le parcours patient (qualité de prises en charge). Durant notre entretien, nous avons remarqué que ce kinésithérapeute souhaitant travailler en coopération avec les cabinets à proximité se heurtait à des difficultés d'échanges/dialogues avec ces confrères. Ce kinésithérapeute souhaite impulser de nouvelles réflexions pouvant répondre aux attentes et aux préoccupations de certains patients.

« Le zonage, ça s'est manifesté par un débordement de demande bien sûr, de grosses difficultés de cibler, de prioriser j'ai envie de dire, les soins à accorder et deuxième point important c'est de recourir à un travail conjoint avec mes collaborateurs en place, malheureusement je ne parviens pas à créer encore quelque chose de solidaire de manière à pouvoir couvrir les besoins de manière plus soutenue. J'ai l'impression d'être seul au monde dans ma pratique, dans le zonage que je connais à savoir Lozère Gard. Le zonage nécessitait une alliance entre profs de santé pour ne parler que de ma pratique de la kiné, malgré deux ou trois sollicitations de kinésithérapeutes déjà en place, il est absolument impossible de coordonner nos soins de manière à élargir notre champ d'actions et le rendre plus efficace. D'avoir mes confrères au tel c'était une difficulté, malgré un écrit posté, je n'ai pas eu de réponse, maintenant l'activité de la région part en... est éclatée ». (N9 zone très sous dotée)

Malgré la forte demande, ce kinésithérapeute ne réduit pas son temps de soins et préserve son activité professionnelle de changements.

« Dans ma pratique, je suis mes convictions et elles font que je n'accepte pas que le temps de soins soit réduit, c'est pourquoi je cherche une coordination de manière à pouvoir garder la qualité de soins, réduire le temps de soin c'est pour moi réduire la qualité des soins ». (N9 zone très sous dotée)

▪ **Baisse d'attractivité du territoire selon le positionnement du zonage**

Un kinésithérapeute en zone intermédiaire nous fait part de son mécontentement concernant la position de son territoire dans cette zone. D'après ce kinésithérapeute, le fait de se retrouver en zone intermédiaire n'est pas attractif pour de potentielles implantations de nouveaux cabinets. Le positionnement de cette zone en sous dotée aurait pu aider aux travers d'aides financières la venue de nouveaux praticiens. Les potentiels kinésithérapeutes cherchent en zone sous dotée pour percevoir les aides financières des institutions. Pour autant, ce kinésithérapeute maintient une durée de prise en charge identique à ses habitudes. Nous notons également que le manque de disponibilités chez les kinésithérapeutes influence les décisions prises par les médecins. Un médecin a eu tendance à prescrire moins de séances pour un patient opéré du genou afin que le kinésithérapeute puisse le prendre dans sa patientèle.

« On nous a mis en zone intermédiaire, sur un canton de 4000 habitants, et notre canton a été dissout, saucissonné, par les élus politiques (...) Donc ça veut dire que politiquement on nous met là où ça arrange et le zonage m'a contrarié car on nous a mis avec un autre village et qui n'était pas canton, pour un jeu politique. Nous on a une identité, on est quand même un pôle médical où moi j'ai 70 ans et j'essaie de partir à la retraite, j'ai trouvé 2 kinés, mais il m'en faudrait deux de plus et je ne peux pas les avoir car on m'aligne en zone intermédiaire et en zone sous dotée, la sécurité sociale donne des aides donc la si je pars on passe en zone sous dotée, mais si vous me mettez avec d'autres villages, on est en zone intermédiaire. Le problème : on ne peut pas accueillir du monde avec des aides, on a besoin de deux kinés si je pars à la retraite, on aide deux kinés à s'installer pour aider à reprendre un territoire. Je suis obligée de rester pour maintenir à flot, pour pas que les jeunes, ils se barrent. On travaille plus, il ne faut pas compter les heures. Mais on va être à saturation. Il y a le potentiel de patient, pour exemple : là j'ai reçu un opéré du genou, le chirurgien a mis 3 séances par semaine, je lui ai dit si vous étiez en centre de rééducation vous en auriez tous les jours, mais il m'a dit « le chirurgien a mis 3 fois pour être sûr que vous alliez me prendre », vous trouvez ça normal vous ? On n'existe pas, on est d'office dans une zone intermédiaire alors que dans les mois à venir on sera en zone sous cotée, là on est 3, moi et les jeunes que je porte à bout de bras. On ne peut pas recruter, mais on ne diminue pas le temps de prise en charge, on a un bon plateau technique ». (N10 zone intermédiaire)

L'objectif de cette deuxième partie est de mettre en lumière les perceptions des patients concernant leur accès aux soins de kinésithérapeutes (dans les différentes zones en Occitanie). Plus précisément, nous avons interrogé les répondants en sollicitant leurs rôles d'utilisateurs, afin de savoir si le zonage a un impact sur la qualité de leur prise en charge et sur la prise de décision dans le choix de kinésithérapeutes. L'objectif est de mettre en évidence une corrélation entre le zonage (dans l'ensemble des bassins) et l'accès aux soins particulièrement chez les malades chroniques et l'aigu post opératoire et post traumatique immédiat.

▪ **Connaissance non généralisée du zonage**

Au travers de ces verbatims, nous relevons que le zonage est connu par un répondant. Cependant une connaissance généralisée de ce dispositif n'est pas constatée. Les premiers résultats suggèrent, que le zonage parle peu aux usagers.

« le zonage oui je connais, car j'ai demandé à ma kiné comment cela se faisait que tout le monde était surbooké, elle m'a dit que c'était dû au zonage et elle m'a expliqué » (patient zone sur dotée)

La suite des verbatims pointe le manque de communication/ d'informations sur cet aspect. Les répondants n'ont pas accès à cette information. Cette nouvelle réglementation n'est pas une invitation au dialogue car très peu d'informations sont fournies. Un répondant kinésithérapeute nous indiquait que son fonctionnement n'était pas affecté par le zonage (sous très dotée).

« Mes patients ne sont pas informés de ce zonage car pour le moment cela ne se fait pas sentir dans le fonctionnement de tous les jours » (kinésithérapeute zone très dotée)

▪ **Perception des patients sur le fonctionnement actuel des cabinets**

La démarche du zonage définit les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins ainsi que les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé concernant la profession de masseur-kinésithérapeute. Le zonage est un dispositif dont la finalité est de lutter contre les inégalités d'accès aux soins et de garantir une réponse adaptée aux besoins en soins de la population sur l'ensemble du territoire. Dans cette étude, plusieurs répondants nous ont fait part de complications. Un interviewé en zone sur dotée nous soulignait la difficulté concernant la prise de rendez-vous (file d'attente, peu de temps pour le patient, manque de kinés...).

« J'ai failli changer de cabinet, y'a pas de place, vu qu'elle ne pouvait pas me prendre et que je commençais à me bloquer et de tous les cabinets il y en a qui ne m'ont jamais rappelé, d'autres qui étaient complets et qui ne pouvaient pas me prendre rapidement. Je n'ai pas l'accès aux soins dont j'aurai besoin. Il y a un manque d'effectif. Elle a mis un mois à me trouver un rendez-vous » (Patient zone sur dotée)

Le verbatim d'un kinésithérapeute va dans le même sens.

« Nous avons trop de travail, beaucoup de patient sont mécontents, car il n'y a plus de place, une liste attente et les urgences ne peuvent pas être traitées. Actuellement, il y a un mois de délai dans mon cabinet, alors que nous sommes en zone surdotée (kinésithérapeute zone sur dotée)

Une patiente atteinte de douleur chronique remonte l'information du manque de places chez sa kinésithérapeute. Elle se retrouve à devoir se faire suivre en parallèle pour garantir une bonne prise en charge de sa pathologie.

« C'est compliqué d'obtenir des rendez-vous car il y a beaucoup de patients, une bonne liste d'attente, je sais qu'il y a beaucoup de délais habituellement, j'ai cette kiné depuis longtemps donc j'ai un créneau qui m'est réservé mais si je lâchai ce créneau, je n'aurai pas de place. Normalement il faudrait que j'y aille trois fois par semaine, et 3 fois par semaine il n'y a pas la place donc je vais à cette kiné, puis j'ai pris un autre kiné beaucoup plus loin, une fois toutes les trois semaines pour compenser le manque de places. Ce n'est pas possible d'avoir trois séances par semaine, il en faudrait même 4. Il n'y a vraiment pas de places. Ma kiné habituelle est dans une maison de santé, et on a ¾ d'heures tout seul avec la kiné, c'est du luxe. Il y a des jeunes kinés qui se sont regroupés mais voilà ce n'est pas du tout la même

prise en charge, déjà au niveau de l'écoute, au niveau du soins, c'est très succinct, c'est moins manuel, c'est avec des machines, je ne ressens pas la même efficacité par rapport à ma kiné. On ne peut pas attendre la même chose avec un kiné qui prend 4, 5 patients dans un cabinet qu'une personne qui se consacre $\frac{3}{4}$ d'heures sur votre personne. Il n'y a pas assez de kinés, c'est le serpent qui se mord la queue. (patient zone intermédiaire)

Une patiente souffrant d'une névralgie cervico brachiale n'a pas pu obtenir de créneaux. Désirant garder cette kinésithérapeute compétente, elle a souhaité attendre un mois. Elle met en avant le manque d'effectif de son cabinet, le non accès aux soins dont elle aurait besoin.

« J'ai failli changer de cabinet, y'a pas de place, vu qu'elle ne pouvait pas me prendre et que je commençai à me bloquer et de tous les cabinets il y en a qui ne m'ont jamais rappelé, d'autres qui étaient complets et qui ne pouvaient pas me prendre rapidement. On galère à avoir des rdv kinés. Après il y a des cabinets où vous pouvez être pris facilement, mais il y a des frais d'honoraires, mais j'ai essayé, c'est des électrodes et voilà. Là où je vais, elles sont deux, elles étaient trois avant, elles n'ont pas de place. Une a fait un burn out. Elles sont sur bookés. Il n'en reste plus qu'une sur les trois ». (patient zone sur dotée)

D'autres patients soulignent une gêne lors de leur passage chez leur kinésithérapeute et de l'impact de l'absorption d'une surcharge de travail sur la qualité de prise en charge des patients :

« Je vais chez le kiné car j'ai une fracture de poignet, j'y vais 3 fois par semaine, ils sont surbookés, mais j'y vais dans des horaires lors de la pause de midi, ils prennent de leur temps, il y a beaucoup de travail, ils sont surbookés. Je suis gênée d'y aller entre midi et 2, ils prennent beaucoup sur leur temps, je le ressens. On les sent stressés, ils prennent le patient, ils laissent, pour s'occuper de tous les patients à la fois » (patient zone très sous dotée)

Ce répondant nous fait part de son ressenti concernant son kinésithérapeute. Il le perçoit stressé, surmené, mais garantissant la qualité des soins.

« J'ai une douleur à l'épaule, j'y vais deux fois par semaine, la réputation du kiné m'importe, et la façon de pratiquer les soins. Je voulais avoir un kiné en particulier, il a fallu que j'attende 7j avant d'avoir mes rendez-vous. Après j'ai été basculé sur un autre kiné, car il n'avait pas de place sur son planning. Je lui ai dit que je préférerais être suivi avec la même personne, donc ça s'est remis comme il faut. Je ne le sens speedé mais il prend soin du patient qu'il est entrain de traiter ». (patient zone sous dotée)

Notre seconde question permet de clarifier les critères qui seraient susceptibles d'influencer les usagers sur le choix de leur kinésithérapeute. En premier les répondants accordent une importance aux temps de soin, à l'expertise des compétences du kinésithérapeutes ou à leur réputation.

« Ce qui m'importe c'est la qualité, parce que j'ai eu à faire à des kinés qui me mettaient trois électrodes, qui viennent me masser deux minutes et demi, le temps que le praticien va m'accorder m'importe, je souhaite des kinés plus spécialisés, formés, pointus sur une spécialité » (patient zone sur dotée)

Les répondants montrent un intérêt supérieur à la qualité de prise en charge des patients.

« J'ai une névralgie cervico brachiale, je vais chez mon kiné deux fois par semaine, c'est compliqué de prendre rdv avec un kiné car là où je vais elle n'avait pas de créneaux à me proposer, et je n'avais pas envie de changer car elles sont très bien, et c'est compliqué de trouver des kinés qui massent sans mettre des électrodes. Donc j'ai attendu, j'ai préféré avoir mal, ça m'a coûté trois semaines d'arrêt » (patient zone sur dotée)

Ensuite viennent les critères de spécialisation et la proximité géographique

J'ai été pris en charge après mon opération par un centre spécialisé, c'était formidable, maintenant ils se sont déplacés dans le sud de Montpellier, bon s'il faut mettre une heure, pour une heure de soins, ce n'est pas pratique, il y a un problème de transport en plus de la demande de soins, ils sont surbookés. Après le passage au centre, il faut des kinés de proximité avec une certaine spécialisation » (patient zone très dotée)

Ce répondant pointe du doigt le manque d'informations sur les spécialités des kinésithérapeutes.

« Mon problème ce que j'avais besoin d'un kiné spécialisé, j'ai une maladie dégénérative de la colonne vertébrale, qui a commencé il y a 12 ans. J'ai besoin de mise en mouvement, de massage spécialisé. Avant j'utilisai les services d'un kinésithérapeute à X, qui m'a donné satisfaction jusqu'à ce que la maladie prenne une ampleur considérable, il était incapable de traiter le problème. Mon médecin m'a conseillé un autre kiné qui a les capacités pour traiter ce genre de situation. (..) Je me suis trouvé avec un défaut de soutien, mon premier kiné est parti s'installer dans un autre département, grâce aux bouches à oreilles, j'ai pu trouver un praticien spécialisé. Les kinés se présentent en tant que kiné mais ne précisent pas leur spécialité, ce n'est pas précisé sur sa plaque ». (patient zone très dotée)

Ce répondant souligne le manque de kinésithérapeutes à domicile.

« j'ai 81 ans, j'ai téléphoné à mon kiné, qui prend les clients, et il est pris jusqu'à un certain temps, je suis à 10 kms de Mende, j'ai aucun rdv, j'ai téléphoné à trois kinés ils ne peuvent pas, et le seul qui fait à domicile il ne peut vraiment pas, il a été malade, il veut réduire ses heures de travail, il n'a pas moyen, je n'ai pas de véhicule, j'ai besoin de 15 séances au niveau lombaires, j'ai besoin qu'on me soigne, je vois que de moins en moins que je marche, je me plie en deux, je vais me retrouver dans ma chaise sans avoir de kinés, avec tous les kinés qu'il y a à Mende, y'a n'a pas un qui se déplace, et je suis à peine à 10 kms de Mende ». (patient zone sous dotée)

V) CONCLUSION

Le but de cette étude est d'explorer les effets du zonage dans le quotidien des kinésithérapeutes et des patients. Notre étude révèle que l'introduction de cette nouvelle réglementation a des conséquences sur la prise en charge des patients et sur le fonctionnement des kinésithérapeutes. Afin de réagir à cette dernière, nos résultats montrent que les kinésithérapeutes tentent d'élaborer une stratégie proactive. Notre recherche présente un certain nombre de limites et perspectives de recherche. Si cette recherche est l'une des premières études en France concernant l'introduction du zonage en Occitanie, les résultats ne peuvent être généralisés. Notre cas représente seulement un faible échantillon de cette profession et ne révèle pas toutes les options choisies par les autres kinésithérapeutes en ce qui concerne la façon d'appréhender cette nouvelle directive. Une autre limite est liée à la nature de l'échantillon de l'étude patients : en effet, le fait de n'interroger qu'un nombre limité de personnes par pathologie ne permet pas d'avoir une vision très précise des perceptions de l'ensemble des patients. De la même façon, plusieurs professionnels d'un même lieu auraient pu donner des retours assez contrastés. Nous n'avons pas eu l'occasion de croiser les expériences ni de confronter les points de vue. Réaliser un plus grand nombre d'entretiens aurait pu donner une grille de lecture plus fine. Le but de cette étude était d'obtenir une vue d'ensemble des conséquences du zonage et d'identifier les principaux dysfonctionnements. Des pistes d'ouverture seraient envisageables pour compléter ce qui a été fait, par exemple en l'élargissant à d'autres types d'acteurs ou à d'autres régions de France.

Annexe 1

Elaboration des guides d'entretien

Entretiens « patients »

Cette deuxième série d'entretiens a été l'occasion de revenir plus largement sur les points suivants :

- les profils et parcours des personnes
- les besoins
- la communication à propos de ces besoins auprès des autres acteurs

Dans l'ensemble, les entretiens nous ont permis de détailler des points importants ainsi que d'aborder des aspects plus qualitatifs tels que leur perception de qualité de prise en charge ou l'identification de certains blocages.

Entretiens « kinésithérapeutes »

Lors des entretiens avec les professionnels, nous leur avons proposé de répondre à des points identifiés en amont :

- leur vision (et leur définition) du zonage
- les réseaux établis avec d'autres professionnels pour faire face au zonage

Certains points spécifiques ont pu être abordés avec quelques acteurs en particulier, par exemple pour avoir des précisions sur la singularité de leur contexte.

GUIDE D'ENTRETIEN

Présentation

Rappels des enjeux de l'entretien, thèmes abordés

Autorisation à enregistrer

Axe de recherche 1 : Patients - Compréhension des stratégies à mettre en place pour améliorer le parcours du patient

Le quotidien des patients : pathologie ?

Quelles sont vos attentes/critères lors d'un passage chez le KINÉSITHÉRAPEUTES ? délai ? qualité ?

Accordez-vous une importance particulière au choix de votre KINÉSITHÉRAPEUTES ?

Qu'est-ce que le zonage vous a apporté ? sur quoi ? avez-vous des exemples ?

Quels sont les dilemmes pratiques qu'ils rencontrent (ou ont rencontré) ?

Quelles sont les informations utiles ou manquantes pour les patients ?

Quel serait le parcours le plus pertinent pour garantir une qualité de prise en charge pour le patient ?

Quels sont les dysfonctionnements ? Comment peut-on les éviter ? Par quels moyens ?

Quelle serait le processus de soins pertinent permettant de concilier les préférences des patients et être en concordance avec sa santé ?

Sur quels critères porteraient leur choix entre les différentes options possibles ?

Information sur les suites données à l'entretien

Remerciements

Axe de recherche 2 : Compréhension des attentes des kinésithérapeutes

Lieu d'activité ?

Description de la structure

Comment votre activité a-t-elle été affectée par le zonage ? En quoi, comment cela se manifeste, avez-vous anticipé, comment ?

Le zonage vous a-t-il amené à modifier votre organisation interne ? Quelles évolutions ou quels changements depuis la mise en place du zonage ?

Comment y avez-vous fait face ? Quelles sont les difficultés rencontrées ? Comment ont-elles été surmontées ? exemples ?

Quels sont les éléments de satisfaction/insatisfaction ? le zonage permet-il d'accroître la qualité des soins prodigués ?

Que faudrait-il inclure dans la loi concernant le zonage pour favoriser une bonne qualité de soins ?

Pensez-vous que le zonage peut avoir des conséquences sur votre métier ?

Information sur les suites données à l'entretien

Remerciements