

Stresseurs professionnels et santé
psychologique chez les kinésithérapeutes
libéraux français.

Une étude nationale.

Pr. Didier Truchot

Université Marie et Louis Pasteur

Rapport de Recherche pour le Conseil national de
l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes.

Février 2026

Chapitre 1.

Objectif de la recherche, méthode et échantillon.

1.1. Introduction : objectifs de la recherche.

Cette recherche a pour objectif de décrire l'éventuel mal être psychologique (burnout, dissonance émotionnelle, *etc.*) des masseurs-kinésithérapeutes (MK) libéraux et salariés français et d'identifier les facteurs de stress liés au contenu et à l'environnement de travail qui lui sont associés. En 2018-2019, une première recherche, adossée à un contrat entre le CNOMK et l'Université de Franche-Comté (Truchot & Mudry, 2019) a déjà été réalisée. A partir d'une analyse de la littérature, 31 entretiens avaient été menés auprès de MK. Le but de ces entretiens était d'identifier les risques psycho-sociaux spécifiques à la profession et d'observer les variables pertinentes à inclure dans un questionnaire destiné à être adressé à l'ensemble des MK. A cet époque, 6682 MK libéraux et 871 MK salariés avait répondu à notre questionnaire. L'analyse des résultats a permis effectivement de dresser un état des lieux de la santé psychologique des MK, libéraux d'une part, salariés d'autre part, et d'en identifier les causes liées à l'exercice de la profession. Suite à ce travail, des actions de prévention ont été réalisées.

Toutefois, depuis 2019, le contexte du travail a changé. Notamment celui des professions soignantes. Par exemple, la pandémie de COVID et le confinement ainsi que l'accélération de l'individualisme ont engendré de nouveaux facteurs de stress parmi lesquels les comportements abusifs des patients, allant des incivilités aux violences physiques.

Voilà pourquoi le CNOMK a souhaité faire un nouveau point sur la santé psychologique des MK. Les objectifs de cette nouvelle étude sont les suivants :

-Dresser un état des lieux de la santé psychologique des MK libéraux et salariés en 2025. Établir une comparaison avec les résultats de 2019.

-Identifier les stressseurs auxquels les MK libéraux et salariés font face actuellement et étudier le poids de ces stressseurs sur leur santé psychologique. Établir une comparaison avec les résultats de 2019.

-Identifier les différents types de comportements inadéquats auxquels les MK font face de la part de leurs patients. Pour chacun de ces comportements, établir sa prévalence et son impact sur la santé psychologique des MK libéraux et salariés.

Pour chacun de ces objectifs, les analyses prendront en compte l'influence des variables socio-démographiques (*e.g.*, âge, genre) et socio-professionnelles (*e.g.*, ancienneté, cabinet de groupe, nombre de patients par jour, lieu d'exercice).

1.2. Méthode et échantillon.

Les variables étudiées.

Dans cette étude nous avons utilisé les critères suivants pour évaluer la santé des MK libéraux et ses déterminants.

-Les stressseurs professionnels.

-Le burnout.

-La dissonance émotionnelle.

-Le débordement négatif de la vie professionnelle sur la vie privée.

-Le workaholisme ou l'addiction au travail.

-L'empathie.

Bien entendu sont également pris en compte les caractéristiques sociodémographiques (genre, âge, etc.) et socio-professionnelle (lieu d'exercice, amplitude horaire, etc.)

Le questionnaire se terminait par l'invite suivante :

Il est probable que ce questionnaire n'ait pas abordé des thèmes, des problèmes qui vous tiennent à cœur. Si vous le souhaitez, vous pouvez les exprimer ci-dessous.

De nombreux MK libéraux se sont saisis de cette opportunité pour s'exprimer. Les écrits qu'ils ont laissés constituent 243 pages. Ils représentent un complément qualitatif pertinent, à la fois pour illustrer les aspects quantitatifs de l'approche par questionnaire, mais aussi pour les compléter. Aussi, je citerai régulièrement des extraits de ces verbatims qui ont toute leur place parmi les résultats de cette étude.

Echantillon.

Au total, notre échantillon est composé de 7576 participants. Il est donc plus important que celui obtenu en 2018 (N= 6682). Etant donné que les MK libéraux sont actuellement 83 196, notre échantillon représente 9.1% de ce groupe professionnel.

Tous les départements de la métropole sont représentés avec évidemment un nombre de participants proportionnels à la taille de la population (e.g., 7 MK pour la Lozère, 17 pour la Nièvre, 230 pour la Gironde, 340 pour le Nord, etc.).

Les MK des départements et régions d'Outre-Mer sont également présents : Réunion (132), Guadeloupe (42), etc.

Caractéristiques sociodémographiques

La répartition en **fonction du genre** indique que 53% des répondants sont des femmes (N= 4018) et bien entendu, 47% sont des hommes (N= 3558). Cette répartition est très proche de celle observée au niveau de la population totale où 52% des MK sont des femmes. Parallèlement, les femmes sont significativement plus jeunes (M=39.9 ans) que les hommes (43.8 ans). $F(1, 7559) = 205, 3, p<.0001$. Ces différences sont bien entendu corrélative de la féminisation des professions de santé.

Concernant l'âge, la moyenne de la population globale des MK est de 41 ans ce qui correspond à celle observée dans notre échantillon : 41.8 ans. ????

Au total, 20.9% des MK libéraux de notre échantillon **vivent seuls** et donc 79.1% **vivent en couple**. Les premiers sont plus jeunes (M=40.8 ans) que les seconds (M=42 ans). $F(1, 7559) = 10.9, p<.001$.

Il y a un **lien significatif entre le fait de vivre seul ou en couple et le genre** : $\chi^2 (1 \text{ ddl}) = 68.25, p<.0001$. Si les hommes sont 16.8% à vivre seuls, les femmes sont 24.6%.

La question est de savoir s'il s'agit d'un choix ou d'une contrainte. On sait que le célibat d'aujourd'hui n'est pas nécessairement synonyme de solitude et qu'il peut correspondre à une vie satisfaisante. Mais en même temps, certaines femmes évoquent dans les propos laissés en fin de questionnaire à quel point la charge de travail empêche toute vie sociale et restreint les opportunités rencontrées.

Caractéristiques socioprofessionnelles.

L'amplitude horaire s'étend de 7 à 70 heures par semaine. Sa moyenne est de 43.07 heures. Les femmes ont une amplitude horaire significativement moins élevée que les hommes : 41.0 heures vs. 45.4 heures. Cette différence est significative : $F(1, 7519) = 522.77, p < .0001$. On imagine facilement que ce résultat est lié aux tâches familiales et domestiques qui encore aujourd'hui, incombent davantage aux femmes. Cette situation les contraint à moins consacrer de temps à leurs activités professionnelles. (Cf., plus bas).

L'amplitude horaire s'accroît avec l'âge ($r = .17, p < .0001$).

Le mode d'exercice en **cabinet de groupe** concerne la grande majorité des kinés de notre échantillon : 73.5%. **Ce mode d'exercice est lié à l'âge**, les MK travaillant seuls étant en effet significativement plus âgés ($M = 48.0$ ans) que leurs collègues exerçant en cabinet de groupe ($M = 39.5$ ans). La différence est statistiquement très significative : $F(1, 7559) = 824.43, p < .0001$.

Chapitre II. Le burnout des masseurs-kinésithérapeutes libéraux

II.1. Burnout : définition

S'il existe plusieurs définitions du burnout, j'ai retenu pour cette étude celle de Maslach et ses collaborateurs (Maslach & Jackson, 1986 ; Schaufeli, Leiter, Maslach, & Jackson, 1996), pour deux raisons. D'abord, c'est la définition la plus souvent citée dans la littérature scientifique. Ensuite, c'est celle que nous avons utilisée lors de la précédente étude, celle menée en 2018. Aussi, nous pourrions établir des comparaisons entre les scores de burnout des deux échantillons et ainsi vérifier si ces scores sont restés stables entre 2018 et 2025, ou si au contraire, ils ont évolué.

Pour Maslach et Jackson (1986), le burnout se caractérise par 3 dimensions :

- 1) L'épuisement émotionnel, c'est à dire le sentiment d'être vidé nerveusement, de ne plus être motivé par son travail.
- 2) Le cynisme qui correspond à des attitudes et comportements détachés, négatifs, insensibles vis-à-vis de son institution, de ses collègues, de ses clients. C'est parce qu'il est vidé nerveusement, qu'il n'a plus les ressources pour répondre aux exigences professionnelles que l'individu se détache de son travail et développe ces attitudes et comportements cyniques. Il s'agit d'une stratégie de faire face mal adaptée.

L'épuisement émotionnel et le cynisme constituent le noyau dur du burnout.

- 3) L'absence d'accomplissement personnel au travail, d'efficacité professionnelle, correspond à la troisième dimension du syndrome. L'individu, initialement engagé dans son travail n'y trouve plus le moyen d'exercer ses compétences, d'en développer de nouvelles.

Au fil du temps, les recherches ont remis en cause cette troisième dimension, la considérant davantage comme un facteur de personnalité proche du sentiment d'efficacité personnelle. Aussi nous ne l'avons pas prise en compte dans cette recherche, nous limitant aux deux premières dimensions.

Quels sont les symptômes du burnout ?

Le burnout s'accompagne de symptômes physiques, notamment une fatigue chronique. Elle ne se résorbe pas même après quelques jours de repos. Eventuellement, la personne souffre de maux de tête, de ventre, a du mal à se débarrasser d'un rhume. Globalement, étant donné que le stress lié au burnout affaiblit le système immunitaire, on voit apparaître des maladies infectieuses et d'autres problèmes physiques liés à l'immunité. Parallèlement, la personne souffre d'insomnie. En particulier, elle a du mal à trouver le sommeil.

Au niveau cognitif, l'individu frappé de burnout éprouve des difficultés à se concentrer, il a des pensées intrusives, ses ressources mentales sont diminuées.

Au niveau affectif, un état d'anxiété s'installe progressivement. Parallèlement se développent des symptômes proches de la dépression. La personne frappée de burnout ressentira de la tristesse, éprouvera le sentiment d'être sans valeur. Elle a de plus en plus de difficultés à contrôler ses émotions, ce qui peut entraîner de la tension, de l'irritabilité dans les relations avec l'entourage qu'il s'agisse des collègues ou des proches.

Evidemment, la personne perd toute motivation, tout plaisir à travailler. Elle va baisser les bras. Cette perte de plaisir peut s'étendre à tous les domaines de la vie, notamment les relations avec la famille, les amis. Petit à petit, les contacts sociaux seront évités, l'isolement s'installe.

La mesure du burnout.

L'échelle de mesure du burnout retenue dans cette recherche auprès des MK libéraux français est le Maslach Burnout Inventory-Human Service Survey (MBI-HSS) de Maslach et Jackson (1996). Ce choix se justifie par deux raisons principales. D'une part c'est la mesure du burnout la plus souvent utilisée par les chercheurs. D'autre

part, c'est l'échelle que nous avons utilisée en 2018, lors de la recherche précédente auprès des MK. Ceci nous permettra donc des comparaisons entre 2018 et 2025.

Le MBI-HSS est une échelle validée qui comprend 3 sous-échelles correspondant aux trois dimensions de la définition exposée ci-dessus. Seules les deux premières échelles, celles mesurant l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation (ou cynisme) ont été introduite dans le questionnaire pour les raisons évoquées plus haut.

La sous-échelle mesurant l'épuisement émotionnel est composée de 9 items. Par exemple :

Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail.

Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail.

La sous-échelle mesurant la dépersonnalisation (ou le cynisme) est composée de 5 items. Par exemple :

Je sens que je m'occupe de certains patients de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets.

Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients.

Chaque item est accompagné d'une échelle de type Likert en 7 points grâce à laquelle le répondant indique la fréquence du ressenti :

Jamais	Quelque fois par an	Une fois par mois	Plusieurs fois par mois	Une fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Tous les jours
0	1	2	3	4	5	6

En sommant les scores des réponses, on peut donc obtenir un score global et calculer une moyenne pour chaque dimension.

II.2. Le burnout des MK libéraux français en 2025 : résultats.

Chez les MK libéraux, nous obtenons en 2025 un score moyen d'épuisement émotionnel de 25.66 ($e-t = 12.25$). Ce score est nettement supérieur à celui observé en 2019 (19.9). Les différences sont hautement significatives.

Quant à la dépersonnalisation le score moyen observé en 2024 est de 7.99 ($e-t = 6.07$). En 2019, ce score était de 7.7. Il n'y a pas de différence entre les deux moyennes.

Autrement dit, ***tout se passe comme si*** au cours des 6 dernières années, l'épuisement émotionnel des MK avait connu une hausse sévère. Bien entendu, entre 2019 et 2025, nous ne comparons pas les scores de burnout des mêmes personnes. Les participants de 2019 n'ont pas forcément renseigné le questionnaire actuel, et ceux qui l'ont renseigné en 2025 n'ont pas nécessairement participé à la première étude. D'ailleurs, certains n'étaient pas encore en poste. Nous ne comparons donc pas exactement les mêmes professionnels.

Toutefois, on peut affirmer que globalement, la santé psychologique des MK a évolué négativement. D'ailleurs dans les messages laissés en fin de questionnaire une participante nous écrit :

« Merci d'avoir renouvelé cette étude, en 7 ans, mon bien-être professionnel et mon sentiment d'appartenance à un projet de santé publique cohérent et respectueux des patients ont été très malmenés, et je ne vois pas, à ce jour, de signes d'amélioration possible... »

A ce stade de notre analyse, il nous manque des éléments pour interpréter ce résultat. Mais nous apporterons des réponses plus loin lorsque nous examinerons les stressseurs que rencontrent les MK en 2025 ainsi que la force de leurs liens avec le burnout (épuisement émotionnel et dépersonnalisation/cynisme). Nous pourrions comparer ces résultats avec ceux de 2018. Ces comparaisons pourrions nous apporter des éléments de réponse.

Par ailleurs, nous assistons depuis 2017, en France, à une augmentation de la prévalence de la dépression en population générale. Cette hausse s'est encore davantage accrue avec la pandémie de COVID-19 et le confinement qu'elle a provoqué. Il est possible que l'augmentation du burnout soit aussi en partie liée à ce phénomène. En effet, il y a un lien entre burnout et dépression.

Nota Bene : il arrive que l'on trouve encore des publications dans lesquelles les auteurs proposent des bornes à partir desquelles ils classent l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation (et l'accomplissement personnel) selon trois catégories « bas », « moyen » « élevé ». Il s'agit en fait d'une catégorisation totalement arbitraire, qui avait été proposée par Maslach et Jackson à l'origine, mais qui n'a aucune validité psychologique ou

psychométrique. D'ailleurs Maslach et ses collègues le reconnaissent. Ils écrivent dans la quatrième édition du manuel *Maslach Burnout Inventory* :

"Invalidity of Statistical Cut-Off Scores

"Cut-off scores set up to identify which people are "high" in burnout were published up through the third edition of the MBI Manual (published in 1996). In the 2016 publication of the MBI Manual 4th edition, the cut-off scores were removed due to having no diagnostic validity. The previously published cut-off scores were arbitrary. "High", "moderate", and "low" classifications were calculated by splitting the normative population into thirds – where a person was considered "high" in emotional exhaustion simply because they scored in the upper third percentile of the population. The upper third of a large population is not a definition of people experiencing a severe case of burnout. The MBI authors realized that the cut-offs were problematic and a "mistake". For this reason, the cut-offs were not published in the MBI Manual fourth edition and were removed from all associated MBI materials."

Je n'ai donc pas utilisé ces bornes dans la présente étude.

Burnout et variables socio-démographiques.

Le burnout en fonction du genre.

Y a-t-il chez les MK libéraux une différence des scores de burnout en fonction du genre ? Dans notre échantillon, les femmes ont un score d'épuisement émotionnel significativement supérieur à celui des hommes : $M = 26.3$ vs 24.9 , $F(1, 7576) = 22.49$, $p < .001$.

En revanche, les hommes ont des scores de dépersonnalisation significativement plus élevés : 8.85 vs. 7.23 , $F(1, 7575) = 136, 88$, $p < .001$).

Des résultats analogues avaient été observés dans l'étude de 2018, même si pour l'épuisement émotionnel, les différences, bien que significatives, étaient moins nettes : (Femmes = 20.1 vs. Hommes = 19.6 , $F(1, 6680) = 4.14$ $p < 0.05$). En revanche, pour la dépersonnalisation, les différences étaient déjà aussi tranchées en 2018 (M hommes = 8.6 vs. M femmes = 6.9 , $F(1, 6680) = 137.25$ $p < 0.001$).

Ces résultats sont en accord avec ceux retrouvés dans la littérature. Ils ne sont donc pas spécifiques aux MK libéraux. En effet, et quel que soit le groupe professionnel, quand il y a une différence d'épuisement émotionnel en fonction du genre, le plus souvent ce sont les femmes qui ont les scores les plus élevés. Plusieurs phénomènes expliquent cette différence :

-D'abord les femmes, en plus de l'activité professionnelle, ont un investissement beaucoup plus important au niveau des tâches domestiques. Cet investissement, source de fatigue, diminue les ressources, l'énergie disponible pour répondre aux

exigences professionnelles. Le travail devient donc plus pénible et source d'épuisement. Et inversement, les ressources dépensées au travail ne laissent plus d'énergie pour la vie familiale. Témoins les propos laissés par cette MK en fin de questionnaire :

Vous ne demandez pas si nous avons des enfants (bas âge ou scolarisés), or c'est un facteur d'épuisement très important surtout chez les femmes dont la charge mentale est énorme. Et cela doit s'ajouter à la pénibilité dans le travail car malgré le nombre d'heures moins importantes travaillées globalement dans la semaine, les journées sont en réalité interminables.

Les kinés femmes ont beaucoup de charges mentales avec la famille. La réussite professionnelle est plus compliquée.

En particulier nous les femmes qui donnons plus de temps pour notre famille et avons des temps partiels.

Congé maternité : nous sommes très peu aidé en tant que femmes et ce n'est pas normal !

D'ailleurs, l'épuisement émotionnel est très fortement corrélé avec le score de débordement négatif de la vie professionnelle sur la vie privée : $r=.70$, ce qui signifie que ces deux variables partagent 49% de variance commune.

-Ensuite au travail les femmes font face à des pressions psycho-sociales diverses, notamment les stéréotypes sexistes qui leur dressent des réputations d'infériorité. Si nous n'avons pas étudié l'impact de ces croyances dans notre questionnaire, nous avons recueilli tout au long des verbatims des témoignages qui illustrent ce propos. En voici quelques-uns :

Une forme de sexisme dans la relation thérapeutique. Persistance du manque de confiance des hommes (me concernant en tant que femme) et la nécessité de se justifier plus et plus encore.

Enfin posez-vous la question d'une femme kiné, en libéral, titulaire d'un cabinet qui aimerait partir sereinement en congé maternité avec des JJ en lien avec ses revenus !!! C'est trop peu !!!! Beaucoup trichent avec des contextes patho pour faire jouer leurs assurances, 1600€ par mois pour tous les frais de cabinet Inadmissible !

De plus, les femmes peuvent se sentir davantage fragiles dans les situations d'insécurité :

Insécurité des collègues femmes face à certains hommes déséquilibrés (par ex : problèmes psychiatriques), obligation de mettre des patients potentiellement dangereux notamment des hommes avec un praticien homme qui serait plus à même de maîtriser une menace.

On peut ajouter que d'après certains témoignages, les femmes seraient plus usées physiquement que les hommes. Or on sait qu'il y a un lien entre santé physique et burnout.

On ne parle pas de souffrance physique pour les femmes kiné qui sont, n'en déplaise à certains, physiquement moins fortes que les hommes et au bout de 38 ans de carrière : douleurs aux épaules, aux coudes et aux mains. Tenir encore 4 ans et demi dans mon cas alors que j'ai tous mes trimestres avec mes 3 enfants me paraît très difficile, voire impossible ... je suis au bout du rouleau et sans doute bientôt plus capable d'exercer mon métier dans de bonnes conditions ... je ne sais pas quelle est la bonne solution ... je suis épuisée ...

Concernant la dépersonnalisation en revanche, lorsque l'on observe des différences de genre, dans la grande majorité des cas, les hommes ont les scores les plus élevés. C'est par exemple ce que montrent les résultats de la méta-analyse de Purvanova et Muros (2010). C'est bien ce qui se passe chez les MK de notre échantillon.

On explique ces différences en partie par les prescriptions liées aux rôles sociaux masculins et féminins et par les stéréotypes qui leurs sont associés. Les hommes ont des attitudes plus instrumentales, dépersonnalisent donc davantage. Les comportements de suppression émotionnelle sont associés à la force et à la masculinité (Purvanova et Muros, 2010). En revanche, les femmes ont des attitudes plus émotionnelles.

Le burnout en fonction de l'âge.

Chez les MK libéraux, comme dans bien d'autres professions, l'âge est confondu avec plusieurs variables, en particulier le genre, l'ancienneté (donc le développement des

compétences, des stratégies de faire face et de gestion des émotions), etc., ce qui commande la prudence quant aux interprétations.

Par ailleurs, contrairement à une conception assez ancrée dans le public, des symptômes tels que le burnout ne progressent pas nécessairement avec l'âge ou l'ancienneté professionnelle. Tout dépend des conditions de travail que l'on rencontre.

Dans ce rapport, j'ai étudié l'influence de l'âge en réalisant deux types d'analyses. D'une part des corrélations entre l'âge et les critères de santé retenus (burnout, troubles somatiques, etc.). Dans ce cas, l'âge est considéré comme une variable qui suit linéairement la flèche du temps. D'autre part en considérant les différentes générations de MK qui exercent actuellement.

Avancée en âge et burnout

Bien que les coefficients de corrélations ne soient pas très élevés, on observe une influence significative de l'âge sur l'épuisement émotionnel et sur le cynisme.

De fait, plus les MK de notre échantillon sont âgés, moins ils rapportent de l'épuisement émotionnel ($r = -.11$, $p < .0001$). Mais attention, cela ne signifie pas que chez les MK, le burnout diminue avec l'âge. On ne sait pas quel était le score des plus âgés il y a 10, 20, ou 30 ans. Ce que signifie ce résultat c'est que, en 2025, les MK les plus âgés souffrent moins d'épuisement émotionnel que leurs plus jeunes collègues.

Néanmoins, on peut évoquer les processus qui expliqueraient la diminution du burnout si elle se produisait avec le développement de l'âge et de l'expérience professionnelle.

-1) le choc de la réalité et l'adaptation progressive aux exigences professionnelles.

Selon une représentation assez répandue, la fatigue et les tensions accumulées au cours des années amènerait le score de burnout à s'élever progressivement au fil des années de travail. On observerait donc un burnout plus élevé chez les plus anciens comparativement au plus jeunes. En écho avec ce raisonnement, plusieurs témoignages laissés en fin de questionnaire relatent à quel point les plus vieux se sentent « usés » et s'inquiètent de ne pouvoir tenir jusqu'à la retraite.

Toutefois, on sait aussi qu'il y a souvent une pointe de burnout au cours des premières années d'insertion professionnelle. Dans ses premiers travaux, Maslach (à qui on doit la définition et l'outil de mesure du burnout repris dans la présente étude), rapporte que le burnout apparaît après une année et demie d'exercice chez

les infirmières psychiatriques, entre la deuxième et la quatrième chez les travailleurs sociaux.

En fait, dans les professions vocationnelles, où l'on se dédie à autrui, il peut y avoir un écart entre les attentes, parfois idéalisées, des jeunes professionnels et la réalité quotidiennes du travail. Les tâches routinières, les clients peu coopératif, l'amplitude horaire et la fatigue cognitive et émotionnelle qui ruinent les temps de loisirs, entament souvent les espoirs initiaux ou déboussolent ces jeunes professionnels qui n'ont pas encore mis en place les stratégies de faire face adéquates. Aussi trouve-t-on souvent chez eux un burnout élevé.

Il est possible que progressivement, ils développent les compétences qui leur permettent de mettre en place les stratégies de faire face adaptées aux situations stressantes. Il est également possible qu'ils révisent leurs aspirations à la baisse, réduisant ainsi l'écart entre attentes initiales et réalité de terrain.

-2) départ au fil du temps des MK atteints de burnout

Il est également possible que ceux qui souffrent de burnout à l'entrée dans la profession se réorientent et quittent la profession. Si cela est avéré, le déclin du burnout après quelques années d'exercice pourrait aussi en partie d'expliquer par la fuite de ceux qui ont les scores les plus élevés, ce qui contribuerait à diminuer le niveau moyen d'épuisement émotionnel.

On observe la même tendance concernant le cynisme. Ce comportement diminue significativement avec l'âge ($r = -.17$, $p < .001$).

Bien entendu, les mécanismes expliquant la diminution de l'épuisement émotionnel peuvent également s'appliquer pour interpréter ce résultat.

Les corrélations n'offrant qu'une liaison globale entre deux variables, on peut aussi préciser les choses en recherchant s'il y a des variations du burnout en fonction des différentes générations de MK libéraux.

Le burnout en fonction des générations.

Pour la théorie générationnelle (Strauss & Howe 1991), des individus qui partagent des années de naissance communes, connaissent des moments de changements sociaux et historiques significatifs qui remettent en cause l'ordre social existant (e.g., guerres, 30 glorieuses, émergence du SIDA, récession économique, numérisation). Si ces changements concernent l'ensemble des individus d'une société, ils auraient un effet significativement plus fort sur le groupe de passage à l'âge adulte. Pour ces

individus, ces événements déterminent les expériences et le sens qu'ils donneront à leur vie, leurs valeurs, leurs attitudes, les comportements qu'ils manifestent dans leur vie privée, mais également au travail. Cet ensemble de valeurs et d'objectifs partagés est soutenu par les pairs de la même génération et persiste tout au long de l'âge adulte. Ainsi naîtraient les générations.

Les différences perçues entre générations sur ce qui est valorisé sur le lieu de travail tournerait autour de sphères suivantes :

- Technologie.
- Communication.
- Climat de travail.
- Leadership et feedback.
- Equilibre vie professionnelle / vie privée.
- Travail d'équipe.
- Implication.

On dit habituellement que quatre cohortes générationnelles se côtoient désormais sur le marché du travail (Al-Asfour & Lettau, 2014 ; Zemke, Raines & Filipczak, 2013). Ce sont les Baby-Boomers, la Génération X, la Génération Y et la Génération Z. Dans notre échantillon de MK libéraux, j'en ai dénombré cinq. Il faut en effet ajouter des kinés qui exercent encore passé 80 ans et appartiennent donc à la génération dites silencieuse. Ils sont certes peu nombreux (N= 9). Les membres de chacune de ces cohortes peuvent avoir vis-à-vis du travail (comme des autres sphères de la vie) des valeurs et des attentes spécifiques qui les différencient des autres cohortes. Et qui éventuellement engendrent des incompréhensions, des désaccords et des conflits.

La **génération silencieuses** (nées entre 1928 et 1945, c'est à dire âgés de 80 ans et plus). On parle aussi des traditionalistes. Cette génération a vécu la Grande Dépression et la Seconde Guerre mondiale dans son enfance et sa jeunesse. Elle est souvent caractérisée par des valeurs traditionnelles, elle accorderait de l'importance au respect de la hiérarchie, de l'éthique du travail. Elle aurait une tendance à la discrétion. D'où son nom de génération « silencieuse ». (McNamara, 2005).

Les **baby-boomers**, (nées entre 1946 et 1964, c'est à dire âgés de 61 à 79ans), Nés après la Seconde Guerre mondiale pendant une période de plein emploi, de

croissance économique, ils ont grandi dans une société de consommation, marquée également par les mouvements féministes. Ils sont associés à des valeurs telles que le titre et le statut mais également la réussite matérielle et professionnelle (argent, biens matériels). Considérant le travail comme une manière de gravir les échelons, ils donnent le meilleur d'eux-mêmes et sont particulièrement axés sur les résultats.

La **génération X** (nées entre 1965 et 1980, c'est à dire âgés de 45 à 60 ans). On parle encore de génération « réactive ». Ses membres ont connu, en grandissant, l'émergence du SIDA, les technologies et internet, (avec lesquels ils sont à l'aise), l'incertitude économique, inflation et chômage, un taux élevé de divorce parmi les parents. Ces membres seraient plus cyniques, pragmatiques, axés sur les résultats. Pour eux, le travail serait davantage une source de revenus qu'un objectif en soi. Ils valoriserait l'équilibre entre vie personnelle et professionnelle (Havette, 2020).

La **génération Y** (nées entre 1981 et 1996, c'est à dire âgés de 29 à 44 ans)

Cette génération a grandi avec l'expansion continue d'internet et des technologies numériques. Ces membres auraient le désir de faire bouger les choses, « questionnant la pertinence d'une hiérarchie et préférant acquérir ses connaissances et ses compétences à travers de multiples organisations » (Chevrier, Lecours, Lord, & Drolet, 2024, page 307).

Enfin la **génération Z** (nées entre 1997 et 2012, c'est à dire âgés, dans notre échantillon de 28 ans et moins). Nés dans l'ère digitale, ses membres tiennent pour acquis la place de la technologie dans tous les registres de leur vie, y compris dans la sphère des communications interpersonnelles. Elle aurait un intérêt marqué pour l'entrepreneuriat, auraient un choix de carrière déterminé par leurs et l'équilibre dans son travail.

Génération et burnout chez les MK

Afin d'identifier l'influence éventuelle de l'appartenance générationnelle sur la santé des MK libéraux, j'ai donc créé une variable « génération » en répartissant les participants en fonction de leur âge. On trouvera les résultats des comparaisons de moyenne au tableau II.1

	Epuist	Déperson	Débordt	Workahol.	Workahol.	Disson.
--	--------	----------	---------	-----------	-----------	---------

	Emot.		Prof/Privé	Excessif	Compulsif	Emot.
≥ 80 ans N=9	7.7	4.7	5.9	7.9	7.9	7.9
61-79 ans N=544	20.2	5.6	9.2	12.9	10.0	8.9
45-60 ans N=2266	25.6	7.3	11.6	14.4	11.2	10.9
29-44 ans N=3327	26.6	8.5	11.0	14.2	11.0	11.5
≤28 ans N=1120	25.8	9.1	10.2	13.8	11.4	11.5

Tableau II.1. Burnout en fonction des générations. **Sont ajoutés les résultats pour les autres variables de santé.**

Concernant l'épuisement émotionnel, les plus jeunes (qui ont 28 ans ou moins) ont des scores identiques statistiquement (M= 25.8) aux deux générations qui les précèdent (M=26.6 pour les 29-44 ans et M= 25.6 pour les 45-60 ans). Autrement,

Par ailleurs les 61-79 ans ont un score d'épuisement émotionnel (M= 20.2) significativement supérieur à celui des trois générations qui les précèdent. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que certains d'entre eux sont en retraite. Cette génération englobe des MK en activité et d'autres qui ont réduit leur activité. D'ailleurs si cette fois on compare les kinés libéraux ayant 68 ans ou moins (N=7470) et ceux qui ont plus de 68 ans, (M= 95), on constate que les moins de 68 ans ont un score d'épuisement émotionnel de 25.8 alors que les plus vieux ont un score de 12.9. La différence est évidemment hautement significative. Enfin les kinés de 80 ans ou plus ne souffrent pas de burnout. Mais leur activité professionnelle est réduite. Autrement dit on n'observe pas de pic d'épuisement émotionnel chez les plus jeunes kinés contrairement à ce qu'on observe dans certaines professions. (Cf. plus haut).

Concernant la dépersonnalisation on observe qu'elle diminue progressivement lorsque l'on passe des plus jeunes au plus vieux. La moyenne des plus jeunes (M= 9.1) est significativement supérieure à celles des autres générations. Et la moyenne des 29-44 ans est supérieure à celles des générations qui précèdent. Idem pour la moyenne des 45-60 ans. Autrement dit, la distance avec le patient est moindre lorsque l'on passe des plus jeunes au plus vieux. Mais, ici comme ailleurs, ces résultats n'indiquent pas que la dépersonnalisation diminue au fur et à mesure que leur

expérience professionnelle s'accroît. Si cette explication est plausible, nos données ne permettent pas de l'affirmer. En effet, nous ne savons pas quel était le niveau de dépersonnalisation des plus anciens quand ils avaient 20, 30, ou 40 ans de moins. La seule chose que nous pouvons donc affirmer avec certitude est qu'aujourd'hui, au fur et à mesure que l'on passe des générations les plus jeunes aux générations les plus âgées, on observe parallèlement une diminution de la dépersonnalisation. Toutefois il reste bien entendu possible d'évoquer ici le choc de la réalité et la mise en place progressive des stratégies de faire face et de gestion des émotions évoquées plus haut. Mais en restant prudent.

Vivre seul ou en couple.

Le fait de vivre en couple plutôt que seul a-t-il une influence sur la santé des MK ? Les résultats montrent que ceux qui vivent seul.e.s ont un épuisement émotionnel significativement plus élevé que ceux qui vivent en couple ($M=26.44$ vs. 25.45 , $F(1, 7575) = 8.1$, $p<.005$). On observe une différence allant dans le même sens en ce qui concerne la dépersonnalisation ($M=8.37$ vs. 7.89), $F(1, 7575) = 7.99$, $p<.005$). (A noter que nous n'observons pas de différence en fonction du statut matrimonial en 2018).

Or on se souvient par ailleurs que les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à vivre seules.

Ces résultats actuels confirment ce qui est rapporté le plus souvent dans la littérature. Le couple a une fonction protectrice, et à l'inverse, comme le disait Paul Valéry, *un homme seul est toujours en mauvaise compagnie*.

On attribue ce type de résultat au soutien social qu'apporte le partenaire pour les personnes qui vivent en couple.

On n'observe pas d'interaction entre le statut matrimonial et le genre. Autrement dit, d'une part les femmes ont toujours plus d'épuisement émotionnel que les hommes qu'elles vivent seules ou en couple.

Burnout et caractéristiques du travail

Exercer ou non en cabinet de groupe.

Que l'on exerce ou non en cabinet de groupe, les scores d'épuisement émotionnel ne diffèrent pas : 25.67 vs. 25.63, NS.

En revanche, chez ceux qui exercent en cabinet de groupe, les scores de dépersonnalisation sont plus élevés que chez leurs collègues exerçant seuls. $M=8.15$ vs 7.53 , $f(1, 7575) = 15.56$, $p<.0001$.

On notera par ailleurs que, pour ceux qui exercent en cabinet de groupe, la taille de l'équipe n'influence pas le burnout. En effet, le nombre de MK dans le cabinet n'est associé ni à l'épuisement émotionnel ni à la dépersonnalisation ($r=.00$ et $.01$, respectivement).

L'amplitude horaire et le nombre de patients.

L'amplitude horaire et le nombre d'actes n'ont pas de lien avec le burnout (épuisement émotionnel et dépersonnalisation). Ces deux caractéristiques du travail ne sont d'ailleurs pas davantage liées à la dissonance émotionnelle.

Le lieu d'exercice.

Les tests de comparaison de moyennes nous indiquent que, concernant l'épuisement émotionnel, il n'y a pas de différence en fonction du lieu d'exercice.

On observe toutefois une différence au niveau de la dépersonnalisation : ceux qui exercent en rural ont des scores de dépersonnalisation significativement inférieurs à ceux qui exercent en périurbains. Mais la différence (7.8 vs 8.2) est minime : $p<.04$).

En résumé

Les résultats montrent une augmentation significative du score d'épuisement émotionnel chez les MK libéraux en 2025 (25,66) par rapport à 2019 (19,9), indiquant une dégradation de leur santé psychologique. Mais la dépersonnalisation n'a pas évolué significativement. La santé mentale des MK est donc en déclin. Les témoignages expriment d'ailleurs un mal-être accru, et une détérioration du bien-être professionnel.

On des variations selon certaines variables sociodémographiques : les femmes ressentent plus d'épuisement émotionnel, mais moins de dépersonnalisation, que les hommes. Mais ce résultat n'est pas spécifique aux MK. Le burnout diminue avec l'âge, probablement en lien avec l'expérience, la maturité professionnelle, ou le

départ progressif des professionnels les plus affectés. Par ailleurs, les MKs qui vivent seul.e.s ont plus d'épuisement émotionnel et dépersonnalisent davantage que ceux qui vivent en couple. A nouveau, il s'agit d'un résultat qui n'est pas spécifique aux MK.

Chapitre III. Les stresseurs perçus par les masseurs-kinésithérapeutes libéraux

Dans les lignes qui suivent, je présenterai les stresseurs perçus par les MK libéraux au cours de leur exercice professionnel. Les stresseurs sont des événements, des situations, etc., que nous interprétons comme plus ou moins menaçants. Si certains stresseurs sont « absolus », ou « universels » (*e.g.*, un tremblement de terre, une atteinte physique), d'autres sont « relatifs », « spécifiques » à une personne ou à un groupe de personnes : ils provoquent des réactions psychologiques, physiologiques ou physiques parce que les individus les interprètent comme menaçants. En d'autres termes, dans cette recherche, par *stresseur*, nous entendons les agents ou les stimuli (événements, situations, individus) qui sont perçus comme des menaces, qui représentent des pressions, des exigences quotidiennes face auxquelles on manque de ressources. Par exemple, ne pas trouver de nounou pour son enfant alors que l'on ne peut quitter son travail, faire face à un patient agressif, avoir une charge administrative démesurée etc.

Les stresseurs peuvent varier en intensité mais également selon leur fréquence. Toutefois un stresseur de faible intensité (*e.g.*, être interrompu dans son travail par le téléphone) peut devenir nocif si sa fréquence est élevée. Inversement, un stresseur peu fréquent mais d'intensité élevée (*e.g.*, une agression), pourra entraîner des conséquences majeures sur la santé de l'individu.

Afin d'identifier les stresseurs collectifs, plus ou moins rencontrés par les MK libéraux et d'étudier dans quelle mesure ils sont associés à leur santé, le questionnaire comprenait 63 items relatifs aux situations professionnelles exigeantes, potentiellement stressantes, auxquelles pouvaient faire face ces professionnels.

Par exemple :

- Le montant des cotations d'actes est insuffisant.
- Je suis confronté(e) à la souffrance physique des patients.
- Ma situation financière détermine ma possibilité de prendre des vacances.
- Je suis confronté(e) à la souffrance morale des patients.

- La profession n'est pas assez entendue par l'ordre des kinés.
- Il m'est difficile de trouver un remplaçant ou un assistant si j'en ai besoin.
- J'ai des prises en charge de patients chroniques.
- Certains kinés, par leur pratique, nuisent à l'image de la profession.

Pour chaque item, les participants étaient invités à indiquer la fréquence selon laquelle ils estimaient le rencontrer en adoptant le système suivant :

Jamais	Rarement	Parfois	Assez souvent	Très souvent	Toujours
1	2	3	4	5	6

Cette liste d'items a été élaborée à partir de 3 sources :

- D'une part la liste d'items établie lors de la première étude, celle de 2018, qui elle-même venait d'interviews menés auprès de MK et de l'analyse de la littérature scientifique portant sur les MK.
- D'autre part des publications scientifiques portant sur la santé des MK et parues depuis l'étude de 2018.
- Enfin des discussions avec différents MK.

Au niveau du traitement des données, les résultats, c'est-à-dire, l'évaluation de chaque stressor par l'ensemble des répondants, a été soumise à une Analyse Factorielle Exploratoire (AFE). Intuitivement, l'AFE permet de réduire les variables (*i.e.*, les 63 items) en quelques facteurs en regroupant les variables très corrélées entre elles et en les séparant de celles qui le sont moins. Chaque facteur correspond à une variable cachée qui sous-tend n données observables. Par exemple imaginons qu'un facteur regroupe les sept items suivants (Truchot & Andela, 2018).

- Devoir s'adapter en permanence à de nouvelles réglementations.
- Se sentir harcelé par les politiques agricoles.
- Devoir s'adapter à une réglementation excessive.

- Être soumis à des contrôles réguliers de la part des administrations.
- Être confronté à des normes d'hygiène très compliquées et complexes.
- Devoir toujours tout contrôler par peur de se tromper.
- Peur des sanctions dues à un mauvais remplissage des dossiers.

Je peux conclure qu'un facteur caché, sous-jacent à ces variables (à ces items) est : « pression des législations agricoles ».

Au cours de ce chapitre, je présenterai les stressseurs perçus par les MK libéraux et leur lien avec la santé, c'est à dire le burnout.

Résultats : les stressseurs perçus par les MK libéraux.

L'analyse factorielle révèlent 12 facteurs, que nous pouvons considérer comme des stressseurs potentiels perçus à des degrés plus ou moins élevés par les MK. Il s'agit, dans l'ordre de variance expliquée :

- Facteur 1 (19.2 % de variance expliquée, alpha de Cronbach = .78) : **la charge de travail élevée.**
- Facteur 2 (5.6 % de variance expliquée, alpha de Cronbach = .78) : **l'agressivité des patients.**
- Facteur 3 (4.1 % de variance expliquée, alpha de Cronbach = .76) : **les incivilités des patients.**
- Facteur 4 (4.0 % de variance expliquée, alpha de Cronbach = .74) : **les relations et communications problématiques avec des collègues extérieurs (e.g., médecins, spécialistes), ou des organisations (e.g., hôpitaux).**
- Facteur 5 (2.8% de variance expliquée, alpha de Cronbach = .70) : **la dégradation de l'état des patients.**
- Facteur 6 (2.3% de variance expliquée, alpha de Cronbach = .51) : **peur de mal faire son travail auprès du patient (Alpha de Cronbach = .51)**

- Facteur 7 (2.2 % de variance expliquée, alpha de Cronbach =.61) : **les difficultés financières, les revenus trop faibles.**
- Facteur 8 (2.1 % de variance expliquée, alpha de Cronbach =.77) : **une charge administrative lourde, complexe et chronophage**
- Facteur 9 (2.0 % de variance expliquée, alpha de Cronbach =.77): **sentiment d'injustice, de manque de reconnaissance de la part des patients.**
- Facteur 10 (1.9% de variance expliquée, alpha de Cronbach = .58) : **craindre de mal faire son travail.**
- Facteur 11 (1.7% de variance expliquée, alpha de Cronbach = .66) : **être témoin de la souffrance des patients.**
- Facteur 12 (1.6 % de variance expliquée, alpha de Cronbach =.78) : **les menaces de poursuite, la judiciarisation.**

Au tableau III.1, on trouvera les corrélations entre ces facteurs de stress. Ces corrélations sont toutes significatives. Mais cela est en partie lié à la taille de l'échantillon. Surlignées en jaune, on trouve les corrélations supérieures à .40 c'est à dire pour lesquelles la variance commune entre les deux variables (les deux facteurs de stress) est égale ou supérieur à 16%. Je reviendrai sur ces corrélations au fur et à mesure de l'exposé de chacun des facteurs. Mais on peut d'ores et déjà observer une certaine logique dans ces associations. Observons les corrélations les plus fortes, celles supérieures ou égales à .40, surlignées en jaune.

La **charge de travail** (F1) est associée les plus fortement aux **difficultés financières** (F7). De fait nous verrons à quel point les MK multiplient les heures pour atteindre un revenu jugé acceptable. Elle est également associée à la **charge administrative**, (F8) un travail qui, nous le verrons est considéré comme complexe, chronophage et d'autant plus stressant qu'il est non rémunéré. On note encore (la corrélation est de .39) que la charge de travail est liée au sentiment de mal faire son travail (F10).

Les stressseurs liés aux comportements négatifs des patients sont également fortement corrélés. Ainsi **l'agressivité** (F2) est associée aux **incivilités** (F3) au sentiment de **judiciarisation** (F12) et à celui de vivre des **relations inéquitables** avec les patients, de **manquer de reconnaissance** de leur part (F9).

Enfin, la **précarité physique, sociale et psychologique** des patients (F5) est liée à la perception de leur **souffrance physique et morale** (F11).

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12
F1 ChargeW	/	.23	.34	.27	.27	.11	.46	.45	.30	.39	.32	.15
F2 Agressivité		/	.56	.25	.26	.33	.26	.25	.45	.34	.22	.53
F3 Incivilité			/	.38	.27	.37	.37	.35	.65	.48	.31	.37
F4 Collèg. Exté				/	.22	.22	.31	.27	.36	.30	.25	.16
F5 Degrad Fragi.					/	.29	.16	.19	.19	.23	.42	.15
F6 Peur Distance						/	.15	.14	.31	.30	.21	.21
F7 Finance							/	.41	.36	.33	.28	.16
F8 Travail adminis.								/	.28	.33	.27	.16
F9 Inéquité									/	.41	.21	.32
F10 Mal Faire Trav.										/	.21	.23
F11 Souffr. Patient											/	.10
F12 Judiciaire												/

Tableau III.1: corrélations entre les stressseurs.

Autrement dit, tout se passe comme si les stressseurs potentiels que rencontrent les MK libéraux se regroupaient en 3 grands domaines avec, en plus, les relations problématiques avec les prescripteurs (F4) qui forment un stressseur « à part »

Au tableau III.2, on trouvera les corrélations entre les stressseurs d'une part et les scores de burnout d'autre part, c'est à dire épuisement émotionnel et

dépersonnalisation. Sont ajoutées les corrélations avec deux autres variables liées à la santé au travail : la dissonance émotionnelle et le débordement négatif du travail sur la vie privée.

	Epuisement émotionnel	Déperson- nalisation	Dissonance Emotionnelle	Débordement négatif du travail sur la vie privée
F1 ChargeW	.55	.28	.39	.61
F2 Agressivité	.33	.33	.33	.28
F3 Incivilité	.46	.50	.45	.34
F4 Collèg. Exté	.30	.25	.27	.26
F5 Degrad Fragi.	.20	.16	.20	.19
F6 Peur Distance	.26	.32	.29	.14
F7 Finance	.50	.28	.39	.50
F8 Travail adminis.	.40	.19	.30	.42
F9 Inéquité	.48	.48	.46	.37
F10 Mal Faire Trav.	.50	.45	.47	.40
F11 Souffr. patient	.31	.17	.26	.24
F12 Judiciaire	.22	.27	.21	.21

Tableau III.2 : corrélations entre les stressseurs d'une part, le burnout (épuiement émotionnel et dépersonnalisation) la dissonance émotionnelle et le débordement du travail sur la vie privée d'autre part.

Toutes les corrélations sont significatives. Mais si l'on s'intéresse aux plus fortes, celles égales ou supérieures à .40, on note que 6 stressseurs se détachent. Il s'agit de la charge de travail (le stressseur le plus fortement lié à l'épuisement émotionnel et au débordement du travail sur la vie privée), des incivilités venant des patients (le stressseur le plus fortement associé à la dépersonnalisation) des problèmes financiers, du travail administratif, de l'inéquité perçue dans la relation avec les patients, et de la crainte de mal faire son travail.

Précision sur les calculs statistiques et leurs implications translationnelles.

Avec les calculs de corrélations, nous analysons le lien entre deux variables, la variable prédictive (on emploie également, selon le contexte, les termes de variable explicative, indépendante, ou encore de cause), par exemple un stresser comme la charge de travail, et la variable « réponse » (on emploie également les termes de variable dépendante, ou d'effet) par exemple, l'épuisement émotionnel. C'est ce qui est présenté au tableau ci-dessus. Or étant donné que les stressers sont également corrélés entre eux, il est prudent de s'intéresser au poids relatif de chacun d'eux, c'est à dire lorsque l'on a déjà pris en compte le poids des autres stressers sur notre variable à expliquer. Concrètement, cela revient à se demander, par exemple, quel est le poids de la charge de travail sur l'épuisement émotionnel lorsque l'on prend en compte, en même temps, le poids des difficultés financières, de l'agressivité de certains patients, de la charge administrative, etc. On peut obtenir ce résultat grâce à des analyses de régressions linéaires multiples.

En d'autres termes, ce type d'analyse permet de quantifier précisément les contributions respectives d'un ensemble de prédicteurs, considérés comme variables indépendantes (causes) sur une variable dépendante continue (effet). Le grand intérêt de cette méthode est que, à la différence des corrélations, elle permet d'éliminer dans les prédictions, la part de variance commune entre les différents stressers. Par conséquent, le coefficient associé à chaque prédicteur (à chaque variable indépendante, ou cause) représente la contribution unique, spécifique de ce prédicteur, qui est débarrassé en quelque sorte de la part de variance qu'il partage avec les autres prédicteurs. J'ai donc réalisé des analyses de régressions linéaires multiples avec les 12 stressers considérés comme variables prédictives et les dimensions du burnout comme variables à prédire. La méthode utilisée est l'entrée dite forcée. Autrement dit, l'ensemble des prédicteurs est entré simultanément dans la régression. Contrairement aux méthodes hiérarchiques, cette méthode de l'entrée forcée présente une moindre sensibilité aux variations aléatoires de l'échantillon (Field, 2024), et propose donc un résultat plus reproductible (Studenmund & Cassidy, 1987).

Les résultats sont reportés au tableau III.3 ci-dessous. Sont indiqués les liaisons entre stressers et le burnout (épuisement émotionnel et dépersonnalisation). Bien entendu, le nombre de stressers liés au burnout diminue par rapport à l'analyse des corrélations. Mais il est patent que ce sont ces stressers qu'il faut infléchir en priorité si nous voulons réduire le burnout chez les MK. Il est d'autant plus important de les

	Epuisement émotionnel	Cynisme	Swing	Duwas Exc	Duwas Compuls	Dissonance
Age	-.11	-.20	-.00	-.04**	-.07***	-.15***
Genre	.04	-.17	-.02	-.02	-.03***	-.00
ΔR^2	.01	.06	.00	.00	.00	.02
-F1. Charge travail	.29***	.07***	.40***	.47***	.27***	.13***
-F2. Agressivité Patients	.01	.00	.04***	.01	.01	.03*
-F3. Incivilités, manque d'implication patients	.02	.22***	-.04**	-.01	.02	.05**
-F4. Relations avec prescripteurs	-.00	-.00	-.00	.02*	-.00	.00
-F5. Dégradation pPatients	-.06***	-.01	-.01	-.00	.00	-.02
-F6. Peur distance	.06***	.11***	.00	-.06***	.05***	.09***
-F7. Problèmes finances	.18***	.05***	.20***	.10***	.16***	.13***
-F8. Charge administrative	.05***	-.07***	.11***	.11***	.01	.01
-F9. Injustice Patients	.19***	.18***	.11***	.03*	.11***	.20***
-F10. Mal faire travail	.20***	.19***	.10***	.06***	.07***	.21***
-F11. Souffrance patient	.07***	-.001	-.01	.02*	.01	.05***
-F12. Judicialisation	.00	.05***	.03**	.02*	.01	-.00
ΔR^2	.50	.38	.47	.40	.27	.37

Tableau III.3. Régressions multiples linéaires. Stresseurs, burnout, dissonance émotionnelle et débordement du travail sur la vie privée.

infléchir que le burnout est, dans notre échantillon de MK particulièrement élevé. Examinons dans le détail chacun de ces facteurs.

Facteur 1 : une charge de travail trop élevée.

Ce facteur est composé des items suivants :

	M	e-t	E.E	Dp.
20 J'ai un volume de travail trop important.	4.3	1.4	.49	.24
1 Je suis submergé(e) de travail.	4.4	1.2	.40	.16
47 Je souhaiterais terminer plus tôt le soir.	4.5	1.5	.47	.24
61 Je dois parfois refuser des séances aux patients par manque de temps.	4.1	1.3	.30	.20
38- Les prises en charge urgentes se rajoutent sur vos temps de pause et le soir.	3.7	1.7	.29	.13
36-J'ai des difficultés dans l'organisation de mon planning.	3.1	1.4	.40	.26
49 Je dois respecter des horaires serrés.	4.2	1.6	.34	.18
11 Il m'est difficile de trouver un remplaçant ou un assistant si j'en ai besoin.	4.6	1.61	.14	.05

Tableau III.4 : items du facteur 1, une charge de travail trop élevée. M= moyenne ; e-t = écart-type ; E.E = épuisement émotionnel ; Dp. = dépersonnalisation.

Les items qui composent ce facteur, renvoient à des aspects variés de ce stressor. On y trouve la référence à la quantité de travail jugée trop importante (« *J'ai un volume de travail trop important* » ; « *Je suis submergé de travail* ») et à l'amplitude horaire qui conduit à souhaiter raccourcir des journées de travail trop longues (« *Je souhaiterais terminer plus tôt le soir* »). Les propos laissés en fin de questionnaire viennent en écho à ces items. Ils illustrent parallèlement le lien entre charge de travail

et revenus, lien omniprésent dans les écrits des MK et sur lequel je reviendrai plus bas.

*Mon plus gros problème est lié aux faibles rémunérations des actes qui nous obligent à **faire énormément d'heures**.*

*Un kiné qui travaille bien pour s'en sortir financièrement doit **multiplier les heures** !! Une masseuse dans un hôtel gagne mieux sa vie, un coach sportif aussi, un ostéopathe aussi. Peut-être que les problèmes de la profession viennent du manque de reconnaissance..... merci.*

*Les Cabinet libéraux ferment les uns après les autres **car travailler 60 heures par semaine** pour un salaire de 2000 € ne vaut plus la peine.*

*Il me semble que la plus grosse contrainte à gérer pour nous kinésithérapeute c'est la **quantité d'heures de travail que nous devons faire** afin de nous permettre de vivre sereinement (réussir à payer nos charges pour ensuite se sortir un salaire perso). Cela si nous voulons avoir une prise en charge qualitative !*

Parallèlement, un autre aspect de la charge de travail renvoie à la pression du temps, par exemple, avoir des horaires resserrés, ce qui amène à refuser de nouveaux patients ou de nouvelles séances.

*Clairement deux soucis : des honoraires trop bas et pas assez de praticiens, **donc on est submergé de demandes**.*

*Réaliser environ 80 actes pour dégager un bénéfice de 2 500 € correspond à 40 heures de travail effectif auprès des patients — activité déjà très sollicitante mentalement — auxquelles s'ajoutent les tâches administratives. Le problème ne réside pas tant dans le nombre d'heures que **dans la densité d'actes à enchaîner chaque semaine**.*

Pour moi perso, c'est vraiment le fait de travailler et de pas être correctement payer pour, ce qui fait qu'on fasse beaucoup d'heures pour avoir un salaire correct. Ce qui est très dur à travailler, c'est qu'on n'arrive pas à gérer le nombre des patients, il y en a de trop, liste d'attente, de plus en plus dur à gérer les

'urgences', opérées, ... Et pendant les vacances qu'on trouve pas de remplaçants...

Bref, le MK se sent submergé par son travail quotidien auquel viennent s'ajouter les prises en charge urgentes. En conséquence de toutes ces facettes de la charge de travail, viennent les difficultés à gérer son planning. Ces stressseurs sont certainement encore amplifiés quand il est difficile de trouver un remplaçant.

Les items composant ce facteur, et les propos des kinés les illustrant, renvoient à une dimension particulière de la charge de travail, à savoir la *surcharge quantitative*. Il s'agit de la somme de travail à effectuer et le cadre temporel dans lequel il doit être réalisé. Travailler sous la pression du temps, avoir trop à faire, un nombre important de patients à suivre sont des exemples typiques. La surcharge de travail est une source importante de stress et d'épuisement émotionnel.

La charge de travail est un stressseur commun à la quasi-totalité des groupes professionnels ou occupationnels. Dans les recherches que j'ai menées précédemment auprès de différentes professions médicales ou paramédicales, elle ressort toujours comme un stressseur majeur. A titre d'exemple, si on le retrouvait déjà dans la première enquête nationale menée auprès des masseurs kinésithérapeutes en 2018 (N=6682, Truchot & Mudry, 2019), on la retrouve également chez les infirmières libérales (N=1678, Truchot & Duboz, 2016), les cadres de santé (N= 732, Truchot & Bestagne, 2017), les médecins généralistes (N=1654, Truchot, 2017), les sages femmes hospitalières (N=1845, Truchot & Morel, 2018). On l'observe tout autant dans des professions comme les agriculteurs (Truchot & Andela, 2018) ou les vétérinaires (Mudry, Truchot & Andela, 2025).

Ce n'est donc pas un stressseur spécifique aux masseurs kinésithérapeutes. Néanmoins, ***pour une partie de ces professionnels***, la charge de travail prend une teinte particulière, en particulier chez les ceux qui « *travaillent correctement, 1 patient par demi-heure, qui continuent à se former, qui ont de l'empathie, qui restent toujours professionnels malgré cette sensation de ne pas être reconnus* ».

En effet au fil des nombreuses pages d'écrits laissés par les participants en fin de questionnaire, on découvre que la charge de travail est perçue par certains kinés comme une conséquence de la situation financière précaire qui se répand dans la profession. En effet, dans les verbatims, la charge de travail est quasi exclusivement évoquée comme une conséquence détestable des faibles revenus des kinés qui

refusent de travailler comme les « *cabinets usines* », faibles revenus engendrés par la trop faible cotation des actes. Les témoignages suivants, choisis au hasard parmi des centaines, illustrent cette présentation de leur situation.

Moi-même, et d'autres confrères en voie de disparition nous efforçons de faire des prises en charge individuelles pour offrir une prise en charge des plus éthique, respectueuse et efficace à nos patients, qui nous confient leur santé. De ce fait, vu la rémunération qui en découle, nous faisons des horaires démesurés et épuisants pour au final, je vais parler pour mon cas personnel, devoir faire des crédits pour pouvoir payer nos charges et vivre à peu près dignement. Je suis dégouté... il faudrait interdire ces usines ou du moins les contrôler car 5-6 patients en même temps, avec des lampes chauffantes, des électrodes ou des ultrasons Je n'appelle pas ça soigner.

La pression fiscale qui nous pousse à beaucoup travailler et nous arrêter très très peu.

La pression financière des charges sociales amène beaucoup de kinés à augmenter leur temps de travail sans pour autant se dégager un meilleur salaire. Et la situation se dégrade beaucoup depuis ces 10 dernières années.

La pression financière des charges qui oblige à travailler plus comme il n'y a pas de revalorisation face aux inflations et hausse des prix.

Le problème principal d'où découle presque tout le reste est la bien trop faible rémunération des séances ! Ce qui impose un rythme et une amplitude horaire inacceptables, pour avoir un revenu décent.

À l'heure actuelle, le problème majeur qu'affronte les kinésithérapeutes en cabinet est la charge de patients qui continuent d'augmenter versus la faiblesse des cotations qui nous obligent à soit travailler de gros volumes horaires, soit à doubler nos prises en charge.

Je pense que beaucoup de kiné aiment leur boulot malgré les horaires affolant et l'impact personnel qu'il a. Mais le système nous étouffe à petit feu.

Ce qui me désespère c'est qu'il faut travailler beaucoup beaucoup beaucoup (donc entre 60 et 70 heures par semaine) pour obtenir un niveau de vie décent et

pour payer ses charges professionnelles !!! Ca c'est très épuisant et très très très stressant ; rajouté à cela toute la charge administrative au sens large, secrétariat, comptabilité, obligations avec la CPAM ou avec l'EHPAD dans lequel j'interviens, tout ceci est très chronophage, énergivore et n'améliore en rien la prise en charge des patients c'est très triste..., help.

Et travailler de longues heures pour se maintenir à flot financièrement risque d'enlever le sens du travail. Le kiné n'a plus le sentiment d'utilité, d'exercer ses compétences au service du patient :

Le problème n'est pas la quantité de travail effectuée, c'est l'impression de le faire uniquement pour couvrir des découverts dus aux multiples assurances, cotisations obligatoires, pour espérer ne pas tout perdre le jour où l'on va soi-même être malade ou en incapacité physique de travailler.

La rémunération stagnante avec l'inflation de la vie quotidienne nous oblige à démultiplier les soins et nous met sous pression ce qui nuit directement à la qualité de nos prises en charge et de notre santé mentale et physique.

Et cette situation peut engendrer, sinon des attitudes négatives, typiques du burnout, du moins, une moins bonne prise en charge des patients :

Mon problème majeur est la baisse de revenus. Tous les ans pour un temps de travail identique, les revenus diminuent (car les charges augmentent). Donc à terme, on a tendance à diminuer la qualité des soins (durée de séance).

Et les kinés concernés déplorent l'impact de cette situation sur leur santé :

A force d'être sous payé on travaille trop. J'ai à peine 36 ans, j'ai des douleurs dorsales et aux épaules quasiment quotidiennes les jours de travail. Pourtant je fais du renforcement et du travail de mobilité à côté.

Nos corps ont besoin de repos. C'est pas avec des séances à 16 euros et des clopinettes brut la demi-heure qu'on peut se permettre de moins travailler. On travaille trop. On est sous payé. On a mal partout. On est fatigué.

La fatigue dues aux heures nécessaires pour faire tourner un cabinet compte tenu des honoraires faibles en non revalorisés...

S'ensuit pour certains un véritable conflit éthique : faut-il continuer à prendre un patient toutes les demi-heures ? Passer à 20 minutes la consultation ?

Ce qui est certain, c'est que le faible montant des cotations incite à prendre plusieurs patients en même temps (ce qui nuit à l'image de la profession d'après ce que me rapporte mes patients) ou oblige à faire des horaires à rallonge, pour peu qu'on reste fidèle à ses convictions (1 patient par 30 min) , ceci à l'origine de certains états psychologiques et physiques du fait des cotisations et charges qui augmentent ainsi que le coût de la vie.

Et pour certains, ce n'est pas seulement la santé qui souffre de cette situation, mais également les choix et les opportunités de vie :

Je n'ai pas d'enfants mais dans l'état actuel des choses je pense que cela doit être bien difficile de s'en sortir en rajoutant cela à nos journées surchargées à la fois pour s'en sortir financièrement et pour tenter de répondre à la pression des demandes de soins des patient(e)s.

Avoir l'opportunité de rencontrer quelqu'un et d'établir une relation est assez difficile avec les horaires de travail que nous avons.

Incapacité d'arrêter son activité professionnelle lors d'un deuil ou d'un drame familial majeur plus de quelques jours car la logistique du cabinet et les besoins financiers pour son fonctionnement sont rapidement impossibles à gérer

Malgré le fait que j'adore et je m'épanouis complètement dans la parentalité, je n'ose pas avoir de 2^{ème} enfant pour des raisons d'emploi du temps, de disponibilité et pression financière !

,... mon métier ne permettait pas d'élever correctement des enfants, et la société non plus, donc je n'en ai pas eu ...

De fait, la charge de travail, avec l'amplitude horaire et la fatigue physique et psychologique qu'elle engendre déborde sur la vie privée :

Vous ne demandez pas si nous avons des enfants (bas âge ou scolarisés), or c'est un facteur d'épuisement très important surtout chez les femmes dont la charge mentale est énorme. Et cela doit s'ajouter à la pénibilité dans le travail car

malgré le nombre d'heures moins importantes travaillées globalement dans la semaine (mercredi chômé, ce qui fait que lorsque vous demandez les heures hebdomadaire dans votre questionnaire il y a un biais, il faudrait des heures journalières), les journées sont en réalités interminables.

On ne peut pas comparer des professionnels qui arrêtent réellement lorsqu'ils rentrent chez eux car sans enfants à charge.

Ma vie perso en est réduite à être célibataire car pour maintenir un revenu ayant engagé des prêts pros et perso par rapport au revenu de 2015 les heures ont augmentés et ma compagne me l'a reproché.

Et c'est dur de devoir travailler plus tard que mes patients (pour les voir après leur travail) et ne pas voir mes enfants ces soirs-là.

Aujourd'hui je suis blasée ou dans le déni de cette liste d'attente tellement longue qu'elle me submerge. Je ne fais que les heures que je suis capable de faire. Néanmoins il est difficile de m'occuper de mes enfants malades, ou encore de me libérer pour un weekend prolongé en plus des congés que je prends déjà (8 semaines) pour des raisons financières. Enfin il est rarissime de trouver remplaçant et assistant en milieu rural.

J'aime bcp mon travail et ne regrette pas de l'avoir choisi. Cependant, depuis 16 ans que je travaille, je subis une grosse perte de pouvoir d'achat dûe aux manques de revalorisation de nos actes. Je voudrais pouvoir continuer à travailler avec passion et implication auprès de mes patients, mais j'ai l'impression de sacrifier trop de ma vie privée pour peu de revenu. Ceci commence à me faire perdre le goût de mon travail et l'envie de continuer. Je pense même parfois à me reconverter... à regret.

Je n'ai aucun souci de relationnel avec mes patients et j'aime mon métier mais mon plus gros stress est de pouvoir payer mes factures. C'est pourquoi je travaille beaucoup et ne prends très peu de vacances et passe peu de temps en famille ou avec mes amis...ce que je regrette.

Les conditions de travail d'une maman qui a dû baisser son temps de travail et surcharger son emploi du temps et prendre un nombre minimum de patients pour juste essayer de ne pas trop perdre d'argent. Les vacances scolaires

impliquent également de devoir délaissier le cabinet pour garder les enfants, entraînant de se fait une surcharge de travail sur le reste du temps de travail. Obligation également de multiplier les projets pour maintenir l'érosion des revenus depuis 15 ans à chiffre d'affaires équivalent. Grosse difficulté de mener de front carrière professionnelle épanouissante et correctement rémunérée, avec un travail de maman qui implique une grosse charge mentale et du temps. L'impression d'être sous payée pour nos compétences et noyée par l'emploi du temps pro et perso.

Charge de travail et burnout.

Dans notre échantillon de kinés libéraux, la charge de travail est le stressor le plus fortement associé à l'épuisement émotionnel, le noyau dur du burnout ($\beta = .29$, $p < .001$). Elle est également associée, mais dans une moindre mesure au cynisme ($\beta = .07$, $p < .001$). Les analyses statistiques révèlent encore que cette charge est corrélative d'un débordement de la sphère professionnelle sur la vie privée ($\beta = .40$, $p < .001$). Ceci n'est pas surprenant au vu des témoignages exposés plus haut, et dans lesquels, les kinés expliquent combien leur charge de travail entrave leur vie privée ou ne permet pas d'y consacrer du temps et de l'énergie.

Charge de travail et variables socio-démographiques.

La charge de travail perçue ne diffère pas en fonction du genre. Elle est aussi fortement perçue par les hommes ($M = 32.7$) que par les femmes ($M = 32.9$). Mais les MK qui vivent en couple la perçoivent davantage que celles et ceux qui vivent seuls ($M = 33.1$ vs. 31.9 , ($F(1, 7574) = 32.99$, $p < .0001$). Il est possible que le débordement sur la vie privée soit plus pénible, ou davantage perçu, pour ceux qui vivent en couple. Concernant les caractéristiques du travail, il n'y a pas de différence selon que les participants travaillent seuls ou en cabinet de groupe. Les moyennes sont identiques : 32.8 .

Il n'y a pas davantage de différence en fonction de l'amplitude horaire ou du nombre d'actes réalisés. Ce qui peut paraître paradoxale. Mais c'est un résultat fréquemment observé.

En revanche, on observe un effet du lieu d'exercice : $F(2, 7562) = 30.09$, $p < .001$. Ceux qui exercent en milieu rural perçoivent davantage la charge de travail ($M = 33.8$) comparativement à ceux qui exercent en milieu périurbain ($M = 32.6$) ou urbain

(M=32.3). Et ces deux dernières moyennes ne diffèrent pas entre elles. En d'autres termes, exercer en milieu rural est associé à une plus forte charge de travail.

Charge de travail perçue en fonction de l'âge des MK.

La charge de travail, telle qu'elle est perçue par les MK libéraux, varie-t-elle en fonction de l'âge ? L'analyse statistique ne montre aucune corrélation : $r = .02$. Toutefois, si on porte l'analyse en fonction des générations, on observe, globalement, un effet significatif : $F(4, 7556) = 43.36, p < .001$. Les moyennes de chaque génération sont présentées au tableau suivant.

Générations	Charge de travail perçue
≤ 28 ans	31.2a
29-44	33.1b
45-60	33.7c
61-79	30.8
≥80	20.1

Tableau III.5 : perception de la charge de travail en fonction des générations.

Toutes les moyennes sont statistiquement différentes entre elles (T de Student). C'est la génération des 45-60 ans qui perçoit le plus la charge de travail (M=33.7). Vient ensuite, par ordre décroissant la génération des 29-44 ans (M=33.1), puis celle des plus jeunes, les moins de 28 ans, (M= 31.2) puis les babyboomers (M=30.8). Autrement dit on observe une augmentation de la perception de la charge de travail lorsque l'on passe des plus jeunes, la génération Z à la génération X, celle des 45-60 ans, pour diminuer chez les babyboomers, proches de la retraite ou en semi-retraite.

Second facteur : Menaces et agressivité de la part des patients. (Alpha = .80)

Le second facteur est composé des items suivants :

	F	M	e-t	E.E	Dp.
--	---	---	-----	-----	-----

12- Il m'arrive parfois d'être menacé.e verbalement par certains patients.		1.5	.8	.23	.22
10- Certains patients sont irrespectueux (agressifs, vulgaires).		2.1	1.0	.28	.31
37- Il m'arrive d'être menacé physiquement par certains patients.					
48- J'ai l'impression de ne plus me sentir en sécurité avec certains patients.		1.5	.8	.27	.26
4- Certains patients se permettent de me faire des avances ou d'avoir des comportements inappropriés.		1.9	1.0	.24	.22

Tableau III.5 : items du facteur «**Menaces et agressivité de la part des patients** ». F= poids factoriel ; M = moyenne ; e-t = écart-type ; E.E = épuisement émotionnel ; Dp. = dépersonnalisation.

Ce second facteur renvoie aux attitudes et comportements négatifs des patients, allant du manque de respect (« *Certains patients sont irrespectueux, (agressifs, vulgaires)* ») aux menaces verbales et même physiques (« *Il m'arrive parfois d'être menacé.e verbalement par certains patients* » ; « *Il m'arrive d'être menacé physiquement par certains patients* ».), en passant par les comportements connotés sexuellement : (« *Certains patients se permettent de me faire des avances ou d'avoir des comportements inappropriés* ».). Tous ces comportements font que certains MK ressentent parfois un sentiment d'insécurité (« *J'ai l'impression de ne plus me sentir en sécurité avec certains patients* ».).

Nous sommes bien ici dans ce que l'Organisation Internationale du Travail nomme « violence au travail » c'est-à-dire « tout acte, incident ou comportement qui s'écarte d'une conduite raisonnable et au cours duquel une personne est menacée, lésée ou blessée dans le cours de son travail ou en conséquence directe de celui-ci » (OIT – Organisation internationale du Travail, 2003). Cette définition recouvre donc toutes les formes de violence, qu'elles soient physiques ou psychologiques.

Et la convention n°190 de l'OIT précise : « l'expression 'violence et harcèlement' dans le monde du travail s'entend d'un ensemble de comportements et de pratiques inacceptables, ou de menaces de tels comportements et pratiques, qu'ils se produisent à une seule occasion ou de manière répétée, qui ont pour but de causer,

causent ou sont susceptibles de causer un dommage d'ordre physique, psychologique, sexuel ou économique, et comprend la violence et le harcèlement fondés sur le genre. L'expression « violence et harcèlement fondés sur le genre » s'entend de la violence et du harcèlement visant une personne en raison de son sexe ou de son genre ou ayant un effet disproportionné sur les personnes d'un sexe ou d'un genre donné, et comprend le harcèlement sexuel. »

Dans leurs écrits, les MK rapportent notamment des violences verbales. Certaines de ces violences verbales sont attribuées aux conditions d'exercice des MK :

Nous travaillons beaucoup, sommes contraints de faire des dépassements d'honoraires ou de diminuer les durées de séance pour tenir financièrement. Et les patients s'en rendent compte et sont mécontents, je n'ai jamais été autant agressée verbalement que cette année. Une séance à 16€ avec 50% de charge c'est vraiment dégueulasse.

D'autres kinés évoquent des actes plus violents, sans qu'ils soient détaillés :

Pour mieux comprendre notre stress, il faut quantifier la somme de stress qu'on supporte quotidiennement (3 plaintes policières cette année).

D'autres participants évoquent également les comportements déviants des patients sans plus de précision :

Agressivité et l'irrespect des patients.

Agressions sexuelles.

Étendue des exigences, attitudes néfastes, agressivité des patients et leurs fréquences.

Pas moi directement mais une remplaçante a subi des violences verbales de la part d'une dame.

Comme dans la définition de l'OIT, les femmes MK sont victimes de comportements sexistes de la part des patients :

Gestes ou paroles déplacées de la part des patients, non considérées comme des agressions.

Les agressions sexuelles et les remarques déplacées qui sont fréquentes.

Les violences sexistes que subissent les kinésithérapeutes de la part des patients.

Je subis très peu de violence verbale et physique dans l'exercice de ma profession mais cela vient du fait que je me suis spécialisée en rééducation sénologique et périnéale féminine. Par le passé lorsque je pratiquais de la kiné "générale" cela m'arrivait et quasiment exclusivement avec des patients masculins qui pouvaient également avoir des comportements inappropriés envers moi.

Enfin concernant les problématiques de violences verbales et de respect, je constate malheureusement bien souvent que ces patient(e)s là ne se permettraient pas de faire ce genre de réflexion à mes collègues hommes de 45 ans alors qu'à une femme de moins de 30 ans c'est bien plus "facile".

Et même si ces violences ou agressivités ne sont pas nécessairement fréquentes, elles sont suffisantes pour détériorer le climat organisationnel :

Tensions et violence ainsi qu'incivilités viennent nuire à l'ambiance du cabinet.

De plus en plus de problèmes de racisme, de point de vue politiques et d'aspects psychosociaux à gérer au cabinet.

Evidemment, ces violences peuvent venir de personnes souffrant de pathologies mentales et avec lesquelles des précautions s'imposent notamment pour les femmes :

Insécurité des collègues femmes face à certains hommes déséquilibrés (par ex : problèmes psychiatriques), obligation de mettre des patients potentiellement dangereux notamment des hommes avec un praticien homme qui serait plus à même de maîtriser une menace.

Et certains MK souhaitent que soient mises en place des mesures de protection, qu'elles soient administratives ou matérielles :

La mise en place d'un dispositif pour signaler les patients problématiques. Aujourd'hui le faible de nombre de thérapeutes par rapport au nombre de patients nous oblige à faire de la discrimination. Je préférerais discriminer les patients irrespectueux, toxiques et dangereux. Ces patients, par leurs comportements, diminuent la qualité des soins des autres patients, puisque l'on doit digérer le tout et cela prend bien plus de temps.

Notre sécurité et notre défense en cas de plainte... nous travaillons dans des salles fermées. C'est notre voix contre celle de notre patient. Nous souhaiterions une meilleure protection.

Et chez les MK comme dans les autres professions médicales, la judiciarisation de notre société, entraîne son lot de poursuites pénales, vécues comme une forme de violence :

J'ai été poursuivi en procès pour des broutilles techniques, considérées comme telles par les instances et les juges. C'est pire que les violences de toutes sortes.

Toutefois, il faut préciser que les attitudes et comportements auxquels renvoient les items qui constituent ce stressor et qui sont rapportés plus haut, sont perçus comme survenant rarement. Sur l'échelle de réponse allant de 1 à 7, les moyennes de réponses des quatre items se situent entre 1 et 2 c'est-à-dire entre « jamais » et « rarement » et une cinquième moyenne est égale à 2.1, correspondant donc à « rarement ». Par ailleurs, même si une seule agression, qu'elle soit verbale ou physique est intolérable et peut laisser des traces psychologiques durables, dans notre échantillon de kinés, les corrélations de chaque item de ce facteur avec l'épuisement émotionnel, même si elles sont significatives demeurent faibles malgré tout, se situant entre $r = .21$ et $r = .28$.

D'ailleurs certains MK dans leurs écrits relativisent la fréquence de la violence des patients :

Le sujet traite sur les violences subies par les masseurs kinésithérapeutes, globalement, je dois avoir de la chance, car j'ai subi très peu de violence de la part de mes patients, pour moi la violence vient surtout des décisions gouvernementales qui créent une division au sein de la profession, un mécontentement général, de la résignation, du surmenage car il faut beaucoup travailler pour rembourser les prêts, les taxes, les impôts, les assurances etc. Ce

sont ces mêmes décisions qui poussent les professionnels (et ça peu importe la profession) à sortir de leur éthique, de leur empathie.

Agressions et burnout.

Par ailleurs, les analyses de régressions multiples nous montrent que ce facteur n'est pas associé au burnout. En effet, il n'y a pas de lien entre agression et épuisement émotionnel ($\beta = .01$, NS) ni entre agression et cynisme ($\beta = .00$). Mais nous verrons plus bas que trois autres facteurs distincts concernent encore les attitudes et comportements négatifs des patients. Et ces facteurs sont associés au burnout à des degrés divers.

Agression et caractéristiques sociales démographiques.

Ce n'est pas surprenant, vu les témoignages recueillis et rapportés plus haut, d'observer que l'agressivité est davantage perçue par les femmes que par les hommes ($M=8.7$ vs 7.7 , $F(1, 7563) = 196.8$, $p<.0001$).

Il n'y a pas de différence selon que les kinés exercent seuls ou en cabinet de groupe ($M= 8.2$ dans les deux groupes). En revanche, on observe une influence du lieu d'exercice : $F(2, 7562) = 4.447$, $p<.02$.

En fait, ceux qui exercent en ville, perçoivent davantage ces comportements agressifs ($M= 8.3$) comparativement à ceux qui exercent à la campagne ($M=8.1$). $t(6030 \text{ ddl})= 2.92$, $p<.01$. Mais ceux qui exercent en péri-urbain ne diffèrent pas des deux autres groupes. Ils ont un score intermédiaire ($M=8.2$). T de Student : NS.

Par ailleurs l'agressivité des patients ne dépend pas du nombre d'actes réalisés ni de l'amplitude horaires hebdomadaire ($r = .01$) dans les deux cas.

Agression et âge.

La perception des agressions est corrélée négativement avec l'âge ($r=-.11$, $p<.000$). Ce qui signifie que cette perception diminue lorsque l'on passe des plus jeunes au plus vieux. Mais, si cette corrélation est statistiquement significative, c'est principalement lié à la taille de l'échantillon.

Quand on s'intéresse à la différence entre générations, les comparaisons de moyennes (ANOVA) donnent une différence globale très significative : $F(4, 7556)$. Si cette fois si on réalise des comparaisons par paires, à une exception près, toutes les différences sont significatives. Lorsque l'on passe d'une génération à l'autre, en allant des plus jeunes aux baby-boomers (61-79 ans) la différence est toujours significative. Seules les deux dernières moyennes, celle des Boomers (7.6) et celle des plus âgés, (7.3= dont on se rappelle qu'ils sont peu nombreux, (N= 9) ne diffèrent pas significativement d'un point de vue statistique.

Générations	Agressions perçues
≤ 28 ans	8.9
29-44	8.3
45-60	8.0
61-79	7.6
≥80	7.3

Tableau III.6: perception des agressions en fonction des générations.

Troisième facteur : Incivilités, non observance, non implication du patient. Alpha = .76.

Le 3^{ème} facteur est composé des items suivants :

	F	M	e-t	E.E	Dp.
52- Certains patients manquent de civisme (retard aux RDV, RDV non honorés).	.69	3.9	1.3	.26	.28
62-Certains patients contestent le traitement proposé, la stratégie thérapeutique.	.59	2.4	1.1	.27	.39
55 - Il faut relancer plusieurs fois certains patients pour espérer être payé.	.58	3.2	1.5	.30	.27

40-Face aux attitudes et comportements de certains patients, je deviens de plus en plus distant.e. avec eux.	.56	2.7	1.2	.34	.46
60-Certains patients ne s'impliquent pas de manière dynamique dans leurs prises en charge.	.56	3.8	1.1	.28	.33
3- Je fais face à des patients trop exigeants.	.54	3.4	1.1	.40	.35

Tableau III.7: items du facteur **Incivilités, non observance, non implication du patient**. F= poids factoriel ; M = moyenne ; e-t = écart-type ; E.E = épuisement émotionnel ; Dp. = dépersonnalisation.

Comme au deuxième facteur, les items qui constituent ce facteur renvoient aux attitudes et comportements problématiques des patients vis-à-vis des MK. Comment alors différencier ces deux catégories de stressors ? En fait les items du facteur précédent, outre qu'ils renvoyaient davantage à des attitudes et comportements violents, ce qui n'est pas le cas ici, concernaient davantage des actes qui traduisent une attitude générale des patients visés, attitudes qu'ils ont probablement avec d'autres professionnels, soignants ou non, voir quand il s'agit de sexisme, attitudes qu'ils ont avec les femmes en général. Ces items, tout comme les verbatims cités plus haut, ne concernent pas (ou peu) un moment précis. Alors qu'avec ce troisième facteur, les comportements décrits concernent essentiellement les moments du déroulé de la relation thérapeutique, qu'il s'agisse des exigences des patients, de leur manque d'implication, de la contestation du traitement proposé, ou la suite des soins, à savoir le paiement.

Les items composant ce facteur renvoient pour partie aux incivilités commises par les patients : « Certains patients manquent de civisme (retard aux RDV, RDV non honorés) » ou encore « il faut relancer plusieurs fois certains patients pour espérer être payé ». La fréquence de ces comportements se situent entre « parfois » et « assez souvent ».

Les écrits des MK illustrent bien les comportements « sans gêne » auxquelles ils sont confrontés :

Manque de respect, de reconnaissance ; baisse du niveau d'intelligence, utilisation intempestive des portables lors des soins j'en passe et des meilleurs...dans quelle société vivons-nous ?

Le questionnaire passe très rapidement sur le sujet du respect de la part des patients (lapins, retards) : actes qu'on ne peut pas coter donc revenus en moins : c'est un fléau pour la profession.

Annulations tardives et lapins trop nombreux.

Comme dans d'autres professions, les MK rapportent que ces comportements d'incivilité augmentent en fréquence depuis quelques années :

Je trouve que depuis mon entrée dans le métier et même avant et pendant les stages il y a une dégradation de civilité. Les patients préviennent peu ou de plus en plus tardivement, nous oublient. Comme si la kinésithérapie n'était qu'un plus.

On trouve bien dans ces écrits la définition des incivilités proposée par Yaqoob, Shahzad, Faisal, Kitchlew et Abualigah, (2025) lorsqu'ils écrivent qu'elle est, au travail, « un comportement déviant de faible intensité violant les normes de respect mutuel sur le lieu de travail [et qui] se manifeste sous diverses formes, telles que des accès de colère, la propagation de rumeurs et l'interruption des autres (...) l'incivilité au travail a des effets néfastes sur les individus et la performance organisationnelle » (pages 1-2).

Autrement dit, cet acte déviant « de faible intensité » se distingue des conduites que nous avons vu avec le facteur de stress précédent, c'est à dire agressions, violences, ou injures, qui ont une intensité plus forte et une intention manifeste de nuire à la cible. Bien qu'elles soient de faibles intensités comparativement aux comportements agressifs, bien que l'intention de nuire ne soit pas toujours clairement établie, il est aujourd'hui bien établi que les incivilités au travail entraînent des conséquences négatives sur la santé et les performances des individus. Ainsi dans leur méta-analyse récente portant sur les incivilités au travail, Yao, Lim, Guo, Ou, & Ng, (2022) citent des travaux montrant que les incivilités sont associées à une réduction du bien-être et de la satisfaction au travail. Elles contribuent à diminuer les comportements de citoyenneté organisationnelle, et à accroître les conduites contreproductives. Elles élèvent les intentions de turnover.

Parallèlement à ces incivilités, les MK déplorent les postures passives de certains patients qui ne s'investissent pas activement dans le processus thérapeutique et sont en quelque sorte les équivalents des malades non compliants, non observants, des médecins généralistes (« *Certains patients ne s'impliquent pas de manière dynamique*

dans leurs prises en charge »). Certains vont même jusqu'à remettre en question les actes thérapeutiques du MK (« Certains patients contestent le traitement proposé, la stratégie thérapeutique »).

Nous nous rendons compte de + en + que le travail actif est beaucoup plus efficace que le travail passif. Or il est dur de faire changer la mentalité de patients qui ont connu majoritairement des kinés dont le traitement était majoritairement du massage et du TENS. Ces patients-là, il nous est très difficile de leur faire comprendre que ce qui les soulagera sur le long terme ce sera + de mobilité et de renforcement... La plupart n'adhère donc pas vraiment au traitement et ne réalise donc pas leurs exercices à la maison...

Attentes et idées reçues des patients, sur le métier de kinésithérapeute, totalement en désaccord par rapport à la réalité du terrain. Massages vs. exercices, soins considérés comme "gratuits", patients trop dans le passif alors que la science prouve que l'actif est dans la grande majorité des cas la solution.

Trop grande passivité des patients et prises en charge parfois trop chroniques dûes à la gratuité des séances.

En parallèle, les MK se plaignent du degré d'exigence excessif des patients :

Certains manquent de respect, il faut être à leur service, jamais contents car ils n'ont toujours pas retrouvé la forme de leurs 20ans...

On a des patients de plus en plus exigeants et de plus en plus multipathologiques et donc complexes, plus de temps avec eux, plus d'énergie.

Trop de temps administratif, chiffre d'affaires beaucoup trop bas +++, forte exigence de patients.

L'exigence des patients, le délai d'attente de prise en charge, le travail des médecins radiologue fait à leurs places sans l'imagerie donnée souvent, la lourdeur administrative de la sécu (démarche indu), l'exigence des remplaçants, etc., etc., etc.

Incivilités, non observance, non implication du patient et burnout.

Y a-t-il un lien entre ces attitudes et comportements des patients et le burnout ?

Les incivilités sont corrélées significativement avec l'épuisement émotionnel ($r=.46$, $p<.0001$), avec la dépersonnalisation ($r=.50$, $p<.0001$) et avec la dissonance émotionnelle ($r=.45$, $p<.0001$). Ces corrélations sont élevées puisque la part de variance commune est, respectivement, de 21%, 25% et 20%. C'est donc un stressor significatif.

Toutefois, lorsque l'on passe aux analyses de régression multiples linéaires, celles-ci n'indiquent pas de lien avec l'épuisement émotionnel ($\beta = .02$, NS). Toutefois, elles révèlent une association significative avec le cynisme. Plus ces attitudes et comportements sont perçus par les MK, plus ces derniers développent des conduites de mise à distance vis-à-vis des patients. ($\beta = .22$, $p<.001$). On observe encore un lien, mais modéré avec la dissonance émotionnelle ($\beta = .05$, $p<.001$).

Incivilités, non observance, non implication du patient et variables socio-démographiques.

Comme pour les agressions, ces comportements sont davantage perçus par les femmes ($M=20.0$ vs. 19.0 , $F(1, 7563) = 74.4$, $p<.0001$) qui sont donc plus exposées à ces conduites.

Concernant l'âge, on observe une corrélation négative significative : $r = .29$, $p<.0001$. Autrement dit, globalement, plus les kinés sont âgés, moins ils perçoivent les incivilités ou la non-implication des patients.

Générations	Incivilité et non implication
≤ 28 ans	21.8
29-44	19.9
45-60	18.5
61-79	17.0

≥80	14.7
-----	------

Tableau III.8: perception des incivilités en fonction des générations

Si l'on se penche sur les différences entre générations, les comparaisons de moyennes (Cf. tableau ci-dessus) confirment bien que ces comportements sont davantage perçus par la plus jeune génération, *i.e.*, les moins de 28 ans, pour diminuer au fur et à mesure que l'on passe à la génération suivante. Les moyennes sont toutes significativement différentes entre elles (t de Student), mis à part celle des 80 ans et plus. Mais cela est lié à son faible effectif (N=9).

A nouveau plusieurs interprétations sont possibles en ayant bien en tête à nouveau que nous pouvons seulement, en toute rigueur, comparer des générations entre elles : si le délitement de l'autorité (qui frappe toutes les professions) frappe toutes les catégories d'âge, ce phénomène concerne peut-être davantage les plus jeunes, les plus âgés étant plus protégés par leur statut et leur stature d'aînés. Il est également possible que les générations les plus avancées en âge aient progressivement développer des stratégies de faire face efficaces ce qui les amènerait à maîtriser davantage ces situations.

Quatrième facteur 4 : Relations avec les prescripteurs. (Généralistes, hôpitaux). Alpha = .74.

Le facteur 4 est composé des 5 items suivants :

	F	M	e-t	E.E	DP.
9- La communication avec certains médecins généralistes est insuffisante.		4.0	1.3	.19	.18
31- J'ai des difficultés à joindre les médecins au téléphone.		3.6	1.4	.20	.17
6 Les prescripteurs ne savent pas ce que je peux faire ou fais dans ma pratique.		4.1	1.2	.19	.16
15 Il est difficile de communiquer correctement avec les hôpitaux quand j'en ai besoin.		4.2	1.5	.18	.13

18-Certains médecins me considèrent comme un(e) subalterne.		2.9	1.4	.27	.24
---	--	-----	-----	-----	-----

Tableau III.9 : Items du facteur « relations avec les prescripteurs ». F= poids factoriel ; M = moyenne ; e-t = écart-type ; E.E = épuisement émotionnel ; Dp. = dépersonnalisation.

Les situations évoquées ici sont relativement fréquentes puisque 3 d'entre elles sont perçus comme se produisant « assez souvent ».

Ce stressor est déjà apparu au cours de la précédente étude. Il est composé des mêmes items. En 2024 comme en 2018, les MK déplorent donc « l'insuffisance de la communication avec certains médecins généralistes » ou encore la difficulté « à communiquer correctement avec les hôpitaux » quand ils en ont besoin. Des verbatims viennent compléter ces items :

La reconnaissance des médecins/ chirurgiens. Ils ne savent pas ce que l'on fait, comment on le fait. Par conséquent ils inculquent des fausses croyances aux patients

Il serait intéressant d'échanger avec certains médecins sur la réelle nécessité de soins pour patients chroniques.

Certains MK reprochent d'ailleurs aux médecins de les ignorer :

Les médecins renouvellent des ordonnances toute l'année à certains patients sans avoir besoin. Ils pourraient contacter leur kiné pour savoir si vraiment le patient en a besoin ou s'il en profite puisque les soins sont payés par l'état.

Des médecins ne se soucient pas de l'importance de notre bilan et qu'on peut adapter et savoir gérer notre séance en fonction de l'état du jour du patient.

Il est également reproché à certains médecins une négligence, un manque d'implication ou d'intérêt qui ont pour conséquence d'entraver l'action du kiné et de saper son efficacité :

Très difficile de passer après un médecin qui a pris 5 min avec le patient par manque de temps ou mépris, et qui nous arrivent avec des tas de peurs, de croyances qui limitent notre impact...

Médecin généraliste de moins en moins engagé/ et spécialiste qui consulte rapidement donc les patients nous posent des questions qui ne sont pas de notre ressort, ou ont des difficultés qui auraient pu être évitées en amont de la séance de kinésithérapie.

Je ne supporte plus de faire des séances qui, calment les douleurs des patients certes, les maintiennent certes, mais ne soignent pas car on attend 6 semaines une radio, une IRM, des mois un rhumato qui ne dit rien de plus que moi, ne répondent pas aux courriers, mais lui est médecin, donc le généraliste l'écoute. Bref des dépenses inutiles, j'en ai honte de participer à ça, mais les patients me disent sans vous on est dans la nature avec la douleur et tout le monde s'en fout.

Questionnement sur la sensation que la profession devient inutile aux yeux de nos dirigeants, des médecins généralistes et des chirurgiens.

Et comme en 2019, bien des kinés se considèrent non seulement ignorés mais déconsidérés, voire méprisés par les médecins :

Je m'épanouirais mieux dans ma vie professionnelle si notre travail était mieux rémunéré car cela enlèverait une pression économique grandissante liée aux charges croissantes (inflation et charges sociales) et si notre profession était mieux considérée par nos dirigeants et les autres professionnels de santé (médecins généralistes et spécialistes).

Nous avons besoin de reconnaissance dans notre travail, qui nous demande d'être toujours de plus en plus performants. Nous ne sommes pas les subalternes des médecins. Il est temps qu'ils sachent ce que nous faisons dans nos cabinets et qu'ils respectent notre travail. En commençant par arrêter de nous fournir des listes de courses en guise d'ordonnance.

Le sentiment de manque de respect par le corps médical.

Avoir l'impression d'être considéré comme la 5ème roue du carrosse par certains médecin.

Fatiguée par ces trop nombreux prescripteurs qui ne respectent nullement notre travail, qui nous prennent trop souvent pour des larbins , qui gâchent tous les efforts par la distribution d'arrêt de travail à tout va . Vivement la retraite et certainement pas à 67 ans !

Comment avoir une meilleure reconnaissance de la part des médecins et des patients !!!!

Par ailleurs, outre les attitudes d'ignorance ou de mépris à leur endroit, les MK estiment souvent qu'en fait, le corps médical ne connaît ni leur domaine de compétences, ni les bienfaits de la kinésithérapie, ni ses limites :

*Orientation tardive des patients dans certaines spécialités ! (Maxillo / pédiat / ...)
Errance thérapeutique par méconnaissance de nos champs de compétences =
chronicisation de la pathologie / dégradation de l'état psychique / santé mentale
/ retrait relationnel ou social / croyance que c'est "pour toute la vie"*

Le véritable manque de connaissance de nos prescripteurs quant à nos compétences professionnelles et notre qualité à préciser un diagnostic.

Trop de prescriptions médicales pour de la kinésithérapie pour des rhumatismes pour la personne très âgée (sans parler des examens complémentaires prescrits pour ces mêmes personnes ... : un vrai gaspillage de temps et d'argent à mon sens !!!)

Le manque de reconnaissance de notre profession, à la fois dans la société et chez de nombreux prescripteurs. Beaucoup ne disposent pas de compétences suffisantes dans le domaine musculosquelettique, délivrent parfois des messages nocebo, et ne connaissent pas réellement le champ d'action ni l'expertise de la kinésithérapie.

Méconnaissance des prescripteurs de notre nomenclature.

Notre pratique évolue beaucoup et nous manquons de considération et de reconnaissance de la part des prescripteurs et des instances décisionnaires.

Manque de reconnaissance des compétences par les patients et les médecins.

Manque également d'éducation thérapeutique de la part des médecins sur le diagnostic des pathologies de patients.

Vos questions étaient pertinentes et bien renseignées. Le rythme de travail d'un kine est lourd pour ceux qui veulent faire consciencieusement leur travail (salaire oblige), notre métier est formidable mais mal connu et pas assez soutenu par les médecins qui nous connaissent si peu et si peu les pathologies et leurs propres patients (...).

Manque de reconnaissance des médecins, manque de connaissance de notre profession par les prescripteurs.

Manque de connaissance autour de la prescription de rééducation de la part des médecins car trop d'ordonnances invalides, qui ne prennent pas en compte les référentiels des pathologies, les éléments mentionnés qui ne sont pas pris en charge pas l'assurance maladie (ex : drainage lymphatique pour jambes lourdes, travail cicatriciel à visée esthétique, ondes de choc, etc.)"

Ce qui me pèse le plus reste le manque de considération de la profession par la médecine en général qui ne s'intéresse pas à notre profession, nos compétences et qui n'a pas l'air de connaître non plus la limite de la kinésithérapie dans certaines pathologies ou situations.

Ajoutons pour être complet, que certains MK attribuent le manque de communication au fait que les différents professionnels manquent de temps des uns et des autres :

Autre point qui me paraît important pour la qualité des soins, la communication entre professionnels de santé, essentielle mais non gratifiée... Conséquence : on ne communique pas assez car c'est chronophage.

Relations avec les prescripteurs et burnout.

Les relations dégradées avec les prescripteurs sont corrélées avec l'épuisement émotionnel ($r=.30$, $p<.001$) et avec la dépersonnalisation ($r=.25$, $p<.001$). On note encore un lien avec la dissonance émotionnelle ($r=.27$, $p<.001$).

Toutefois, lorsque l'on se penche sur les résultats des analyses de régression linéaires multiples, l'interprétation diffère. En effet, malgré les entraves à l'efficacité professionnelle engendrées par les ratés de la communication avec les prescripteurs, malgré les ressentiments qui en découlent pour les MK, et malgré la fréquence élevée de ces stressors, les analyses statistiques n'indiquent aucun lien relatif avec le burnout, qu'il s'agisse de l'épuisement émotionnel ou du cynisme (Dans les deux cas $\beta = .00$).

Relations avec les prescripteurs et variables socio-démographiques.

Il n'y a pas de différence en fonction du genre : les femmes et les hommes déplorent avec la même fréquence la communication insuffisante avec les prescripteurs, ou l'ignorance, voir le mépris dont ils sont victimes de la part de ceux-ci.

Concernant l'âge, on observe une corrélation significative, mais néanmoins faible. ($r = -.08$, $p < .001$). Ce stressor tend donc à s'atténuer lorsque l'on passe des plus jeunes aux plus âgés. Les mécanismes psychosociaux évoqués plus haut à propos du lien entre l'âge et la perception des stressors peuvent certainement s'appliquer également ici.

Parallèlement, on observe un effet des générations, même si de l'une à l'autre les différences entre les moyennes, bien que significative demeurent faibles. Ces moyennes sont de 19.4, 18.9, 18.5, 18.3 et 14.0 lorsque l'on passe de la génération Z, aux babyboomers et aux « silencieux ». $F(1, 7756) = 11.5$, $p < .0001$.

Ceux qui exercent en milieu rural perçoivent significativement moins ce stressor ($M = 18.4$) que ceux qui travaillent en zone urbaine ($M = 19.0$) ou périurbaine ($M = 19.1$). Ces deux dernières moyennes ne diffèrent pas entre elles. Les kinés qui exercent en zone rurale ont-ils davantage de relation de proximité, moins anonymes avec les autres soignants, comparativement à leurs confrères exerçant en ville ou en périurbain ?

Par ailleurs, la perception de ce stressor n'est pas corrélée avec l'amplitude horaire ou avec le nombre de patients reçus.

Cinquième facteur : dégradation, précarité, fragilité des patients : Alpha = .70

Le cinquième facteur est composé des cinq items suivants :

16- Je suis confronté(e) à des patients qui se dégradent physiquement.	.63	3.8	1.2	.16	.15
28 - Je prends en charge des patients fragiles (bébés, gériatrie,...)	.61	4.2	1.4	.05	.01
54 J'ai des prises en charge de patients chroniques.	.61	4.5	1.1	.14	.11
21- Je suis confronté(e) à des situations de fin de vie et je ne suis pas assez formé(e) pour cet accompagnement.	.50	2.8	1.4	.16	.15
41- Je suis témoin de mauvais traitements, de maltraitance, de mauvaises conditions de vie.	.41	2.5	1.1	.16	.16

Tableau III.10 : items du facteur **dégradation, précarité, fragilité des patients**. F= poids factoriel ; M = moyenne ; e-t = écart-type ; E.E = épuisement émotionnel ; Dp. = dépersonnalisation.

Ce facteur renvoie donc à la prise en charge de patients caractérisés par des situations de fragilité et de déréliction psychologique, physique et sociale.

Les verbatims suivants reflètent la diversité de ces situations :

Émotionnel difficile quand je suis confrontée avec plusieurs décès en peu de temps (liens / attachements patient maladie chronique).

Faire face au décès de nos patients...

Les patients nous présentent leurs difficultés de santé, mais aussi sociales, et à être pris en charge par le système de santé, c'est une pression énorme en zone rurale avec peu d'offres de soins alors que nous ne sommes qu'un maillon de ce système, c'est souvent lourd à porter ou à expliquer.

Pour moi, les principaux problèmes de mes patients : isolement, malnutrition, manque d'activité physique et le manque d'information transmise par le médecin sur ces différents sujets (la parole du médecin est encore supérieur et bien plus entendu que la nôtre).

Je travaille uniquement à domicile donc c'est la course permanente avec des patients ultra dépendants physiquement et moralement.

La fin de vie, la douleur chronique des patients mais aussi les difficultés financières des collègues et associés, l'entente ds la SCM, la répartition (ou non répartition) des retro des assistants entre associés : voilà ce qui me mine tous les jours.

Ma pratique à domicile me ""pèse"" davantage que celle en cabinet. Patients plus lourds médicalement, soins chroniques, patients qui se dégradent, problématiques sociales, conditions de travail plus difficiles. Impression parfois d'être prise pour une auxiliaire de vie alors que ce n'est pas mon boulot.

Parfois on est confrontés lors de l'interrogatoire à des faits rapportés par le patient qui sont difficiles de gérer personnellement (des violences/trauma/contexte psycho-social), on se sent aussi parfois dans un entre deux soit je prends le temps d'accueillir ce que mon patient me raconte parfois cela peut prendre toute une séance mais cela leur fait du bien, ou mettre fin à une discussion pour mettre en place la séance car si à chaque séance on laisse parler on ne parvient pas à avancer. Nos rémunérations ne prennent pas en compte tous ces aspects, et parfois c'est dur de se dire qu'on doit prendre du temps en fin de journée pour rédiger un CR, demander l'avis d'un médecin etc. sans valorisation.

Je fais également face à des propos déplacés chez une patiente âgée qui associe immigration et délinquance. Elle fait des chutes chez elle et ce sont les voisins d'origine étrangère qui interviennent à chaque fois pour la relever. Les pompiers n'ont pas souhaité intervenir car c'était la énième fois qu'elle les contacte. C'est dur à entendre quand on a des collègues (IDE) d'origine étrangère qui sont des personnes formidables, qui ont fait à titre gracieux des visites à domiciles en période Covid pour proposer des services comme faire les courses à des personnes âgées seules. Ils ont fait des gardes à l'hôpital dans la même période au détriment de leur santé. Alors, entendre des propos injurieux à l'égard des personnes d'origine étrangère me fait de la peine."

On peut noter au passage que la « libération » de propos racistes s'étend, ce dont se plaignent plusieurs participants.

Face à certaines problématiques dont ils sont les témoins, les MK évoquent leur impuissance, ou pour le moins, leur difficulté à améliorer les choses :

Que doit faire un kiné en cas de constat de violences conjugales ou violence envers des enfants.... etc.

Selon moi, ce qui me rend malheureux professionnellement c'est de détecter beaucoup de situations dans lesquelles les patients sont dans un mal-être psychologique qui a conduit à leur problème ou bien l'amplifie et de ne pas pouvoir les aider suffisamment. Le problème ne se résout pas et il n'y a que peu d'évolution.

Impuissance face aux problèmes sociaux et médicaux de certains patients. (Non-respect du code du travail impactant sur la santé, violence domestique, détresse psychologique non prise en charge, absence de soutien familial ou amical, errance médicale, etc.)

L'utilité perçue de mon travail va en diminuant, considérant que les personnes que je reçois rencontrent des situations personnelles qui s'expriment en partie par de la douleur, mais dont les leviers de changements ne sont pas ou peu au cabinet de kiné. Les situations personnelles et socioprofessionnelles occupent une place qui me semble écrasante en comparaison de ce que nous pouvons modestement apporter.

Autrement dit, le travail du MK a peu de poids face aux conséquences de ces problématiques sociales et psychologiques sur la santé de ces patients.

Et, quand il s'agit de pathologies chroniques, les attitudes et comportements passifs et attentistes des patients représentent éventuellement des entraves au rétablissement :

La manque de responsabilité par les choix de chaque personne, on est submergé de patientes qui veulent rester dans la maladie, comme manque de sport ou d'activités quotidiennes, changer leur hygiène de vie ou certaines habitudes.... Ils préfèrent rester dans la maladie et de responsabiliser les autres de leur situation.... Le travail.... Le temps.... L'accident.... Tout est une excuse pour rien changer et se plaindre et profiter du système.

Nous sommes constamment confrontés au vieillissement et à la mort de nos patients. Ils font face à des problématiques que l'on aurait pu résoudre s'ils avaient suivi un bon programme d'entraînement 10 ans plus tôt mais les gens

sont pour la plupart réfractaire à l'idée du renforcement musculaire comme hygiène de vie.

Les patients sont de plus en plus stressés en avançant dans l'âge et adeptes du petit écran (...) leur vie a été peu axée sur la forme physique, peu de gestes pour son maintien, pas la conscience de l'entretien du squelette, la chimie ayant fait partie intégrante de leur médecine au long cours, leur démarche consiste à attendre le massage, que je pratique encore beaucoup. Quant aux exercices nécessaires à leurs muscles ils zappent totalement. Le temps perdu à leur en faire prendre conscience est abyssal. Décharnés et sans moral, c'est le profil le plus souvent rencontré. Le point épineux est abordé quand le règlement se présente et qu'ils doivent faire avance des sommes. Là, naissent les agressivités, le tiers payant que je n'ai jamais pratiqué, leur est évident et un dû.

Dans certains écrits laissés en fin de questionnaire, sont évoquées les répercussions de ces problématiques, qui dans certains cas et comme nous l'avons déjà vu ci-dessus, dépassent le rôle et les compétences du MK :

Nous devons faire face à un besoin de prise charge psychologique des patients quotidiennement et c'est épuisant !!

De plus je trouve les pathologies chroniques difficiles à traiter car épuisant mentalement pour le kiné et pas bcp d'efficacité.

Je pense que le fait d'être le premier contact de nos patients fait que nous recevons plus souvent leurs plaintes et leur souffrance et cela nous prend énormément d'énergie à la fin de la journée. Le côté social est beaucoup plus énergivore à mon sens que le côté physique et intellectuel dans la mise en place des séances.

Mieux rémunérer les actes de kinésithérapie car nous faisons un travail de qualité (un seul patient à la fois) et nous nous investissons plus que pour de la simple kinésithérapie, nous sommes aussi les confidents, les psychologues, les conseillers, les coachs, les motivateurs, les soutiens, les nutritionnistes, les bricoleurs ou ceux qui aident à faire les papiers des anciens (à domicile), les épaules pour pleurer...et j'en passe, pour les patients, nous ne sommes pas que Kinés !!!

Et pour mieux faire face à ces situations, l'accès à un soutien et/ou une formation psychologique est suggéré :

Il aurait été important de parler de l'accès au psychologue ou à des groupes de parole de professionnels qui permettent parfois de relativiser ou de décharger les difficultés rencontrées.

Je pense qu'introduire des cours de psychologie pour accueillir la parole des patients de façon bienveillante sans charger notre sac à dos serait un plus pour nous comme pour nos patients. En se confrontant au grand public sur le tas, on se blinde et on perd de l'écoute.

Dégradation, précarité, fragilité des patients et burnout.

Toutefois, par-delà les affects liés à ces conditions, par-delà les sentiments d'injustice et d'impuissance dans lesquelles ils laissent les MK, les analyses de régression multiples linéaires indiquent que si ces situations sont liées au burnout, c'est non seulement à la marge, mais négativement. Ceci, même si la fréquence de ces situations est relativement élevée. **Autrement dit, comme on le voit au tableau III.3 en début de chapitre, plus les MK perçoivent que la présence de ces situations est élevée, moins ils ressentent de l'épuisement émotionnel ($\beta = -.06$, $p < .001$).** Et on n'observe aucun lien en ce qui concerne le cynisme ($\beta = -.01$, NS).

Dégradation, précarité, fragilité des patients et variables sociodémographiques.

Etant donné les différences de genre en termes de gestion des émotions, on s'attend à ce que les femmes perçoivent davantage la dégradation, la fragilité des patients comparativement aux hommes. C'est effectivement le cas. Les moyennes sont (18.3 vs 17.3, $F(1, 7563) = 107.5$, $p < .001$).

Concernant l'âge, il n'y a pas de corrélation. ($r = .04$).

Sixième facteur : peur de mal faire son travail auprès du patient (Alpha de Cronbach = .51)

Ce facteur est composé des 3 items suivants :

	F	M	e-t	E.E	Dp.
14- J'ai peur de faire mal aux patients (douleur, maltraitance, acharnement.)		2.0	1.0	.19	.23
5- J'ai des difficultés à trouver la bonne distance avec certains patients.		2.0	1.0	.25	.24
23- Je peux commettre des erreurs dans mon travail.		2.7	.90	.10	.21

Tableau III.11 : items du facteur « peur de mal faire son travail auprès du patient ».

F= poids factoriel ; M = moyenne ; e-t = écart-type ; E.E = épuisement émotionnel ; Dp. = dépersonnalisation.

La fréquence de ces situations est plutôt basse puisqu'elle se situe entre « rarement et parfois ». Mais nous verrons que ce facteur est associé au burnout.

La difficulté à maintenir une distance appropriée avec les patients constitue un enjeu majeur dans la pratique de la kinésithérapie, impactant à la fois la qualité des soins et le bien-être du thérapeute.

Notre écoute active et notre compréhension en revanche peuvent aider la personne qui souffre tout en gardant une certaine distance émotionnelle.

Après un burn-out et un arrêt de 9 mois accompagné d'une psychothérapie spécifique aux troubles professionnels, j'ai trouvé un équilibre qui me permet d'accepter les liens affectifs avec ma patientèle sans gêner l'efficacité de mes traitements. Il faudrait intégrer cette compétence au cursus de kinésithérapie !

Les patients apprécient le fait qu'ils aient une bulle de sécurité ou échanger. Je suis hypersensible et empathique mais j'ai réussi à me mettre une bulle, mais avec des mamies que je connais depuis plusieurs années je suis inquiète quand elles vont mal c'est normal c'est comme de la famille à force.

Plusieurs témoignages évoquent cette problématique, soulignant que la relation thérapeutique peut parfois devenir envahissante ou, au contraire, trop distante, ce qui nuit à l'efficacité du traitement et à la satisfaction mutuelle. **Les risques d'intrusion ou de dérapage :** La proximité excessive peut entraîner des situations où

le thérapeute se sent envahi, voire victime de comportements inappropriés ou de limites floues. La gestion de ces situations demande une vigilance constante et une formation adaptée.

Rester à distance de ce que l'on vit personnellement (maladie...) avec certains patients, ne pas faire de transfert, gérer les patients ne voulant pas arrêter les prises en charge et se prenant pour des amis (tutoiement, surnom) malgré la distance thérapeutique conservée de mon côté.

Le questionnaire parle beaucoup du vécu au travail et de l'empathie, mais pas des solutions que certains mettent en place pour revenir à l'équilibre. Pourtant, le fait de trouver régulièrement des solutions pour moi-même est un élément majeur qui permet d'accepter et continuer à travailler sereinement même face à des situations humaines difficiles. Donc elles restent difficiles, mais comme il y a une solution c'est beaucoup plus tolérable. Par exemple, il m'est arrivé de consulter ponctuellement un psychologue de manière individuelle pour discuter du lien distance/empathie, et collectivement, ma CPTS est en train de mettre en place un groupe de supervision. "

Dans l'optique de ces démarches destinées à supporter psychologiquement les MK, plusieurs participants suggèrent que cette question des affects et de l'écoute du patient devrait être abordée au cours de la formation.

Je pense qu'introduire des cours de psychologie pour accueillir la parole des patients de façon bienveillante sans charger notre sac à dos serait un plus pour nous comme pour nos patients. En se confrontant au grand public sur le tas, on se blinde et on perd de l'écoute.

Et comme pour la plupart des stressés, les MK le relient à la question de la rémunération. Si celle-ci était plus élevée, l'écoute du patient serait meilleure :

Je tiens à dire que notre activité a une double compétence technique et humaine. Un équilibre doit être trouvé par le thérapeute. Mais aujourd'hui le problème est financier et pousse les moins expérimentés à pratiquer ce métier de façon moins humaine.

Rémunération très insuffisante qui est au coeur de tous les problèmes soulevés, nous pourrions mieux travailler en prenant plus de temps avec les patients et plus d'empathie si la séance n'était pas sous valorisée à ce point.

Ce facteur comprend également deux items qui renvoient à une autre facette de l'empathie et de l'écoute, celle de la peur de faire mal au patient, notamment par la crainte de ne pas être à la hauteur ou de causer un tort. Par exemple, une participante mentionne :

Je suis confrontée à la peur de faire mal ou de mal faire, surtout quand je traite des pathologies complexes ou sensibles. Cette peur m'empêche parfois d'être totalement confiante dans mes gestes et peut générer du stress supplémentaire.

De même, un autre écrit :

J'ai souvent la crainte de ne pas diagnostiquer correctement ou de ne pas appliquer la bonne technique, ce qui pourrait aggraver la situation du patient ou le faire souffrir davantage. Cette anxiété constante influence ma pratique quotidienne.

Ces passages montrent que la peur de faire mal ou de mal faire est une source d'angoisse récurrente chez certains kinésithérapeutes, impactant leur confiance et leur sérénité dans l'exercice de leur métier. Cette crainte, souvent liée à la responsabilité de ne pas aggraver l'état du patient ou de ne pas respecter les normes déontologiques, influence profondément la pratique quotidienne et le bien-être psychologique des professionnels.

Peur de mal faire son travail auprès des patients et burnout.

Les analyses de régression multiples nous apprennent que ce facteur est associé aux deux dimensions du burnout à savoir l'épuisement émotionnel ($\beta = .06$, $p < .001$) et le cynisme ($\beta = .11$, $p < .0001$). Cette crainte de mal faire, de commettre une erreur, est donc une source de tension. On observe encore que ce facteur est associé à la dissonance émotionnelle ($\beta = .09$, $p < .0001$).

Peur de mal faire son travail auprès des patients et caractéristiques sociodémographiques.

Cette peur de faire mal, de commettre des erreurs, est davantage ressentie par les femmes. ($M = 6.5$, vs 6.8 , $F(1, 7563) = 39.3$, $p < .001$). Ceci est cohérent avec les différences de genre observés avec les stressseurs précédents.

Par ailleurs, comme nous l'avons déjà vu avec plusieurs stressseurs, cette peur diminue significativement lorsque l'on passe des plus jeunes au plus vieux. La corrélation entre ce stressseur et l'âge est significativement négative : $r = -.29$, $p < .0001$).

Et si l'on compare les générations entre elles, toutes les différences sont significatives. Les moyennes de chacune d'elles sont reportées au tableau ci-dessous : $F(1, 7756) = 143.1$, $p < .0001$).

Générations	Peur de mal faire son travail auprès du patient.
≤ 28 ans	7.7
29-44	6.7
45-60	6.1
61-79	5.9
≥80	5.4

Tableau III.12 : peur de mal faire son travail auprès du patient en fonction des générations.

Gageons que ces différences et cette diminution de la fréquence perçue de ce stressor est due en partie à l'ancienneté professionnelle avec l'expérience et l'estime de soi qu'elle apporte.

Il n'y a pas d'autres différences significatives.

Le septième facteur : rémunération trop faible. Alpha = .61

Ce facteur est composé des 4 items suivants :

45-J'ai du mal à poser des congés même quand je sens que j'en ai besoin.	.69	4.0	1.7	.48	.25
24 Ma situation financière détermine ma possibilité de prendre des vacances.	.67	4.7	1.5	.32	.17
8 -Je fais face à des arrivées d'argent irrégulières.	.48	3.5	1.5	.31	.21
33 Le montant des cotations d'actes est insuffisant.	.30	5.7	.71	.20	.10

Tableau III.13 : Items du facteur **rémunération trop faible**. F= poids factoriel ; M = moyenne ; e-t = écart-type ; E.E = épuisement émotionnel ; Dp. = dépersonnalisation.

Le septième facteur concerne donc la rémunération des masseurs kinésithérapeutes libéraux. Ceux-ci estiment que la cotation des actes est insuffisante, qu'ils font face à des rentrées d'argent irrégulières, et que leurs revenus ne leur permettent guère de prendre des congés.

Il apparaît clairement que cette question des revenus jugés insuffisants taraude les MK. En tout cas l'ensemble de ceux dont la pratique professionnelle consiste à prendre un seul patient à la fois. La majeure partie des 350 pages d'écrits de fin de questionnaire concerne ce problème de rémunération qui revient constamment, révélant une insatisfaction profonde et généralisée, constituant le point central des revendications et des frustrations exprimées. La majorité des professionnels déplorent une stagnation ou une baisse de leur pouvoir d'achat, malgré un investissement considérable en formation, en matériel et en temps consacré à leur pratique et à leurs patients.

Ces situations sont perçues avec une fréquence élevée puisque la moyenne la plus basse se situent entre « parfois » et « assez souvent » pour « je fais face à des arrivées d'argent irrégulières », alors que la moyenne la plus élevée est proche de « toujours » (5.7) pour l'item « le montant des cotations est insuffisant ».

Les participants qualifient leur rémunération d'« indécente », « ridicule » ou « honteuse ». Certains reprochent d'ailleurs à notre questionnaire de ne pas avoir suffisamment insisté sur cette question de la rémunération.

La rémunération qui est basse et qui ne permet pas de gagner convenablement sa vie si on veut avoir une vie privée, des loisirs, et s'occuper correctement des patients selon les critères de la convention : 30 min pour 17€ brut en moyenne c'est inadmissible surtout compte tenu de notre niveau de formation.

Cette situation impose un mode de vie frugale avec notamment des coupes drastiques concernant les vacances.

Mon plus gros problème à ce jour est le manque d'argent qui ne me permet plus de prendre des vacances. Cette année 2025, je ne me suis octroyée que 2 semaines de vacances où je suis restée chez moi, mes charges sont trop importantes. Je travaille un patient à la fois, séances de 30 minutes, ce qui n'est plus du tout rentable ... quelle tristesse !!!

Trois semaines de vacances dans l'année et se payer à peine le smic ensuite pour essayer des dettes de charges impossible à payer à temps.

La non-évolution de nos tarifs est très éprouvante également, je gagne très peu et ne peux plus emmener mes enfants en vacances. Je pense régulièrement à une reconversion, je suis très en colère et déprimée de ce système qui enrichit les riches et ne met plus l'argent où il y en a besoin (santé, éducation...)

Trop de contraintes financières dans la gestion des cabinets pour travailler et/ou prendre des vacances sereinement ! Trop de pression financière ces dernières années. Couverture sociale trop fragile.

Je dissuade tous les jeunes que je rencontre de s'engager vers notre profession où l'on nous pousse tous les jours à soit mal travailler soit trop travailler pour

espérer payer les factures et peut être 2 fois par an prendre une semaine de vacances.

La non-reconnaissance de mon travail, qui est cette fois, réellement sous payé. J'enchaîne les patients à un rythme infernal pour me sortir un salaire qui me permette de boucler les fins de mois. Je m'épuise pour payer mon loyer, mes charges et m'offrir une semaine de vacances en mobil home. Ma collègue qui sort de congé maternité n'a pas pris de vacances cet été car financièrement elle ne pouvait pas, elle est épuisée elle aussi. Le système nous broie.

La rémunération par actes n'est pas suffisante pour les thérapeutes qui respectent le rythme de 1 patient par demi-heure, ce qui explique la charge de travail et le faible nombre de congés ... les dépassements d'honoraires dans d'autres professions médicales ou le tarif libre dans d'autres professions non médicales sont acceptés par la société, alors pourquoi pas pour nous? L'inflation n'a fait que creuser le problème, la seule solution proposée était une revalorisation ridiculement faible et qui en plus a été repoussée de 6 mois (les conditions de cette revalorisation, à savoir l'obligation d'exercer dans un désert médical pour les néo diplômés par exemple, n'a par contre pas été repoussée) les choses doivent changer.

Comme on le voit dans ces derniers témoignages, la question des finances est liée à celle de la charge de travail, comme nous l'avons vu en exposant le premier facteur. Rappelons d'ailleurs que ces deux facteurs, « revenus insuffisants » et « charge de travail » sont parmi les plus fortement corrélés ($r = .46$) partageant 21 % de variance commune. Les écrits qui associent ces deux stressseurs sont très nombreux.

En d'autres termes, une rémunération faible, pousse à des heures excessives (souvent 50-60 heures par semaine) pour maintenir un niveau de vie décent. Ce qui entraîne épuisement et risques de burn-out.

Parallèlement ces faibles rémunérations, tout comme la charge excessive de travail, engendrent, chez ceux qui souhaitent consacrer 30 minutes à chaque patient, une dégradation de la qualité des soins. Par exemple, un professionnel mentionne que

La rémunération est dérisoire et ridicule par rapport à l'engagement que demande chaque séance et au travail effectué. Nous faisons de la magie avec des bouts de ficelle. C'est une honte ! »

Un autre participant précise que :

Le tarif des séances est tellement bas qu'il oblige les kinésithérapeutes à enchaîner les patients, il n'y a pas d'autres solutions que d'augmenter le prix de l'acte mais avec un encadrement très stricte de contrôles pour éviter les abus. Cela empêcherait les cabinets usines et remettrait de la valorisation dans notre profession. Si les kinés ne se sentent pas bien c'est qu'ils sont dévalorisés autant par l'aspect financier que par l'aspect de reconnaissance, on ne peut faire du bon travail que si l'on est bien dans son propre travail.

Un autre indique encore que :

La rémunération des actes est une honte avec un tarif moyen de 16€ pour 30 minutes, ce qui pousse à faire beaucoup d'heures pour un revenu dérisoire, et cela impacte la qualité des soins. La non-revalorisation de nos actes par l'État contribue à un sentiment de dévalorisation de nos compétences, de notre savoir-faire et de la sous-estimation de notre contribution à la bonne santé de notre société.

Ce rapport serait incomplet si les reproches adressés à l'Ordre dans les écrits des participants n'étaient pas évoqués. Citons quelques exemples.

Dans certains cas, ces reproches prennent la forme de conseils :

La priorité du Conseil de l'Ordre, selon moi, devrait être de se battre pour une meilleure rémunération des actes pour une meilleure qualité de vie des thérapeutes !

Personnellement je prends 1patient par 30MIN (comme indiqué dans la nomenclature) soit un taux horaire BRUT de 32€ en moyenne ! Ce sont de gros sacrifices à faire pour conserver la qualité du soin, mais je pense que ce ne sera bientôt plus possible. L'ordre doit agir afin de maintenir la qualité de soin et le bien être des MK.

Prise de conscience que notre ordre à un réel rôle à jouer avec les autorités pour notre rémunération et donc une grande partie de notre descente aux enfers financières... Prenez votre courage à 2 mains au lieu de vous cachez et de tout laisser reposer sur les syndicats.

Dans d'autres cas, certains participants indiquent ne pas se sentir soutenus :

Absence du soutien de l'ordre des kinés...

L'ordre devrait mieux nous défendre et baisser le prix de la cotisation pour tous.

La revalorisation des actes, les kinés sont en souffrance financière et pas assez soutenus par l'ordre.

Je souhaiterais que l'ordre nous défende à la revalorisation des actes et aux règles d'exercices. Je trouve anormal que ce soient les syndicats qui négocie avec la CNAM et non l'ordre, sinon à quoi bon cotiser à l'ordre les syndicats font tous le boulot.

On ne voit nulle part l'action de l'ordre national, sauf une fois par an, pour l'appel à cotisation.

Je ne comprends pas que notre ordre ne nous soutienne pas au sujet de la revalorisation conséquente de nos actes. j'ai honte de ma rémunération. j'ai honte d'avoir fait des études, de me former continuellement et d'être moins bien payé qu'une manucure ou même une femme de ménage (profession que je respecte mais qui ne demande pas le même niveau de formation et d'expertise).

D'autres reprochent d'ailleurs à la présente étude d'être inutile, puisque, d'après eux, les problèmes à résoudre sont bien connus :

L'ordre ne sert à rien. Vous ne défendez pas nos intérêts et ce genre d'enquête montre à quel point vous êtes déconnectés. Les problèmes on les connaît. Plutôt que de faire des études inutiles, battez-vous pour que nos séances soient significativement mieux payées."

Clairement, ce questionnaire ne sert à RIEN, si je devais résumer en une phrase ce questionnaire suggère que les éventuels mal être professionnel ne peuvent être qu'uniquement en lien avec la relation patient, mais LA REALITE c'est que nous bossons tous comme des fous à enchaîner les patients (prise en charge individuelle) pour compenser les 16euros.... C'est ça qui nous épuise... pas besoin de 19 pages de questionnaire. On pourrait rajouter aussi qu'une réforme des répartitions de prérogatives entre syndicat et ordre serait la bienvenue... à quand une prise de responsabilité de l'ordre, l'ordre est représentatif... l'ordre doit entrer à la table des négociations...

La situation financière est évaluée d'autant plus douloureusement qu'elle pousse les MK libéraux à se comparer avec des personnes qui ont des statuts sociaux et des niveaux de formation égaux, voire inférieurs aux leurs mais qui ont des revenus équivalents, sinon le plus souvent supérieurs. Ce processus de comparaison sociale défavorable, on le sait, est source de détresse, de désespoir. Il est associé au burnout (Buunk, & Schaufeli, 2018).

Voici quelques écrits qui illustrent ce processus et ses conséquences :

La frustration de travailler, investir autant pour une rémunération peu élevée comparé à beaucoup d'autres professions.

Je me sens dévalorisée et non reconnue pour mon travail ce qui implique un mal être croissant. Nos actes sont trop faiblement cotés en comparaison avec les autres professions paramédicales. Le mal être n'est nullement dû au comportement des patients en milieu rural mais il est dû au manque de reconnaissance de la part du ministère de la santé et du gouvernement. Mes patients qui sont très reconnaissants de mon travail et de mon implication, me donnent la motivation pour continuer mon métier malgré ma faible rémunération.

L'écart énorme entre ce qu'une esthéticienne ou autre peut toucher comparativement aux cotations en kiné.

Je ressens un manque probant de reconnaissance de la part des institutions à notre égard. Le prix d'une séance pour 30 minutes est tellement ridicule comparé à des artisans ou autres professions ! Je me pose la question si je vais continuer tous les jours.

Les revenus sont en décalage complet vis à vis de métiers à diplôme équivalent (ingénieur, ...) qui gagne entre 70€ et 110€ de l'heure. Et que dire de la comparaison avec les fonctionnaires de l'état (eux aussi dépendant des ressources de l'état) pour qui les conditions salariales sont en total décalage avec les nôtres.

Je viens de discuter avec une patiente qui est femme de ménage de nuit et par mois en net et en ne faisant que 35h alors que moi j'en suis à 60 elle fait 600€ net de plus que moi. On se sent abandonné. Voilà ce que ressentent les kinés qui font leur travail de manière consciencieuse.

La comparaison concerne aussi les « cabinets usines » :

La non-revalorisation de notre travail a été un coup de poignard nous signifiant que nos professions ne sont pas prioritaires contrairement aux médecins c'est également un mauvais signal à envoyer aux patients

De plus un peu plus de contrôle sur les collègues qui prennent trop de patients en même temps et ne les soignent pas serait le bienvenu pour faire faire des économies à la sécu car c'est nous qui devons les prendre quand les pathologies s'aggravent alors que nous n'avons pas la reconnaissance financière (ils ont trois ou 4 fois notre salaire pour des résultats plus que discutables et ils nuisent clairement à la valorisation de notre profession). Quand j'entends un patient me dire quand je fais mon bilan ou que je le touche que c'est la première fois alors qu'il fait de la kiné depuis un an cela me fait bondir.

En résumé, les conséquences de cette situation financière critique sont multiples : dégradation du moral, perte de motivation, risques de reconversion ou d'abandon de la profession, et dégradation de la qualité des soins. La majorité des répondants expriment leur désarroi face à l'absence de revalorisation et à la faiblesse des honoraires, qui ne permettent pas de couvrir les charges professionnelles et personnelles.

On ne sera donc pas surpris de trouver un lien entre ce facteur et le burnout.

Revenus insuffisants et burnout.

Effectivement, les analyses de régressions multiples linéaires révèlent un lien significatif entre la situation de précarité financière et l'épuisement émotionnel, la première dimension du burnout ($\beta = .18, p < .001$). On n'observe toutefois pas de lien avec le cynisme. En revanche, cette précarité est le second stressor, après la charge de travail, à être associées au débordement de la vie professionnelle sur la vie privée ($\beta = .20, p < .0001$). On note encore que ce facteur est associé à la dissonance émotionnelle ($\beta = .13, p < .001$).

Revenus insuffisants et variables sociodémographiques.

L'insuffisance des revenus est davantage perçue par les femmes ($M=18.1$) comparativement aux hommes ($M=17.6$), $F(1, 7563) = 35.6, p < .0001$). Ces résultats concordent avec la plus faible amplitude horaire observées chez les femmes. (Cf plus haut). Elles ont donc moins de revenus.

Génération	Revenus insuffisants
≤ 28 ans	18.2
29-44	18.1
45-60	17.7
61-79	16.4
≥80	11.2

Tableau III.14 : Insuffisance des revenus en fonction des générations.

On observe une corrélation négative faible, bien que significative, entre âge et perception des revenus : $r = -.12$, $p < .001$. Plus les MK libéraux sont jeunes, moins ils sont donc satisfaits. On a vu également plus haut que l'amplitude horaire, donc les revenus, augmentait avec l'âge. Ces résultats sont donc cohérents.

Et comme on le voit au tableau ci-dessus, si l'on compare les générations entre elles, on confirme bien que les plus jeunes, i.e., les générations Z et X perçoivent davantage ce stressor comparativement aux générations suivantes. ($F(4, 7756) = 35.8$, $p < .001$).

Ceci étant, ce stressor impacte néanmoins toutes les générations.

Il n'y a pas d'autres différences significatives, sinon très marginales.

Huitième facteur : charge de travail non clinique. ($\alpha = .77$).

Ce facteur comprend les deux items suivants

	F	M	e-t	E.E.	DP.
42- Je consacre beaucoup de temps au travail non clinique (appels, gestion des rendez-vous, des stocks...)	.85	3.7	1.3	.38	.20

13 Je passe beaucoup de temps sur les tâches administratives.	.74	4.3	1.2	.34	.14
---	-----	-----	-----	-----	-----

Tableau III.15 : items du 8^{ème} facteur « charge de travail non clinique ». F= poids factoriel ; M = moyenne ; e-t = éart-type ; E.E = épuisement émotionnel ; Dp. = dépersonnalisation.

Le huitième facteur renvoie au temps passé à traiter de questions non cliniques. Il comprend deux items « Je consacre beaucoup de temps au travail non clinique (appels, gestion des rendez-vous, des stocks...) » et « Je passe beaucoup de temps sur les tâches administratives ».

Le temps passé hors de la pratique clinique directe constitue une composante essentielle de la charge de travail globale des MK, mais il est souvent sous-estimé ou mal quantifié. Cette période inclut diverses activités qui, bien que non directement liées à la séance de soin, ont un impact significatif sur la qualité de vie professionnelle, la reconnaissance sociale et la santé mentale des praticiens.

Les activités hors de la pratique clinique regroupent principalement la gestion administrative, la formation continue, la préparation des séances, la rédaction de bilans, la gestion des relations avec les organismes de sécurité sociale, la comptabilité, la communication avec les prescripteurs, la participation à des réunions pluridisciplinaires, la veille scientifique, la formation personnelle, et la gestion du cabinet ou de l'activité libérale. Chacune de ces activités contribue à la surcharge mentale et physique, et leur accumulation peut entraîner un épuisement professionnel.

Ces tâches, souvent non rémunérées, pèsent lourdement sur le temps de travail et la santé mentale des kinésithérapeutes. La complexité croissante des logiciels, la multiplication des formulaires, et la nécessité de respecter des normes administratives strictes accentuent cette surcharge.

Une charge de travail administrative lourde et non prise en compte financièrement.

Parmi ces tâches « hors pratique clinique », la gestion administrative représente une part importante. Les professionnels sont contraints de consacrer plusieurs heures en dehors des heures de consultation pour traiter la paperasserie, ce qui augmente leur fatigue et leur stress. La complexité croissante des logiciels et des procédures

administratives accentue cette surcharge, souvent perçue comme un véritable fardeau. Les extraits suivants illustrent ces situations :

La façon de travailler, la surcharge administrative sous laquelle nous coulons n'a pas été assez abordée. Je ne l'ai pas écrit dans le temps travaillé, et pourtant, il faut bien rajouter 5-6 heures / semaine d'administratif !!! Vous pouvez donc même modifier mon nombre d'heure travailler à 51heures / semaine.

Je suis fatiguée des changements administratifs qui sont non concluants pour une prise en charge. À quand la séance à prix unique ?

Ce qui me pèse le plus c'est la complexité administrative et l'effondrement de mon pouvoir d'achat.

Ce questionnaire ne tient pas compte du problème majeur de notre profession à savoir la maltraitance institutionnelle du système de santé, manque de professionnel, charges en constantes augmentations sans augmentation des revenus , la lourdeur administrative s'aggravant avec le temps , absences ou difficultés de communication (URSSAF, CARPIMKO etc) .

La surcharge administrative volontaire (cotations absurdes) pour maintenir un contrôle et une pression (ainsi que traçage des soins).

Le problème n'est pas la relation thérapeute/patient mais la relation Thérapeute/état (administratif, financier, légal ...) trop c'est trop.

L'administratif est trop lourd dans notre profession

La partie administrative est de plus en plus lourde et de plus en plus compliquée et prend de plus en plus de temps.

Pas assez de considérations dans l'ensemble, trop de patients en demande, rémunération par séance indécente et tâches administratives trop importantes pour se justifier vis à vis de la sécu pour des actes (DEP)

Si la charge administrative est chronophage, empiétant sur les activités dédiées aux patients, elle engendre également un débordement cognitif émotionnel dans la mesure où elle sature l'esprit de préoccupations :

En plus le travail administratif est toujours là, cela ne se finit jamais en nous gardant l'esprit toujours pris. Enfin... nous sommes mal menés.

Car en vérité si un dégoût, une perte de motivation surviennent, si on se sent usé c'est moins par notre travail de soignant que par les incongruités de l'administratif qui nous épuisent pour appréhender notre job avec les patients !!"

Temps consacré à la gestion administrative par rapport au temps consacré aux actes kinés avec les patients.

Parallèlement, les MK pointent les difficultés de communication avec l'administration, difficultés qui sont chronophages, stressantes et angoissantes ; Certains ressentent du mépris et de l'acharnement à leur encontre.

Manque de relation direct avec la CPAM lors de problèmes administratifs. Tout se régle par courrier recommandé. Aucune empathie des administratifs vis à vis de notre surcharge de travail.

Méprise de la CNAM, manque de soutien de l'ordre par rapport aux tensions avec la CNAM, manque de considération par le gouvernement

Cette enquête est biaisée car vous n'abordez que très partiellement les conditions de travail des MK ""libéraux"", quid de la relation difficile avec les caisses qui impacte le moral des troupes ? Nous sommes censés être des partenaires sociaux, la réalité est que nous sommes des adversaires avec un rapport pot de terre contre pot de fer, le mépris avec lequel nous sommes traités, le dernier blocage des tarifs, la nouvelle nomenclature intrusive sous contrôle administratif en sont les dernières preuves.

Les indus injustifiés de la CPAM et les parcours de combattant pour les récupérer : j'ai passé 600heures de mon temps weekend, congés et soirée en 2023 et 2024 (2 années de procédures) pour récupérer 500€ d indus injustifié qui était une erreur de la CPAM (cher payé l'erreur) et 55heures pour faire comprendre aux impôts et à l'INSEE en 2022 qui m'avaient enregistré orthophoniste par erreur

que j'étais bien masseur-kinésithérapeute (1 année entière de mails, messages et courriers recommandés). Ce qui nous coûte le plus humainement ce sont ces absurdités administratives. Bien Cordialement

La violence administrative est de plus en plus présente. Avec une impossibilité de communiquer facilement avec nos créanciers et à peine de quoi se rémunérer à la fin du mois quand on respecte à la lettre la convention signée avec la CPAM. Les lettres recommandées voir les huissiers deviennent nos seuls interlocuteurs quand nous nous retrouvons dans une situation financière catastrophique du simple fait de bien faire notre travail dans les règles.

Peur de commettre des erreurs.

Dans ce climat de relation tendue et de communication difficile, pointe une autre source de tension, à savoir la peur de l'erreur par exemple dans la cotation des actes, et la crainte de sanctions ou de rejet par les organismes de contrôle. Certains témoignages évoquent la crainte de répercussions juridiques ou administratives, notamment en cas de litige ou de plainte du patient.

Le risque de faire des erreurs dans la cotation, la crainte d'avoir des indus injustifiés, et la peur de sanctions de la part de la CPAM.

Le stress lié aux trop nombreuses et différentes cotations, peur de faire une erreur et d'avoir des indus (alors que je ne vis pas au-dessus de mes moyens, je n'ai pas les moyens de partir en vacances plus de 2 semaines par an).

Le problème de cotations des actes qui est devenu un enfer et la revalorisation qui devient plus qu'urgente !

Le risque de rejet ou d'erreur dans la facturation, la crainte d'être contrôlé et sanctionné pour des erreurs administratives ou de cotation

Les relations avec l'assurance maladie n'ont pas été évoquée mais sont une très grosse source de stress en activité libérale. Lorsqu'on travaille en zone rurale "très sous dotée" avec la pression des patients et des médecins pour traiter les cas les plus graves atteints et que l'on vous reproche de trop travailler en se réfugiant derrière un texte d'un autre âge, ça passe très mal. La relation aux patients se gère assez bien. La relation avec l'administration est devenue très

compliquée et très toxique aux fils des ans. Tenez en compte dans vos questionnaires svp.

Difficultés liées à la réglementation et aux logiciels.

Les réglementations, notamment la NGAP (Nomenclature Générale des Actes Professionnels), sont souvent jugées comme obsolètes, trop détaillées ou mal adaptées à la pratique réelle. La gestion des actes, leur cotation, et la conformité aux normes imposent un travail supplémentaire, parfois perçu comme inutile ou déconnecté de la réalité clinique. La multiplicité des logiciels et leur incompatibilité entre eux aggravent cette situation, rendant la gestion encore plus ardue.

Le poids administratif pèse de plus en plus lourd (nouveau logiciel, nouvelle nomenclature...), je regrette le temps où se consacrer aux soins suffisait...

Délire normatif et administratif (URPS, CPTS, nouvelles nomenclature, obligation de formation, ARS pour les piscines, Etc, Etc.)

Diminuer la charge administrative. Simplifier la NGAP afin de limiter l'arbre décisionnel à l'arrivée d'un patient. Simplifier le moment où on fait un renouvellement de bilan. Faciliter la recherche d'assistants. J'aime mon métier mais je supporte de moins en moins les conditions dans lesquelles je l'exerce. La notion d'activité libérale ne me paraît plus adaptée. Je me sens « salariée de la CPAM.

Bonjour, un souci récurrent est la tarification inappropriée à notre pratique et aux charges fixes ainsi qu'une charge administrative trop importante. Moins de cotations différentes ainsi qu'une nette amélioration des tarifs serait nécessaire. Merci pour le questionnaire.

Comment se fait-il qu'à l'heure où nous parlons de simplification administrative, notre NGAP est plus complexe que jamais

Lorsque nous avons en charge des patients avec des pathologies très lourdes (personnes très handicapées souvent en situation d'obésité avec plusieurs pathologies), la réalité clinique de ce type de prise en charge est complètement en décalage avec l'administratif.

Egalement pourquoi ne pas faire un acte unique au lieu de ces cotations inutiles qui nous compliquent la vie d'un point de vue administratif, alors que le temps passé avec le patient est le même, le cabinet reste le même et le matériel également.

La lourdeur administrative ... le bon code pour la bonne pathologie sur la bonne prescription ALD ou pas !

La nomenclature est beaucoup trop complexe et prend un temps fou à être manipulée lors de la cotation des actes.

Charge administrative et burnout.

Les kinés évoquent combien cette charge administrative est pathogène, contribuant à une détérioration de leur bien-être mentale.

Le poids des tâches administratives et de gestion du cabinet est un élément important de la charge mentale qui pèse sur notre bien-être.

Je crois que le plus compliqué est la charge administrative et la peur d'avoir des indus suite à des erreurs de facturation + que le salaire est bas par rapport à la vie... ça fatigue beaucoup.

Ce qui me pèse de plus en plus, c'est l'absence de reconnaissance, non pas des patients, mais de notre société et la pression de la CPAM quant aux risques de récupération de soi-disant indus pour des problèmes administratifs souvent hors de notre contrôle. Ce stress a engendré chez moi depuis quelques temps des doutes que je n'aurai jamais imaginés avoir sur ma capacité et mon envie de finir ma carrière en tant que kiné libérale. La charge administrative et l'injustice de notre traitement par l'Etat, sont en train de venir à bout de ce que je qualifierai chez moi de vocation. J'ai été comblée par l'exercice de ma profession autant que j'en souffre maintenant."

Il manque des questions sur l'impact psychologique que le système administratif actuel a sur les kinésithérapeutes. Je pense que beaucoup de kiné aiment leur

boulot malgré les horaires affolant et l'impact personnel qu'il a. Mais le système nous étouffe à petit feu.

Complexité et absurdité administrative, tarifs = surcharge, stress, usure, fatigue et lassitude. Il faut être solide, passionné ou kamikaze pour continuer...

En fait, la charge administrative est associée à l'épuisement émotionnel ($\beta = .05$, $p < .0001$). Les analyses de régressions multiples linéaires révèlent encore un lien avec le débordement de la vie professionnelle sur la vie privée ($\beta = .11$, $p < .0001$) et avec la dimension « travailler excessivement » du workaholisme.

Charge administrative et variables socioprofessionnelles.

Les femmes perçoivent davantage cette charge administrative ($M = 8.2$ vs. 7.8 , $F(1, 7563) = 52.2$, $p < .001$). Une interprétation possible est la suivante : étant donné que la prise en compte des charges administrative à lieu en dehors des heures passées au cabinet, elle empiète sur la vie privée, familiale. Or les femmes s'acquittent davantage des charges familiales, notamment les tâches domestiques, que les hommes. Elles ont donc moins de temps et de ressources disponibles pour réaliser ces tâches administratives qui sont pourtant incontournables, donc plus lourdes à porter.

On observe également un lien avec l'âge : $r = -.12$, $p < .001$. Autrement dit cette charge paraît moindre chez les plus âgés. C'est ce que confirment les comparaisons de moyennes. $F(4, 7756) = 29.7$, $p < .001$. Les moyennes de chaque génération sont reportées au tableau suivant. Celles-ci diminuent au fur et à mesure que l'on passe des deux générations les plus jeunes aux générations les plus âgées. Y a-t-il, avec l'expérience liée à l'ancienneté, une meilleure capacité à gérer ses tâches ? Nos données ne permettent pas de répondre à cette question.

Générations	Charge administrative
≤ 28 ans	8.2
29-44	8.3
45-60	7.8

61-79	7.4
≥80	6.3

Tableau III.16 : Charge administrative en fonction des générations.

Il n'y a pas d'autre différence majeure.

Neuvième facteur : sentiment d'injustice dans la relation thérapeutique (alpha = .77)

	F	M	e-t	E.E	Dp.
25-Certains patients manquent totalement de gratitude pour mon travail.	.76	2.90	1.	.35	.41
43-J'ai l'impression de donner toute mon énergie et mes efforts pour très peu de reconnaissance de la part des patients.	.75	3.2	1.3	.50	.46

Tableau III.17 : Items du facteur « **sentiment d'injustice dans la relation thérapeutique** » F= poids factoriel ; M = moyenne ; e-t = écart-type ; E.E = épuisement émotionnel ; Dp. = dépersonnalisation.

Le neuvième facteur est composé de deux items : « *Certains patients manquent totalement de gratitude pour mon travail* » et « *J'ai l'impression de donner toute mon énergie et mes efforts pour très peu de reconnaissance de la part des patients* ». Même si le score moyen de ces deux items n'est pas très élevé (M= 2.9 pour le premier c'est à dire entre « rarement » et « parfois » et 3.2 pour le second, c'est à dire entre « parfois » et « assez souvent »), signalant que les sentiments auxquels ils renvoient ne sont pas nécessairement fréquents, ils sont néanmoins, fortement corrélés à l'épuisement émotionnel ($r=.35$ et $.50$ respectivement) et au cynisme ($r=.41$ et $.46$, respectivement).

Le sentiment d'injustice, se retrouve, au niveau des verbatims, sous deux formes : d'une part, le manque de reconnaissance du patient pour les investissements du MK,

d'autre part le manque d'investissement du patient en vue de l'amélioration de son état physique. A ces deux aspects on pourrait ajouter le peu de considération que le kiné reçoit de la part de son patient.

*Manque de reconnaissance du patient pour les investissements du MK :

Les kinésithérapeutes expriment à plusieurs reprises dans leurs témoignages que la reconnaissance de leur travail par les patients est souvent insuffisante ou inexistante. Ils soulignent que cette absence de gratitude ou de reconnaissance concrète contribue à leur mal-être professionnel et à leur démotivation. Par exemple, certains mentionnent que les patients ne réalisent pas la valeur de leur investissement, tant en temps qu'en compétences, et qu'ils ne manifestent pas de gratitude pour les soins prodigués. La perception qu'ils ont de leur rôle est souvent dévalorisée par le public, qui ne voit pas la complexité et la technicité de leur métier, mais plutôt une activité de masse ou de simple massage.

Je ressens une injustice quant à l'engagement que je mets au profit de mes prises en charges comme le temps que je prends pendant et à côté de mes séances ou les formations que je fais qui demandent du temps et de l'argent et qui ne sont pas reconnus par mes patients ou mes pairs et ne sont pas récompensés financièrement.

Le ressenti sur la reconnaissance du corps médical et des patients sur notre métier

Manque de reconnaissance des compétences par les patients et les médecins, manque de revalorisation salariale, trop de confrères usent qui décrédibilisent la profession, la CPAM qui ne récompense pas les kinés qui se creusent la tête et bossent bien plutôt que ceux qui prennent 5 patients à la fois

Inversement, les kinés éprouvent de la satisfaction lorsque les patients sont reconnaissants :

La reconnaissance des patients est là, elle ne suffira plus si notre qualité de vie est trop impactée.

(...) et je trouve que le pire est le changement de rythme quand les patients ne viennent pas/sont en retard, car ça perturbe l'organisation et le changement de

régime est le plus fatiguant. Sinon j'ai la chance d'avoir une patientèle à 90% très gentille et pour la plupart à l'écoute de ce que je leur préconise, et reconnaissant de l'implication humaine et professionnelle que je mets dans leurs soins, et c'est agréable. Quand je lis vos questions, je me sens chanceuse, même si je sais que je tire trop sur la corde (pour des raisons financières)

***Manque d'investissement du patient :**

Lorsque les patients adoptent une attitude passive, peu impliquée, ou lorsqu'ils considèrent la kinésithérapie comme une simple étape de leur parcours sans réelle participation active, qu'ils attendent des soins sans réellement s'engager dans leur rééducation, voire qui ne respectent pas les consignes ou ne réalisent pas les exercices à domicile, qu'ils perçoivent la séance comme une simple formalité ou un acte mécanique, alors, les MK peuvent ressentir un manque d'équité, ou ce qu'on appelle de justice distributive.

Trop grande passivité des patients et prises en charge parfois trop chroniques dues à la gratuité des séances.

Le manque de connaissance des patients relatif au coût de la santé en France. Beaucoup pensent encore que c'est ""gratuit"" et que par conséquent tout leur est dû. De plus, le fait que l'argent ne sorte pas directement de leur poche ne les pousse pas à s'impliquer plus activement dans leur rééducation.

Attentes et idées reçues des patients, sur le métier de kinésithérapeute, totalement en désaccord par rapport à la réalité du terrain. Massages vs exercices, soins considérés comme " gratuit", patients trop dans le passif alors que la science prouve que l'actif est dans la grande majorité des cas la solution.

Je ne peux pas dire avoir de problématiques relationnelles particulières avec mes patients. Ils sont pour la grande majorité reconnaissants mais attendent trop de moi et de la kinésithérapie en général. Ils préfèrent toujours une solution pour laquelle ils restent passifs.

Nous nous rendons compte de + en + que le travail actif est beaucoup plus efficace que le travail passif. Or il est dur de faire changer la mentalité de patients qui n'ont connu majoritairement des kinés dont le traitement était majoritairement du massage et du TENS. Ces patients là il nous est très difficile

de leur faire comprendre que ce qui les soulagera sur le long terme ce sera + de mobilité et de renforcement... La plupart n'adhère donc pas vraiment au traitement et ne réalise donc pas leurs exercices à la maison...

*Peu de considération sociale de la part des patients :

Les MK ont le sentiment croissant d'être déconsidérés par leurs patients, notamment à cause de la faible cotation des actes, qui contribuent à amoindrir leur valeur aux yeux des patients.

Les patients pensent que l'on gagne 30 à 40 euros par séance. La honte quand on leur annonce le tarif ...

Les patients ne savent pas réellement mon degré de compétence et jusqu'où je peux aller dans mon expertise et dans mes diagnostics, au point qu'ils peuvent en douter parfois.

Plus ça va, plus nous sommes déconsidérés par nos patients parce que nous n'avons pas les moyens de bien faire. La moyenne de nos actes est aux alentours de 18 € alors que même le Coiffeur L'esthéticienne, l'ostéopathe, le thérapeute douteux prennent en moyenne 60 à 80€.

Plus les années passent plus j'ai l'impression d'être un distributeur de soins. J'ai l'impression de faire des soins de masse à pas cher. Et d'être victime d'un système qui ne me convient pas. Il fait faire beaucoup d'actes pour gagner notre vie, au détriment de notre bien-être au travail, et aussi de la qualité de soins. Bien-être au travail, et qualité de soins sont deux notions intimement liées. C'est très frustrant d'être obligé de diminuer sa qualité de soins pour survivre. Je ne pensais pas que ma profession serait celle-ci.

Je pense que les actes de kiné sont trop peu rémunérés pour l'investissement physique et psychologique mis en œuvre pour les réaliser. Cela contribue au manque de reconnaissance que je ressens dans mon travail.

Je pense qu'on oublie le manque de reconnaissance (5 ans d'étude tout de même), de crédibilité par les gens (ceux qui veulent des massages alors ça ne sert pas à grand-chose ou qui pensent qu'aller chez l'ostéo c'est mieux),

A nouveau ici, on voit le lien entre un stressor et la question financière. D'ailleurs la corrélation entre « sentiment d'inéquité dans la relation avec les patients » et « problème financier » est de .36.

Les processus psychologiques sous-jacents à la perception des attitudes et comportements des patients décrits dans ces verbatims (manque de gratitude et de reconnaissance) réfèrent clairement aux sentiments de justice décrits par la théorie de l'équité (Adams, 1965). D'après cette théorie, toute interaction sociale implique d'une part des investissements ou des coûts (on parle encore de contributions) et d'autre part des bénéfices ou des gains. Les investissements peuvent être de nature variée : le temps passé à écouter l'autre, l'énergie dépensée pour l'aider, les sacrifices et les efforts déployés pour atteindre et entretenir son niveau d'expertise, *etc.* Les bénéfices sont également divers : rémunération, réputation, remerciements, reconnaissance, *etc.* Pour qu'une relation soit jugée équitable, il faut qu'il y ait un équilibre perçu entre les coûts et les gains de chacun. Bien entendu, il n'est pas nécessaire que dans une relation donnée, les coûts et les gains soient de même nature. Un soignant pourra être très satisfait d'avoir dépensé de l'énergie pour son patient (coût) si celui-ci lui montre de la reconnaissance (bénéfice). Dans ce cas, l'individu sera satisfait. Mais s'il perçoit un déséquilibre, notamment s'il estime que ses coûts sont supérieurs à ceux d'autrui et/ou si ses bénéfices lui paraissent inférieurs, alors il ressentira de l'insatisfaction, frustration, du stress. La perception de l'équité influence non seulement les émotions, mais également les décisions et les actions.

Dans les relations d'aide et de soins, les professionnels attendent pour le moins du patient qu'il manifeste des comportements de coopération, d'observance et d'un minimum de reconnaissance. Ceci donne un équilibre psychologique à la relation. Les investissements du professionnel, en termes d'années d'étude, de compétence, de temps passé, d'énergie, *etc.*, sont payés de retour par les attitudes reconnaissantes de la part des clients et par les conduites gratifiantes qui les accompagnent. Ce sentiment d'équité, qui vaut autant pour les relations avec les collègues, les supérieurs hiérarchiques qu'avec les patients, est fondamental pour alimenter la satisfaction au travail. Mais si l'équilibre est rompu, si le patient se montre peu respectueux, agressif verbalement, voir comportementalement, alors le professionnel éprouvera de la détresse psychologique et sera tenté de se désengager de son travail. Ceci a largement été démontré.

Sentiment d'injustice dans la relation thérapeutique et burnout.

Par ailleurs, les analyses de régressions multiples nous apprennent que c'est effectivement un des facteurs les plus associés aux deux dimensions du burnout, à savoir épuisement émotionnel ($\beta = .19$, et $.18$, respectivement, $p < .0001$). Ce sentiment d'injustice est également associé à la perception du débordement de la vie professionnelle sur la vie privée ($\beta = .11$, $p < .0001$) et à la dissonance émotionnelle ($\beta = .20$, $p < .0001$).

Sentiment d'injustice et variables socio démographiques.

Le sentiment de vivre une relation inéquitable avec certains patients est autant perçu par les femmes ($M = 6.07$) que par les hommes ($M = 6.04$).

En revanche, on trouve un lien avec l'âge, allant dans le même sens que pour les stressés examinés plus haut. En effet, il y a une corrélation négative significative entre la perception de ce stressé et la variable « âge » : $r = -.19$, $p < .0001$. Autrement plus le MK sont âgés, moins ils perçoivent ce stressé.

On observe parallèlement un effet de la variable « génération » : $F(4, 7556) = 59.1$, $p < .0001$. Les moyennes de chaque génération sont indiquées au tableau suivant :

Générations	Sentiment d'injustice
≤ 28 ans	6.7
29-44	6.2
45-60	5.7
61-79	5.3
≥ 80	5.0

Tableau III.18 : Sentiment d'injustice en fonction des générations.

Ici comme pour bien d'autres stressseurs, on observe une diminution de la perception de ce stressseur lorsque l'on passe de la plus jeune génération, les 28 ans et moins, pour aller vers les plus vieux. On peut évoquer bien entendu le « choc de la réalité » auquel sont confrontés les plus jeunes qui ne s'attendaient pas à devoir affronter ce manque de reconnaissance, cette ingratitude de la part de leurs patients. On observe fréquemment ce choc dans les professions vocationnelles. Puis progressivement, soit parce les plus déçus quittent la profession, soit parce petit à petit on assiste à un réajustement des attentes, à une redéfinition de la relation avec le patient, ces ingrattitudes sont perçues avec moins d'acuité.

On remarque encore que les MK qui exercent en cabinet de groupe perçoivent davantage de stressseur ($M=6.1$) comparativement à ceux qui exercent seuls ($M= 5.8$). $F(1, 7563) = 30.5, p<.0001$.

Dixième facteur : mal faire son travail (Alpha = .58).

Le dixième facteur est composé des 3 items suivants :

53-Je n'ai pas assez de temps pour bien faire mon travail.	.66	3.7	1.5	.42	.36
56 -Je travaille dans des conditions contraires à mon éthique.	.66	2.1	1.3	.40	.27
58-Je travaille dans une mauvaise ambiance de travail.	.32	1.5	.9	.27	.24

Tableau III.19 : items du facteur « **mal faire son travail** » = poids factoriel ; M = moyenne ; e-t = éart-type ; E.E = épuisement émotionnel ; Dp. = dépersonnalisation.

Ces items renvoient à l'idée de « travail empêché », de travail mal fait, non pas à cause du kiné, mais du contexte dans lequel ce travail s'exerce : « manque de temps », « conditions de travail » « ambiance de travail ». Les causes sont donc externes au kiné.

Ne pas avoir assez de temps pour bien effectuer son travail.

Des 3 items de ce facteur, « le manque de temps pour bien faire son travail » est celui qui possède la moyenne de fréquence la plus élevée (3.7), ce qui le situe entre « parfois » (3) et « assez souvent » (4). On a déjà vu que la pression du temps était un stressseur lié à la charge de travail et à l'insuffisance des revenus. Elle a également

pour conséquence l'altération de la qualité du travail. Ceci représente certainement une atteinte à l'identité professionnelle des kinés qui occupent une profession vocationnelle et tournée vers la prise en charge de la douleur d'autrui. D'ailleurs cet item est fortement associé à l'épuisement émotionnel et à la dépersonnalisation.

Le manque de rémunération pour les actes qui poussent les professionnels à toujours devoir pendre plus de personnes et moins de temps de repos (jours / congés.). C'est l'une des plus grandes causes de cet épuisement professionnel ressenti.

La rémunération de nos séances qui est risible ! Elle ne permet pas de prendre en charge correctement les patients ou alors aux dépens de notre vie personnel. C'est dommage de n'avoir pas évoqué plus cette question qui est le point majeur du problème car avec un acte mieux rémunéré plus de temps pour chaque patient, et qui dit plus de temps, dit meilleures expertises, meilleure prise en charge et meilleurs résultats.

Nous sommes obligés de prendre plus de patients pour gagner notre vie ce qui nous laisse moins de temps que l'on aimerait avec nos patients.

Il est décourageant de constater qu'il devient de moins en moins viable de consacrer le temps nécessaire à chaque patient pour garantir des soins de qualité. Nous sommes poussés à enchaîner les séances pour simplement maintenir une rentabilité minimale, au détriment de la relation thérapeutique et du sens même de notre métier.

Ma principale difficulté est de vouloir tout (traitement, formation perso, administratif) bien faire et admettre que c'est impossible si je veux gagner ma vie (sans vouloir être riche !) et préserver mes proches ! Dissonance dure à accepter. Meilleurs tarifs permettraient plus de temps pour les soins + administratif + formation et meilleure satisfaction du travail accompli.

Sans surprise, on retrouve ici l'origine de bien des maux, à savoir la question financière qui revient constamment dans ces propos.

Et les kinés éprouvent une dissonance cognitive et émotionnelle entre l'idée de ce « qu'ils pourraient faire » et « la réalité de terrain » qui les empêchent d'utiliser leurs compétences et exercer leur savoir-faire :

Il me semble qu'il y a aujourd'hui un écart qui a grandi au fil des années entre les compétences et capacités des kinésithérapeutes à prendre en soin les patients et la réalité de terrain (tarification et système de cotation obsolète et inadapté, temps de consultation court). Cela favorise une insatisfaction au travail. L'écart entre ce que l'on pourrait proposer et mettre en œuvre et ce que la tarification des soins nous permet de proposer est trop important. Elle génère de l'insatisfaction chez les soignants et chez les soignés.

Les participants évoquent également l'influence du manque de temps sur un autre aspect du travail bien fait, à savoir la formation continue :

La lecture d'article scientifique pour se tenir informé des nouvelles études est énergivore, cela prend du temps, de la concentration, et nous devons encore piocher sur notre temps libre pour pouvoir faire un métier compétent.

J'aimerais avoir plus de temps rémunéré dédié à la formation continue/epp/revues de littérature etc.

Il aurait été judicieux d'insister sur la qualité du travail en rapport avec l'aspect financier et l'investissement que l'on met dans le traitement vu le peu de considération financière en retour. De plus, la pression mise par les cotisations sociales et les charges croissantes d'années en années qui ne nous permettent pas de prendre le temps avec le patient comme l'on devrait, ainsi que le fait de ne pas pouvoir poser de vacances à cause de ces charges

Il est important de souligner que le fait que les séances soient rémunérées à un prix si bas m'oblige à travailler de nombreuses heures et à traiter un grand nombre de patients en même temps. Le tarif des séances n'a pas été significativement modifié depuis 12 ans, alors que les honoraires des médecins ont été révisés. Il n'est pas acceptable de traiter les professionnels de la kinésithérapie de cette manière. Je suis confronté à des conditions de travail difficiles, avec des coûts de matériel en constante augmentation, ainsi que des loyers et d'autres dépenses qui pèsent sur mes finances.

On saisit bien à travers ces derniers témoignages comment les kinés sont confrontés à des conflits éthiques. D'un côté, respecter les valeurs professionnelles que l'on s'est fixées et qui fondent et alimentent notre identité professionnelle. C'est-à-dire, apporter les meilleurs soins aux patients et développer les compétences qui

permettent de parfaire ses compétences. Mais ceci au risque d'une surcharge de travail, d'un appauvrissement de sa vie privée et de faibles revenus, et finalement sans être vraiment assuré, dans ce contexte épuisant d'avoir suffisamment de ressources physiques et psychologiques disponibles pour être attentif aux patients et leurs prodiguer les meilleurs soins.

Je fais encore un patient par demi-heure. Je suis obligée de travailler beaucoup d'heures pour être rentable ; Je pense déjà à mon avenir alors que ça ne fait que dix ans que je travaille en tant que kiné (Vais-je pouvoir tenir encore longtemps à ce rythme). Je n'ai pas envie de faire plusieurs patients en même temps : Vais-je encore avoir le choix ? Quelle prise en charge pour les patients ? Vers où va-t-on ? Ce n'est pas normalement le cœur de notre métier la rentabilité ; Mais nous sommes obligés d'y penser ; Nous allons vers une quantité et plus une qualité des soins.

D'un autre côté, atteindre des revenus plus confortables et réduire son amplitude horaire, mais en oubliant la norme d'un patient toutes les 30 minutes, pour privilégier les prises en charge multiples et devenir un « cabinet usine ».

La faible cotation des actes me pousse à prendre plusieurs patients en même temps, quitte à réduire la qualité de mes soins.

C'est bien ce dilemme que résume ce kiné :

La principale source de tous ces maux est la faible rémunération. Pour bien travailler et prendre tout en considération, il faut du temps et vu nos honoraires, nous vivons de moins en moins bien. Donc soit on a un cabinet usine pour gagner décemment sa vie, soit on croule sous les journées à rallonge pour une misère, source d'épuisement physique mais surtout moral.

Mauvaise ambiance :

Un troisième item lié à ce facteur « mal faire son travail » concerne les conflits au sein du cabinet. La mauvaise ambiance de travail est peu fréquente puisque sa moyenne est de 1.5. Ce n'est donc pas un risque psychosocial courant chez les MK contrairement à d'autres professions.

Ces situations sont d'ailleurs peu documentées dans les écrits laissés en fin de questionnaire. On trouve quelques références très brèves à ces situations :

Ambiance cabinet.

En fait les situations les plus commentées concernent les conflits entre générations :

Problème d'entente intergénérationnelle

Je suis épuisée par la jeune génération de kiné qui se comporte en consommateur dans le cabinet, n'a aucune conscience professionnelle, ni aucune empathie. Ma dernière collaboratrice a fait un message 2 jours avant le début de son contrat en disant qu'elle n'avait pas le moral et préférait rentrer chez elle. Elle est finalement venue et passe plus de temps à juger les parents en OFF qu'à soigner les enfants.

Dernièrement une génération de kiné a beaucoup d'exigences pour son temps libre et reporte la charge de travail, des responsabilités sur les autres.

Toutefois, il faut demeurer prudent face à de tels propos.

Mal faire son travail et burnout.

Le sentiment de mal effectuer son travail engendre évidemment une perte de sens et déstabilise l'identité professionnelle. C'est l'un des 5 stressors les plus fortement liés au burnout. De fait, il est lié à l'épuisement émotionnel ($\beta = .20, p < .0001$) et à la dépersonnalisation ($\beta = .19, p < .0001$). Il est l'un des deux stressors les plus également lié à la dissonance émotionnelle ($\beta = .21, p < .0001$).

Mal faire son travail et caractéristiques sociodémographiques.

Les femmes ressentent plus fréquemment que les hommes le sentiment de mal faire leur travail ($M=7.6$ vs. $7.0, F(17563) = 59.7, p < .0001$). Cette différence peut avoir différentes sources.

Différentes études ont montré que les femmes avaient des scores plus élevés que les hommes sur un trait de personnalité nommé « **conscienciosité** » (e.g., Keiser *et al.*, 2016; Mac Giolla & Kajonius, 2018). La conscienciosité, qui renvoie à la fiabilité, à la volonté de réussir, implique prudence, persévérance, organisation, etc. (Cf., Nguyen *et al.*, 2005). C'est un trait qui implique un désir de bien faire une tâche. Il est donc probable, étant donné les pressions liées aux stéréotypes qui pèsent sur elles (Cf. plus haut), que les femmes MK, plus désireuses de bien faire et sachant qu'elles doivent

plus que les hommes faire preuve de leurs compétences, considèrent davantage qu'elles font mal leur travail.

Cette différence de genre renvoie également à ce que nous avons vu plus haut concernant les préjugés dont les femmes sont la cible.

On observe également une association entre la perception de ce stressor et la variable « âge » ($r = -.19$, $p < .0001$). Cette association va dans le même sens que celles observées pour 7 des stressors observés précédemment. C'est donc un processus constant. Ici, comme plus haut, plus les MK sont jeunes, plus ils perçoivent ce stressor. Et les comparaisons de moyennes entre génération viennent bien entendu confirmer ce lien. $F(4, 7756) = 54.6$, $p < .0001$. Les moyennes pour les 5 générations de MK présentes dans notre étude sont présentées au tableau ci-dessous.

Générations	Sentiment de mal faire son travail
≤ 28 ans	8.0
29-44	7.6
45-60	7.0
61-79	6.4
≥80	4.9

Tableau III.20 : Sentiment de mal faire son travail en fonction des générations.

On observe également que les MK qui exercent en cabinet de groupe perçoivent davantage le fait de mal faire leur travail. ($M = 7.6$ vs. 7.0 , $F(1, 7563) = 59.7$, $p < .0001$.)

Onzième facteur : Souffrance physique et morale des patients (Alpha de Cronbach = .67)

Le onzième facteur est composé des deux items suivants :

2 Je suis confronté(e) à la souffrance physique des patients.	.71	4.9	1.1	.25	.14
35 Je suis confronté(e) à la souffrance morale des patients.	.67	4.7	1.1	.28	.16

Tableau III.21. Items composants le facteur « Souffrance physique et morale des patients »

Ces deux items ayant des moyennes de 4.9 et 4.7, la fréquence perçue de ces situations est plutôt élevée puisqu'elle se situe entre « assez souvent » à « très souvent ».

Les kinésithérapeutes sont quotidiennement confrontés à des douleurs musculo-squelettiques, des pathologies chroniques, des traumatismes, ou encore des défaillances fonctionnelles liées à l'âge ou à des maladies graves. Ce facteur est sans surprise corrélé au facteur « dégradation, fragilité des patients ». ($r = .42$). Mais ici il ne s'agit pas de la souffrance des patients corrélative à leurs problématiques sociales, comme c'était le cas avec le facteur 5, mais de la « simple » souffrance des organes en quelque sorte, et de la souffrance psychologiques qu'elle entraîne. On sait qu'il y a un lien entre douleur chronique et dépression. Les patients en situation de douleur chronique, en fin de vie, ou en situation de handicap grave, expriment fréquemment des émotions telles que la tristesse, la colère, la peur, ou le désespoir. Le kinésithérapeute, en tant qu'interlocuteur privilégié, doit faire preuve d'empathie, d'écoute active, et parfois de soutien moral, tout en maintenant une distance professionnelle nécessaire pour préserver sa propre santé mentale.

La fin de vie, la douleur chronique des patients mais aussi les difficultés financières des collègues et associés, l'entente dans la scm, la répartition (ou non répartition) des retro des assistants entre associés : voilà ce qui me mine tous les jours

Tous les MK n'éprouvent pas de tension face à la douleur. Pour certains, il est même probable qu'elle donne du sens à leur travail. En voici quelques témoignages :

La rémunération de nos actes est épouvantable. Je ne fais que des soins individuels avec des patients qui présentent des douleurs persistantes. Et j'aime

ça ! Mais payé à l'acte, c'est une catastrophe économique. Je ne sais pas combien de temps je vais continuer comme cela...

(...) en gériatrie, la douleur physique ou morale est omniprésente sans qu'elle soit un stress pour le thérapeute.

Merci pour ce questionnaire. La part émotionnelle du patient et du thérapeute sont des éléments PRIMORDIAUX dans le succès sur le long terme de la prise en charge. Prendre le temps et discuter échanger dialoguer est CAPITAL. Pour cela il faut distinguer les kinés qui bossent à 5 patients à la fois et ceux qui n'en prennent que 1!!! Cela éviterai bien des confusions !!

Mais d'autres kinés évoquent, comme c'était déjà le cas avec le facteur 5, leur impuissance et leur manque de formation face à la douleur :

Je m'occupe régulièrement de patients chroniques, parfois jeunes, qui se dégradent, avec des souffrances physiques et psychologiques. Je ne me sens pas assez formée pour les accompagner au mieux. Je me sens souvent impuissante face à leur souffrance. L'accompagnement en fin de vie est également très difficile et nous y sommes très peu formé.

Mais pour d'autres MK libéraux, la confrontation à la douleur est source de fatigue voire d'épuisement :

Travailler avec des patients qui souffrent et se plaignent toute la journée est fatigant

La partie souffrance des patients, je suis spécialisée en sénologie ce qui est très épanouissant mais parfois très difficile émotionnellement, assez souvent confrontée à des larmes.

La valise émotionnelle qu'on ramène à la maison après le travail

Pour information, je suis kiné en rééducation vestibulaire, en effet le contexte émotionnel des patients est très important et j'ai choisi cette spécialité pour moins souffrir physiquement et moralement car je trouvais le métier de kiné

physique et épuisant mentalement. De plus je trouve les pathologies chroniques difficiles à traiter car épuisant mentalement pour le kiné et pas bcp d'efficacité (en rééducation vestib je trouve qu'il y a moins de chronique et des résultats rapides et efficace).

En plus des efforts cognitifs et physiques, le travail de MK, comme celui de nombreux professionnels du soin implique des tensions émotionnelles. En particulier les soignants doivent gérer les émotions qu'ils ressentent et celles qu'ils affichent : par exemple maintenir un ton neutre mais empathique, supprimer les expressions de colère ou d'irritation, ou encore de répulsion. On parle alors de travail émotionnel. Ce travail émotionnel correspond aux efforts déployés pour transformer ses émotions en une réponse professionnelle appropriée (Hochschild, 1983). Et ce travail émotionnel est une source potentiel de burnout. Ce travail émotionnel est d'autant plus source d'épuisement que le MK n'a guère le temps de récupérer entre deux patients :

La composante émotionnelle que demande les traitements ainsi que la réflexion permanente pour la meilleure adaptation au patient et à sa pathologie est énergivore et du fait du système de soin actuel on doit enchaîner pour vivre un minimum décemment à côté, après 5 ans d'étude et peu de reconnaissance c'est épuisant. De plus en plus avec des amis on se dit qu'on ne finira pas notre carrière en tant que kiné si rien ne change...

Et à nouveau ici les kinés évoquent leur faible rémunération alors que les demandes des patients débordent largement les compétences et le rôle inhérents à leur statut professionnel :

L'aspect psychologique (empathie, sur lequel vous insistez sur la fin du questionnaire) est certes très important mais aussi très énergivore, certains patients viennent nous voir pour des symptômes cliniques physiques dus principalement à leur stress (rachis cervical, épaule, dos souvent) et nous en demandent beaucoup. La kiné étant remboursée et non le psychologue nous nous retrouvons face à des patients en recherche d'écoute psychologique car il ne peuvent pas forcément payer des séances de psy. Alors on en peut plus d'être tout ça, sans jamais être vraiment augmentés et sans être considérés convenablement.

Souffrance des patients et burnout.

Nous avons vu que le facteur 5, i.e, « dégradation, précarité, fragilité des patients » était associé négativement au burnout quand nous procédions à des analyses de

régressions multiples linéaires. En revanche, le même type d'analyses, montre un lien significatif positif entre ce facteur 11, c'est à dire « souffrance des patients » et la première dimension du burnout. Plus les MK libéraux perçoivent une fréquence élevée de la souffrance des patients, plus ils ressentent de l'épuisement émotionnel. Mais l'association entre ces deux dimensions n'est pas des plus élevées : $\beta = .07$, $p < .0001$. On note également une association avec la dissonance émotionnelle ($\beta = .05$, $p < .001$). On observe encore que la confrontation à la souffrance physique et morale des patients n'est pas associée à la dépersonnalisation. Autrement ces situations n'amènent pas les MK à se distancer du patient.

Souffrance du patient et variables sociodémographiques.

On ne sera pas étonné, au vu des résultats précédents que les femmes perçoivent davantage que les hommes la souffrance des patients ($M=9.7$ vs 9.3 , $F(1, 7563) = 78.9$, $p < .0001$).

En revanche l'effet de l'âge est minime ($r = -.05$). Et l'observation des moyennes entre générations montre simplement que les babyboomers perçoivent moins ce stressor comparativement aux générations précédentes.

Douzième facteur : judiciarisation. (alpha = .79)

Ce dernier facteur comprend les deux items suivants :

29-Certains patients malintentionnés ont tendance à me menacer de porter plainte au moindre mécontentement. (.72)					
63-Certains patients menaces de plus en plus d'entamer des procédures (.85).					

Tableau III.22. Items composants le facteur « judiciarisation »

Ces deux items renvoient donc aux phénomènes de judiciarisation auxquels les MK libéraux, à l'instar des autres professionnels de santé, semblent confrontés. La judiciarisation de la société désigne le processus croissant par lequel les institutions

judiciaires et le droit deviennent les principaux mécanismes de régulation des conflits et des problèmes sociétaux, au détriment ou en substitution d'autres formes d'action publique et collective.

Traditionnellement l'idée de justice renvoyait à la primauté de la loi générale qui organisait la société dans laquelle les actions et les actions et les choix individuels étaient subordonnés aux valeurs du groupe. Ainsi, « la vie commune [conditionnait] la vie individuelle : juger, soigner, loger, enseigner, défendre la population... sont des actions publiques en même temps que des biens publics ». (Castillo, 2018, page 167). Mais avec la judiciarisation, phénomène inhérent à l'individualisme qui se répand dans toutes les sphères de la vie sociale, c'est l'intérêt de l'individu qui prime, ses choix et ses besoins outrepassent les valeurs du groupe. L'individu « recourt au droit pour mettre en évidence ce qu'il tient pour injuste du point de vue de son expérience personnelle, et il demande à la justice d'individualiser sa manière de juger, de pénaliser et de réparer ». (Castillo, 2018, page 167). Le recours au droit vient remplacer les anciennes régulations sociales. C'est ainsi que, à l'instar du commerçant qui a vendu un produit défectueux ou de l'artisan qui n'a pas rendu correctement le chantier qu'il avait entrepris, les soignants eux-mêmes, de plus en plus assimilés à des prestataires de service, sont menacés de poursuite s'ils estiment que les soins prodigués ne sont pas satisfaisants, pas conformes à ce qui était attendu. Ces attitudes sont encore renforcées, en ce qui concerne les professions soignantes, par le fait que les individus acceptent de moins en moins leur finitude, leur vieillissement, (les media nous cachent les handicapés et les personnes âgées, si ce n'est pour susciter notre indignation face à l'injustice de ces conditions). Alors, s'il n'y a pas d'amélioration, ce n'est pas lié à la finitude de l'individu, mais à l'échec coupable du soignant.

On note évidemment que les deux items qui composent ce facteur obtiennent des scores de fréquence parmi les plus bas (Moyenne = 1.3) ce qui les situe entre « jamais (1) et rarement (2). D'ailleurs, ces plaintes sont peu évoquées dans les propos laissés en fin de questionnaire et un participant nous reproche même d'avoir abordé ce sujet :

Les problèmes de la profession sont beaucoup plus importants que de savoir si des patients veulent intenter une action en justice.

Quoi qu'il en soit la judiciarisation est un phénomène en expansion dans les relations entre patients et professionnels de santé. Au Royaume-Uni, on a assisté à une hausse de 8% des plaintes entre 2012 et 2018 (Alkhenizan & Shafiq, 2018). Et même si elles demeurent rares, ces situations de poursuites font leur apparition chez les MK et elles

risquent de s'étendre. Et ces situations sont évidemment pathogènes pour la santé des professionnels.

Le fait que les patients puissent porter plainte auprès de l'Ordre pour n'importe quel motif, nous rajoute une pression psychologique énorme.

Notre sécurité et notre défense en cas de plainte... C'est notre voix contre celle de notre patient. Nous souhaiterions une meilleure protection.

Dans une étude par questionnaires menée de novembre 2021 à janvier 2022 auprès de 688 MK britanniques, Yeowell *et al.*, (2024) observent que ceux qui ont été impliqués dans un litige (c'est à dire 10% des répondants et 29% des libéraux) indiquent avoir subi, stress, inquiétude et anxiété. Les auteurs observent encore que 70% de ceux qui ont connu un litige déclarent qu'ils adoptent dorénavant des attitudes défensives, c'est à dire « une gestion excessivement prudente des patients se traduisant par une documentation accrue, des examens complémentaires excessifs, des rendez-vous inutiles »

Il arrive également qu'un MK puisse être surpris par la soudaineté de la plainte :

... les procédures qui ont été engagées par les patients sans forcément de menace préalable.

Judiciarisation et burnout.

Les analyses statistiques ne montrent aucun lien entre la judiciarisation et l'épuisement émotionnel ou la dissonance émotionnelle (Dans les deux cas $\beta = .00$). Ce n'est donc pas un stresser qui, à ce jour, engendre de la tension chez les MK. Cependant, il est associé à la dépersonnalisation, même si le lien est relativement faible ($\beta = .05$, $p < .001$).

Judiciarisation et variables socio-démographiques.

La judiciarisation, dont la moyenne de fréquence est faible, n'est associée à aucune des variables sociodémographiques de notre étude.

Résumé.

Nos analyses ont identifié 12 facteurs potentiels de tension rencontrés par les kinésithérapeutes libéraux. Parmi eux, la charge de travail excessive qui englobe la surcharge quantitative, la gestion du temps, la difficulté à organiser le planning, et la nécessité de faire face à des urgences et à une demande croissante de soins ressort comme une des causes importantes du mal être et du burnout des MKs libéraux.

Combinée à cette charge de travail, la faiblesse des rémunérations, qui pousse certains professionnels à travailler jusqu'à 60 ou 70 heures par semaine, est une source essentielle de mal être. Ces deux stressors apportent épuisement, perte de sens et de reconnaissance sociale et professionnelle et impactent la qualité des soins. La charge administrative complexe et chronophage ajoutent une tension supplémentaire.

La relation avec les patients, de plus en plus marquée par des incivilités, une passivité ou une non-implication, constitue un autre facteur de stress, renforçant le sentiment d'injustice et de dévalorisation professionnelle. La difficulté à faire respecter le cadre thérapeutique, la gestion des attentes irréalistes, et la faible reconnaissance de la profession par la société et certains prescripteurs alimentent ce malaise. Toutefois, ces relations difficiles avec les prescripteurs (qui apparaissaient comme source de tensions majeure lors de l'étude de 2018) n'ont pas de poids sur le burnout lorsque l'analyse des données est basée sur des régressions multiples linéaires.

Si la dégradation, la précarité, et la fragilité des patients, notamment en fin de vie ou souffrant de pathologies chroniques sont manifestement associées à une charge émotionnelle, ce que révèlent les verbatims, ces situations ne sont pas ou peu associées au burnout.

En revanche, la peur de mal faire, la crainte d'erreurs, et la difficulté à maintenir une distance émotionnelle appropriée sont liées à l'épuisement émotionnel et à la dépersonnalisation.

Pour conclure, la majorité des témoignages soulignent la nécessité d'une revalorisation salariale, d'une simplification administrative, et d'une meilleure reconnaissance pour préserver la santé mentale des professionnels et garantir la qualité des soins. La prévention du burnout passe par une amélioration des conditions de travail, une reconnaissance accrue, et un soutien psychologique adapté, afin de préserver la vocation et la santé des kinés dans un contexte professionnel de plus en plus exigeant et complexe.

Chapitre IV.

Les violences au travail chez les masseurs kinésithérapeutes français.

Les violences au travail.

Pour la Commission européenne, l'agression au travail renvoie aux situations au cours desquelles des professionnels sont exposés à des menaces, des agressions ou du harcèlement, y compris des menaces directes ou indirectes à leur sécurité, leur santé ou leur bien-être. Contrairement aux incivilités avec lesquelles l'intention de nuire à une cible précise est ambiguë (Le vol d'un objet dans la salle d'attente n'est pas nécessairement un acte dirigé intentionnellement contre le professionnel de santé), on considère que l'agression est une action dirigée contre un individu précis avec l'intention de lui nuire, quelle qu'en soit la cause.

L'Organisation Internationale du Travail (2023, page 11) distingue 3 formes de violence :

- Les violences et harcèlement d'ordre physique : coups, atteintes à la liberté de mouvement ou les crachats.
- Les violences et harcèlement d'ordre psychologique : insultes menaces, brimades, actes d'intimidation.
- Les violences et harcèlement d'ordre sexuel : attouchements, remarques, photos, courriels ou les sollicitations d'ordre sexuel non désirés.

Nous avons vu plus haut, en étudiant les différents stressors auxquels font face les MK, et notamment en analysant les verbatims, que les MKs font face à ces 3 types de violence. De fait, le secteur de la santé figure parmi ceux où les professionnels sont le plus victimes de violences (Liu, Gan, Jiang, et al., 2019 ; Rosenthal, Byerly, & Taylor, 2018) qu'elles soient physiques ou non.

D'après la revue de la littérature réalisée par Lanctôt et Guay (2014), les violences au travail peuvent entraîner des conséquences :

- physiques, c'est à dire blessures qui peuvent aller de l'égratignure au handicap, voire au décès.

-psychologiques, en particulier le stress post traumatique. A noter que ce stress atteint la personne cible de la violence, mais peut aussi frapper les témoins. On parle alors de stress post traumatique secondaire (ou vicariant). Parmi les conséquences psychologiques, on compte également le burnout et la dépression.

-émotionnelles ; Lanctôt et Guay rapportent des travaux qui montrent que les victimes de violence physique au travail éprouvent davantage d'émotions indésirables, notamment 5 des 6 émotions universelles, à savoir, la colère, la tristesse, la peur le dégoût et la surprise.

-organisationnelles ; la violence entraîne dans certains cas une incapacité plus ou moins permanente, du turnover, ou intention de quitter, des arrêts de travail, une réduction de l'engagement professionnel, mais également de la productivité et de la satisfaction au travail.

-thérapeutiques ; les professionnels victimes de violences adoptent des comportements de mise à distance des patients. Alors , la qualité des soins et le plaisir de soigner s'effondrent.

-sociales ; les troubles engendrés par la violence, par exemple les idées intrusives ou le stress post traumatique continuent à se produire hors du champ du travail. Ils ont un impact sur la vie privée.

-financières : comme nous l'écrit un MK en fin de questionnaire : « *pas d'arrêt de travail car pas de salaires pour nous, soignants !!!!* »

La violence entraîne donc des conséquences néfastes non seulement pour le professionnel qui en est la cible, mais également pour les autres patients et pour l'organisation du travail.

Toutefois on en sait peu aujourd'hui sur la prévalence de la violence au travail. Son estimation « varie considérablement d'une étude à l'autre, et dépend du type spécifique de violence mesurée, du secteur d'activité, du pays dans lequel l'étude est réalisée, et de la définition et des mesures utilisées » (Lanctôt & Guay, 2014, page 493). Il est très probable également que la prévalence estimée dépende de l'année du recueil des données. Chez les kinésithérapeutes, nous manquons également de données. J'ai réalisé une recherche systématique sur les bases de données scientifiques habituelles (*Science Direct, Psychology and Behavioral Sciences Collection, PsychArticles, Web of Science*) avec les mots clés : *physiotherapist, physiotherapists, physiotherapy, violence, aggression*. Seuls quelques articles apparaissent. Par exemple, en Irlande Burns, Magnier, et Guidon (2005) ont réalisé une enquête sur la prévalence de la violence chez les MK, mais elle porte sur un

échantillon très restreint de 70 professionnels exerçant uniquement à domicile (*Community Physiotherapists*). L'étude de Szczegielniak, Skowronek, Krysta, et Krupka-Matuszczyk, (2012) menée en Pologne, porte sur un échantillon limité à 50 professionnels. Parmi ceux-ci seuls 7 seulement travaillent en cabinet privé. Les autres exercent comme salariés dans une hôpital multidisciplinaire, dans un établissement de réadaptation ou des services de réadaptation ambulatoires. L'étude de Stubbs et Dickens, (2009) porte sur les agressions physiques de patients contre des physiothérapeutes (N= 116) travaillant en milieu psychiatrique. Autrement dit ces études portent sur de petits échantillons et ne comprennent pas, ou peu, de MK libéraux. Par ailleurs, elle ont été conduites il y a plus de 15 ans, bien avant la pandémie de Covid-19. Plus récemment, en Espagne, Boo-Mallo, Pérez-Caramés, Domínguez-Rodríguez, Alberto Quintela-Del-Río, & Martínez-Rodríguez, (2023) notent que la prévalence de la violence subie par les MK est inconnue. Et à ma connaissance, il n'existe pas à ce jour de données systématiques concernant les MK libéraux français. Vu l'accroissement des violences dont sont victimes les professionnels de santé, il nous a paru important d'inclure cette problématique dans notre étude. Nous nous sommes limités à deux types de violences, verbales et physiques.

Les violences verbales chez les MK de notre échantillon.

D'après la revue systématique de Guay, Goncalves et Jarvis, (2014), les violences verbales représentent les violences les plus fréquentes au travail.

Une première question demandait :

*-Au cours des 6 derniers mois, avez-vous subi des **violences verbales** de la part d'un ou plusieurs patients pendant votre travail ? Oui () Non ().*

Les résultats indiquent que sur cette dernière période de 6 mois, 19% des MK libéraux (N=1434, soit 1 MK sur 5) déclarent avoir été la cible de violence verbale de la part des patients.

Une autre question demandait :

-Si oui, au cours des 6 derniers mois, combien de fois avez-vous subi des violences verbales de la part d'un ou plusieurs patients pendant votre travail : ... fois.

Les résultats sont présentés au tableau IV.1 ci-dessous. (Parmi les répondants qui ont été victimes d'agressions verbales, 229 n'ont pas indiqué le nombre d'occurrences).

Nombre de violences verbales (6 derniers mois)	N	Pourcentage
1	376	33.1%
2	364	32.1%
3	167	14.7%
4	62	5.4%
5	63	5.5%
6	29	2.5%
≥7	74	6.5%
Total	1135	100%

Tableau IV.1. Nombre de violences verbales au cours des 6 derniers mois.

Comme on le voit, un tiers des MKs (33.1%) ayant été la cible de violences verbales au cours des 6 derniers mois l'ont été une seule fois. Un autre tiers (32.1%) l'ont été 2 fois. Et 28.1% l'ont été entre 3 et 6 fois. Enfin, 6.5% des MK libéraux ont été victimes de violences 7 fois ou plus.

Le genre de l'agresseur :

Nous avons également inclus dans le questionnaire une question portant sur le genre de l'agresseur lors de la dernière violence verbale. :

-La dernière fois que vous avez subi des violences verbales de la part d'un patient, quel était le genre de l'agresseur ? () homme ; () femme.

Dans 61.5% des cas, l'agresseur est un homme. A noter qu'il n'y a pas de lien significatif entre le genre du MK et celui de l'agresseur, même si les MK femmes tendent à être plus agressées par un homme (62.9%) que les MK hommes (59.9%). Mais le χ^2 d'indépendance n'est pas significatif : $\chi^2(1ddl) = 3.78, p < .07$.

Qui sont ces MK victimes de violences verbales ?

Le genre.

Les femmes MK de notre échantillon sont davantage la cible de ces violences verbales. En effet, ce sont 15.2% des hommes et 22.3% des femmes qui ont été la cible de ces violences. Le test d'indépendance est significatif : $\chi^2, (1ddl) = 61.6, p < .001$. Cf. tableau IV.2 ci-dessous.

Dit autrement, dans 62.4% des cas ce sont des MK femmes qui sont la cible de ces violences alors qu'elles représentent « seulement » 53% de l'échantillon. Nous avons

vu plus haut des verbatims où les femmes exprimaient leur plus grande vulnérabilité à la violence comparativement aux hommes.

	Hommes	Femmes	Total
Aucune violence verbale	N=3009 % dans genre : 84.8%	N= 3122 % dans genre : 77.78%	N=6131 % dans genre : 77.78%
Une ou plusieurs violences verbales	N= 539 % dans genre : 15.2%	N= 895 % dans genre : 22.3%	N=1434 % dans genre : 77.78%
Total	N= 3548 % dans genre : 100%	N=4017 % dans genre : 100%	N=7565 % dans genre : 100%

Tableau IV.2. Violences verbales en fonction du genre du MK.

Age.

Ceux qui ont été victimes d'une ou plusieurs agressions verbales sont plus jeunes (M=38.8 ans) que ceux qui n'en ont pas subi (M=42.4 ans).

Et l'observation du pourcentage de MK libéraux qui ont été la cible d'agressions verbales en fonction des générations, confirme ce résultat. Si 28.4% des kinés de 28 ans ou moins ont été la cible de telles agressions, ce pourcentage d'abaisse à 19.4%, 15.5%, 11.8% et 11.1% lorsqu'il est observé auprès de générations Y, X, babyboomer et « silencieuse », respectivement. χ^2 , (4ddl) = 107.9, $p < .0001$. (Cf le tableau suivant). A nouveau ici, on peut évoquer l'autorité liée au statut des MK les plus âgés, qui les protégerait en partie des agressions, mais également la mise en place de stratégies de faire face efficaces avec le développement de l'expérience professionnelle.

Génération	Victime de violences verbales
≤ 28 ans	28.4%
29-44	19.4%
45-60	15.5%
61-79	11.8%
≥80	11.1%

Tableau IV.3 : Pourcentage de MK libéraux victimes de violences verbales en fonction des générations.

Cabinet de groupe.

Ceux qui exercent en cabinet de groupe sont-ils protégés des violences verbales du fait de la proximité de leurs collègues ? La réponse est négative.

En effet, alors que ceux qui exercent en cabinet de groupe sont 19.1% à avoir été la cible d'agression verbale au cours des 6 derniers mois, ce pourcentage est identique chez ceux qui exercent seuls : 18.6%. Le fait d'avoir des collègues à proximité n'est pas une garantie contre ce type d'agression. On peut même imaginer que pour certains clients histrioniques la présence des collègues représente l'opportunité bienvenue d'avoir un public.

Lieu d'exercice.

Il n'y a pas d'effet significatif du lieu d'exercice. En effet, les pourcentages de kinés visés par des violences verbales sont 17.9%, 19.0% et 19.7% selon qu'ils exercent en secteur rural, semi-urbain ou urbain.

L'influence des attitudes et comportements au travail.

La suite de l'exploration des données nous apprend que certaines caractéristiques des MK libéraux liées à leur manière d'exercer ont un lien avec le fait d'être victime d'agression verbale.

On observe notamment que le nombre d'agressions verbales dont les MK sont la cible est associé :

- à l'amplitude horaire : $r=.14$, $p<.001$.

- au nombre d'actes réalisés : $r=.12$, $p<.001$

- au présentéisme, *i.e.*, au nombre de journées travaillées alors que l'on est malade : $r = .17$, $p<.001$. Si par ailleurs on compare le nombre de jours de présentéisme des kinés victimes de violences verbales avec ceux qui n'en souffrent pas, on constate une moyenne de 17.5 jours chez les premiers vs. 13.5 jours chez les seconds ($F(16595) = 30.0$, $p<.0001$).

Certes ces corrélations correspondent, malgré leur significativité à des liens modestes. Mais elles vont toutes dans le sens d'un lien entre charge de travail et agressions. Ce lien est-il dû au fait que certains MK sont agressés verbalement parce qu'ils ont déjà un nombre considérable de suivis et ne peuvent pas prendre de nouveaux patients ? On peut aussi supposer que la surcharge de travail amène à diminuer la qualité des soins ce qui en retour provoque des agressions verbales. Ces deux types de situation ont été évoqués lors des verbatims.

Violences verbales et santé psychologique des MK libéraux.

Ces violences verbales sont associées au mal être des MK. En effet, lorsque l'on compare ceux qui n'ont pas été la cible de violences verbales et ceux qui en ont été victimes, on constate des différences très significatives sur les scores :

- d'épuisement émotionnel. $M= 24.7$ vs. 30.0 , $p<.0001$.

- de dépersonnalisation. $M= 7.5$ vs 10.3 , $p<.0001$.

- de dissonance émotionnelle : $M= 10.7$ vs. 12.8 , $p<.0001$

Ces résultats sont en accord avec ceux d'autres études qui montrent que le niveau d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation est plus élevé chez les professionnels qui ont été la cible de violence (*e.g.*, Estryn-Behar, van der Heijden, Camerino *et al.*, 2008 ; Merecz, Drabek, & Mościcka, 2009 ; Needham, Abderhalden, Halfens, *et al.*, 2005).

	Epuisement émotionnel	Dépersonnalisation	Dissonance Emotionnelle
Pas de violences verbales	24.7	7.5	10.7
Une ou plusieurs violences verbales	30.0	10.3	12.8
F(1, 7563)	226.7	205.5	261.7

Tableau IV.4 : violences verbales, burnout et dissonance émotionnelle.

En revanche, il n'y a pas d'association forte entre le nombre de violences verbales et la santé psychologique.

Les violences physiques.

Le questionnaire incluait également des questions sur les violences physiques, sous la même formulation que celles posées sur les violences verbales :

-Au cours des 6 derniers mois, avez-vous subi des violences physiques de la part de patients pendant votre travail ? Oui () Non ()

-Si oui, au cours des 6 derniers mois, combien de fois avez-vous subi des violences physiques de la part des patients pendant votre travail ? fois

*-La dernière fois que vous vous souvenez avoir subi des violences physiques de la part d'un patient pendant votre travail, quel était le sexe de l'agresseur ?
() Homme ; () Femme*

Au cours des 6 derniers mois, 197 MK de notre échantillon ont été victimes de violences physiques, c'est à dire 2.6% de l'échantillon.

Le genre.

Comme les violences verbales, les violences physiques visent davantage les femmes que les hommes. Celles-ci ont été 3.0% (N= 122) à être agressées physiquement alors que les hommes n'en ont été « que » 2.1% (N=74). $\chi^2 (1ddl) = 6.57, p < .01$.

Mais le nombre moyen d'agression est de 3.3 pour les hommes et 2.2 pour les femmes. Cependant, la différence n'est pas significative, $F(1, 3.12) = 3.13$, $p < .08$. Ce n'est qu'une tendance.

Dans 62.2% des cas, l'agresseur est un homme. Mais il n'y a aucun lien entre le genre du MK et celui de l'agresseur.

L'âge.

On observe une corrélation négative mais non significative entre l'âge et le nombre d'agressions. ($r = -.08$, NS). Mais si on compare les générations entre elles, on observe, comme pour les violences verbales que les plus jeunes, *i.e.*, les MK âgés de 28 ans ou moins, sont davantage à subir des agressions physiques comparativement à leurs aînés. (Cf tableau IV.3).

Générations	Victime de violences physiques
≤ 28 ans	3.8% (N = 45)
29-44	2.3% (N = 79)
45-60	2.8% (N = 66)
61-79	1.2% (N = 7)
≥80	0%

Tableau IV.5 : Pourcentage de MK libéraux victimes de violences physiques en fonction des générations.

Cabinet de groupe.

Si exercer en cabinet de groupes n'a pas d'influence sur les violences verbales, (Cf. plus haut), en revanche, ceux qui exercent seuls ont été 3.3% à être victimes de violences physiques vs. 2.3% pour ceux qui exercent en cabinet de groupes ($\chi^2(1ddl) = 6.07, p < .02$). La présence des collègues a donc un rôle partiellement protecteur lorsqu'il s'agit de violences physiques.

Par ailleurs, on observe un nombre moyen plus bas de violences physiques ($M = 2.4$) quand les MK exercent en cabinet de groupe plutôt que seuls ($M = 3.2$). (Ces moyennes concernent ceux qui ont subi des violences). Mais ici, la différence n'est pas significative $F(1, 144) = 1.69, NS$.

Lieux d'exercice :

Ceux qui exercent en milieu semi urbain, ont davantage été victime de violence physique (3.3%) que ceux qui exercent en campagne (2.6%) ou en ville (2.3%). Mais ces différences ne sont pas significatives : $\chi^2(2ddl) = 3.69, NS$

Attitudes travail.

Il n'y a pas de corrélation entre le nombre de violences physiques d'une part et l'amplitude horaire, le nombre d'actes réalisés d'autre part. ($r = .02$ et $.07$, respectivement). En revanche, plus les MK sont présentéistes, c'est à dire viennent travailler alors qu'ils sont malades, plus ils subissent d'agressions physiques ($r = .14$). Mais la corrélation n'est pas significative ($p = .11$).

Violences physiques et santé psychologiques.

On peut d'abord comparer les scores de burnout entre ceux qui ont subi des violences physiques et ceux qui n'en n'ont pas été victimes. Ces analyses nous apprennent que les premiers ont un score moyen d'épuisement émotionnel ($M = 29.9$) significativement supérieur aux seconds ($M = 25.6, F(1, 7563) = 24.4, p < .0001$). On observe le même type de résultat pour la dépersonnalisation : le score moyen des premiers est $M = 10.4$, celui des seconds est $M = 7.9$. La différence est également significative : $F(1, 7563) = 32.4, p < .001$.

La violence physique est donc associée au burnout. Ce résultat est déjà observé auprès d'autres professions médicales. Mais c'est une des premières mises en

évidence chez des MK libéraux. En effet, les quelques articles disponibles portent surtout sur les MK hospitaliers.

On peut ensuite vérifier si le nombre d'actes de violence subi est associé au burnout. En d'autres termes, le burnout augmente-t-il quand le nombre de violences s'élève. En fait, si l'on observe bien des corrélations significatives entre ces deux variables, elles restent faibles. Elles sont de $r=.10$ pour l'épuisement émotionnel ($p<.04$) et $r=.09$ pour la dépersonnalisation ($p<.05$). Pour la dissonance émotionnelle, la corrélation n'est pas significative ($r=.06$, NS).

Mais nos données appellent à la prudence quant à l'interprétation. Nous n'avons pas étudié précisément le type de violences physiques dont ont été victimes les MK de notre échantillon. Nous n'en connaissons pas le degré de gravité. Nous ne savons pas non plus, lorsque les participants de notre étude ont été victimes de plusieurs actes de violence, si ces actes émanent d'une seule personne ou d'une variété de patients. Nous ne savons pas davantage quelles étaient les pathologies des auteurs de violence. Etc. Evidemment ce type d'investigations aurait demandé un questionnaire entièrement dédié. Néanmoins, nos données offrent un premier aperçu national de la réalité de ces violences et de leur effet sur les MK qui en sont victimes.

En résumé.

Chez les kinésithérapeutes, peu de données existent concernant les violences au travail. Une recherche systématique de la littérature révèle des études limitées, souvent anciennes, avec de petits échantillons. Elles portent peu sur les MK libéraux.

Au total 19% des MK de notre échantillon déclarent en avoir subi des violences verbales dans les 6 derniers mois. Parmi eux, la majorité (66%) en ont été victimes une ou deux fois, mais certains (6,5%) ont subi plus de sept agressions. La majorité des agresseurs sont des hommes (61,5%), et les femmes MK sont plus souvent victimes de ces violences verbales (22,3%) comparativement aux hommes (15,2%).

Les jeunes MK (moins de 28 ans) sont plus exposés aux violences verbales (28,4%) que les générations plus âgées, ce qui peut s'expliquer par leur moindre expérience ou la plus faible épaisseur de leur statut social. La pratique en cabinet de groupe ne semble pas offrir une protection contre ces violences. Le lieu d'exercice (rural, semi-urbain, urbain) n'a pas d'impact significatif.

Le contenu de l'activité et les attitudes et comportements au travail influencent également sur l'émergence de ces violences : une charge horaire importante, un nombre élevé d'actes réalisés, et le présentisme (travailler en étant malade) sont associés à un plus grand nombre d'agressions verbales. Ces violences verbales sont associées à un burnout (épuisement émotionnel et dépersonnalisation) et une dissonance émotionnelle, nettement plus élevés.

Les violences physiques, moins fréquentes (2,6%), touchent davantage les femmes (3%) que les hommes (2,1%). Les jeunes (moins de 28 ans) sont aussi plus exposés. La majorité des agresseurs sont des hommes (62,2%), mais il n'y a pas de lien entre le genre du MK et celui de l'agresseur. La pratique en cabinet seul ou en groupe influence la fréquence de ces violences, mais la différence n'est pas toujours significative.

Les violences physiques ont un impact notable sur la santé psychologique notamment le burnout (épuisement émotionnel et dépersonnalisation) mais aussi la dissonance émotionnelle.

En résumé, les violences, verbales ou physiques, sont une problématique importante pour les MK, avec des conséquences graves sur leur santé mentale, leur pratique professionnelle. Si leur prévalence exacte reste à affiner, on peut néanmoins affirmer que leur impact est indéniable.

Chapitre V

Les variables psychologiques I : le workaholisme ou l'addiction au travail.

Introduction.

Nous avons vu tout au long de ce rapport à quel point les MK libéraux travaillent de longues heures et que cette large amplitude horaire s'explique largement par les contraintes économiques qui sont les leurs.

Mais les longues heures passées à travailler au-delà de ce qui est normalement attendu, reflètent aussi dans certains cas une dépendance au travail. On parle alors de *workaholisme*.

Le terme workaholisme, un « mot valise » qui combine « *work* » et « *alcoholic* », a été créé en 1968 par Wayne E. Oates pour décrire « un besoin incontrôlable de travailler sans cesse ». D'après lui, le workaholisme représente une addiction semblable à l'alcoolisme. En français, on trouve plusieurs traductions : « ergomanie », « boulomanie ». « travaillolisme ». Mais de plus en plus c'est le terme workaholisme qui s'impose. C'est donc lui que nous utiliserons dans ce rapport de recherche.

Le workaholisme implique, certes, de travailler excessivement, ce que font de nombreux MK. Mais on peut travailler excessivement sans être workaholique. Des raisons économiques, les demandes de patients qui affluent, et que la conscience professionnelle amène à satisfaire peuvent conduire à travailler de longues heures. En fait, la caractéristique distinctive du workaholisme est d'être dépendant psychologiquement de son travail, d'avoir une compulsion interne à travailler, de penser constamment à son travail et de l'investir à un point tel que les autres sphères importantes de la vie (Famille, amis, loisirs, etc.) sont totalement délaissées. Ainsi Oates définit la victime de cette addiction comme « une personne dont le besoin de travailler est devenu tellement excessif qu'il perturbe de façon notoire sa santé, son bonheur et ses relations ».

De fait, les workaholiques ressentent de la frustration lorsqu'ils sont empêchés de travailler, par exemple lorsqu'ils sont en famille ou en vacances. Les recherches empiriques révèlent encore qu'ils ont des relations tendues non seulement avec leurs

conjointes mais également avec leurs enfants qui eux-mêmes souffrent davantage de dépression comparativement aux enfants de non-workaholiques. Les autres effets néfastes pour la santé du workaholisme incluent les problèmes de sommeil, le surpoids, une élévation de la tension artérielle, des douleurs physiques, des états anxio-dépressifs, et une augmentation des arrêts de maladie.

Au travail, les workaholiques ont du mal à déléguer leurs activités. Ils présentent une certaine rigidité psychologique, avec un style de travail inflexible ou compulsif. Tous ces comportements et attitudes contribuent à créer des relations professionnelles conflictuelles.

Pourquoi étudier le workaholisme chez les MKs ?

Nous avons étudié le workaholisme chez les MKs pour plusieurs raisons. D'abord, plusieurs recherches ont montré que les professionnels de santé, notamment quand ils exercent en libéral, peuvent être victimes d'addiction au travail.

Ensuite, lors des entretiens précédents la première étude, celle de 2018, plusieurs kinés avaient évoqué cette pression interne à travailler sans cesse. Et les résultats de l'étude par questionnaire de 2018, montraient un degré de workaholisme élevé chez les MKs libéraux. Il était donc intéressant de vérifier si ce premier constat se vérifiait à nouveau 7 années plus tard.

Enfin, si je n'ai pas trouvé, dans les bases de données universitaires, de publications scientifiques avec les mots clés « *workaholism* » et « *physiotherapist* », il existe néanmoins quelques recherches récentes qui soulignent l'importance du perfectionnisme chez les MK, qu'ils soient en exercice ou encore étudiants (Skamagki, Blackburn, Biggs, et al., 2025 ; Biggs, Blackburn, Black, et al., 2025 ; Biggs, McKay, & Shanmugam, 2023). Or on sait que le perfectionnisme est une caractéristique de personnalité qui contribue à la mise en place du workaholisme.

La mesure du workaholisme.

Comme en 2018, l'addiction au travail a été évaluée par une échelle validée scientifiquement. Il s'agit de la forme courte, en 10 items, de l'échelle DUWAS (*Dutch Work Addiction Scale*) élaborée par Schaufeli, Shimazu, et Taris, (2009) et validée en français par Sandrin et Gillet (2016). Une sous échelle de 5 items mesure le fait de travailler excessivement (*e.g.*, « *Je passe plus de temps à travailler qu'à voir mes amis ou à pratiquer des activités de loisir* », « *Je me retrouve à faire deux ou trois choses en*

même temps, comme manger, écrire un mail et parler au téléphone ». Une autre sous échelle de 5 items mesure le fait de travailler compulsivement (e.g., « *Je me sens coupable lorsque je ne travaille pas* », « *C'est difficile pour moi de me détendre lorsque je ne travaille pas* »).

Résultats.

Les scores de workaholisme.

Il est frappant de constater que les scores de workaholisme sont semblables entre 2018 et 2025. On trouvera la moyenne des sous échelles « travailler excessivement » et « travailler compulsivement » ainsi que celle de l'échelle globale pour chacune de ces études au tableau suivant.

	Moyenne 2025	Moyenne 2018
Travailler excessivement	14.1 / 2.82 (e-t : 3.3)	2.88
Travailler compulsivement	11.0 / 2.20 (e-t = 3.8)	2.18
Workaholisme Totale	25.4/ 2.54 (e-t = 6.5)	2.53

Tableau V.1: moyennes des scores de workaholisme en 2018 et 2025.

En 2018, le score global moyen était de 2.53, c'est-à-dire identique à celui observé en 2025 puisqu'il est de 2.54. Et la moyenne à la sous-échelle « travailler excessivement » était de 2.88 en 2018 c'est à dire la même que celle observée en 2025 : 2.82. Nous observons encore des scores identiques pour la sous-échelle « travailler compulsivement » c'est à dire 2.18 en 2018 et 2.20 en 2025. Ces résultats vont dans le sens d'une conception stable de cette attitude vis-à-vis du travail.

Les scores des MK libéraux comparés à ceux d'autres échantillons.

Comment situer les scores de workaholisme de notre échantillon de MK libéraux français ? Au tableau ci-dessous, on trouvera d’abord les scores de « travail excessif » et de « travail compulsif » de nos échantillons de 2025 et 2018 et ensuite ceux de différents groupes professionnels, recueillis récemment. Bien entendu, toutes ces recherches utilisent également l’échelle DUWAS (Je n’ai pas trouvé dans la littérature scientifique de recherches portant sur le workaholisme chez les MKs). Les comparaisons nous permettront de situer, avec prudence, les scores des MK libéraux français.

Auteurs et année	Pays, N, et professions	Moyenne Travail Excessif	Moyenne Travail Compulsif
Truchot 2025	France, Masseur Kiné Libéraux	2.82	2.20
Truchot & Mudry 2018	France, Masseurs Kiné libéraux	2.88	2.18
Truchot, Mudry & Andela 2022	France, Vétérinaires N=3244	2.92	2.45
Sandrin & Gillet 2016, étude 1	France, salariés, N=411	2.60	1.99
Sandrin & Gillet 2016, étude 2	France salariés N= 254	2.57	1.95
Chaillet <i>et al</i> , 2025	France, Interne en médecine, N=348.	2.43	2.21
Schaufeli <i>et al.</i> , 2009	Pays-bas, échantillon varié, N=7594	2.53	2.01

Tableau V.2 : les scores de workaholisme chez les MK libéraux et ceux d’autres échantillons.

Dans la recherche récente menée auprès d’un échantillon de 348 internes en médecine français, Chaillet, Pissarra, Moulis, Lesage et Julien (2025) observe avec

l'échelle DUWAS, un score global moyen de 2.32, une moyenne de 2.43 pour la sous-échelle travail excessif et une moyenne de 2.21 pour l'échelle de travail compulsif.

Auprès d'un échantillon de 3244 vétérinaires, un groupe professionnel au workaholisme élevé, j'ai observé en 2022, un score moyen de travail excessif égal à 2.92 et un score moyen de travail compulsif égal à 2.45.

Dans la publication où ils présentent la validation française de l'échelle DUWAS, Sandrin et Gillet (2016) fournissent les scores moyens de travail excessif et de travail compulsif obtenus auprès de deux échantillons. Le premier est composé de 411 salariés issus de multiples secteurs d'activité (*e.g.*, industrie, commerce, enseignement) ayant un âge moyen 37,08 années (ET = 10,80) et travaillant en moyenne 41,77 heures par semaine (ET = 10,58). Concernant la catégorie socioprofessionnelle, 35% se situaient dans celle des cadres et professions intellectuelles supérieures, 9% dans celle des professions intermédiaires (9,0 %), et 53.8% dans celle des employés et 2.2% dans celle des ouvriers (2,2 %). Ces salariés présentaient un score moyen de travail compulsif de 1,99 (ET = 0,59) et un score moyen de travail excessif de 2,60 (ET = 0,62).

Le second échantillon est composé de 254 employés issus de secteurs d'activité variés (*e.g.*, construction, banque, transport). Ils ont un âge moyen 38,38 années (ET = 10,62) et travaillent en moyenne 41,37 heures par semaine (ET = 10,61). Quant à la catégorie socioprofessionnelle, 37.4% se situaient dans celle des cadres et professions intellectuelles supérieures, 8.7% dans celle des professions intermédiaires, 49.2% dans celle des employés et 4.7% dans celle des ouvriers. Dans cet échantillon, la moyenne du travail compulsif était de 1,95 (ET = 0,62), alors que la moyenne du travail excessif était de 2,57 (ET = 0,68).

Dans la recherche où ils présentent la conception et la validation psychométrique de la DUWAS, notamment auprès d'un échantillon composé de 7594 travailleurs néerlandais, (parmi lesquels 28 % de travailleurs hospitaliers, 24% de managers et 14% de consultants en entreprise, Schaufeli, Shimazu et Taris, (2009) nous indiquent les scores moyens suivants : travail excessif : 2.53 (et : .60) travail compulsif, M= 2.01.

Nous pouvons donc comparer les scores des MK libéraux français avec ceux de ces échantillons variés et relativement récents. Concernant la variable « travailler excessivement », le score moyen des MK libéraux de notre échantillon est parmi les plus élevés. Il est juste dépassé par celui des vétérinaires (M=2.92). Quant à la variable « travailler compulsivement » qui distingue les workaholiques, son score moyen figure également parmi les plus élevés. Il est également dépassé par les vétérinaires (M=2.45), et se situe au niveau des internes en médecine (M=2.21). Et il

est supérieur à celui de tous les autres échantillons. Nous avons donc conclu à un workaholisme relativement élevé chez les MK libéraux.

Lien avec les risques psycho-sociaux.

Quels sont les liens entre le workaholisme et les autres critères de santé retenus dans notre étude ? On trouvera les corrélations au tableau suivant :

	Travail excessif	Travail Compulsif	Workaholisme total
Epuisement émotionnel	.51	.55	.59
Dépersonnalisation	.27	.38	.37
Débordement travail /vie privée	.66	.60	.69
Dissonance émotionnelle	.41	.52	

Tableau V.3 : Lien entre workaholisme et risques psychosociaux. <.0001

Les trois scores de workaholisme (Travailler excessivement, travailler compulsivement et score global) sont très fortement corrélés au burnout. Les coefficients de corrélation sont : $r = .51$, $.56$ et $.59$, respectivement, $p < .0001$. On observe donc bien ici, comme on l'observe pour d'autres groupes professionnels, des effets délétères du workaholisme sur la santé des MK.

Ces scores de workaholisme sont également corrélés significativement à la dépersonnalisation, même si les liens sont moins élevés : $r = .27$, $.38$ et $.37$ respectivement, $p < .0001$. Avec ces corrélations, c'est l'effet négatif du workaholisme sur la relation avec les patients qui est mis en évidence.

On observe encore que le workaholisme est associé à la dissonance émotionnelle, autrement dit à un écart entre les émotions manifestées et les émotions ressenties. ($r = .41$ et $.52$).

Enfin, c'est avec le débordement négatif de la vie professionnelle sur la vie privée que les liens sont les plus forts : $r = .66$, $.60$ et $.69$, respectivement, $p < .0001$. Le workaholisme, a un effet destructeur sur la vie hors travail des MKs.

Quelles variables sont-elles prédictives du workaholisme ?

Le genre :

Il n'y a pas de différence en fonction du genre, quel que soit la mesure considérée. Les femmes et les hommes de notre échantillon travaillent autant de manière excessive ($M = 14.1$ vs. 14.1), de manière compulsive ($M = 11.0$ vs. 11.1), et leur score global ne diffère pas davantage : $M = 25.1$ vs. 25.2 . Chez les MK libéraux (ce qui n'est pas le cas dans toutes les professions) les hommes et les femmes sont donc dépendant psychologiquement du travail dans la même mesure.

Age et génération.

Les corrélations entre les scores de workaholisme et l'âge, bien que significatives, n'en demeurent pas moins relativement faibles. Elles sont toutes négatives ce qui tend à montrer que le workaholisme diminue au fur et à mesure que l'on passe des plus jeunes aux plus vieux. Plus précisément les coefficients de corrélations sont $r = -.03$, $-.06$ et $-.06$ lorsqu'on que l'on examine le lien avec les scores de travail excessif, de travail compulsif et le score global de workaholisme.

Pour le moins ces résultats indiquent une fois de plus qu'il est erroné, globalement, d'attribuer aux jeunes générations un détachement coupable à l'endroit du travail.

L'amplitude horaire

Au tableau suivant on trouvera l'évolution des scores de travail excessif, de travail compulsif et de workaholisme global en fonction de l'amplitude horaire. Dans tous les cas, il y a un lien significatif entre les variables.

Amplitude Horaire	Travail excessif	Travail Compulsif	Workaholisme total
≤ 39 heures	12.3	9.8	22.1
40 – 43 heures	13.8	10.8	24.6
44 – 47 heures	14.6	11.5	26.1
≥48 heures	15.7	12.2	27.9
F(3, 7517)	398.2***	147.6***	305.8***

Tableau V.4 : Lien entre l’amplitude horaire et le workaholisme. Dans chaque colonne, toutes les moyennes diffèrent entre elles. *** $p < .0001$

En effet, si l’on examine par exemple les scores de workaholisme global, on observe qu’ils passent de 2.21 chez les MK qui travaillent 39 heures ou moins par semaine, puis à 2.46 chez ceux qui travaillent entre 40 et 43 heures, ensuite à 2.61 pour ceux dont l’amplitude horaire se situe entre 44 et 47 heures, pour finalement plafonner à 2.79 chez ceux qui travaillent 48 heures ou davantage. Les différences entre les moyennes sont significatives. On fait le même constat pour les deux sous-échelles.

Le workaholisme explique donc une partie des longues heures travaillées. Ce résultat a déjà été rapporté dans d’autres études. Il est avéré aujourd’hui que l’addiction au travail est associée au nombre d’heures travaillées (Aziz & Zickar, 2006 ; Schaufeli, Taris & Bakker, 2008). Parallèlement, ce résultat ne doit évidemment pas nous faire oublier le poids des faibles cotations sur la nécessité de travailler de longues heures afin d’avoir des revenus acceptables.

Exercer seul ou en cabinet de groupe.

Il n’y a pas de lien entre le fait de travailler seul ou en cabinet de groupes et le workaholisme.

Lien avec les stressseurs.

Le workaholisme conduit-il à percevoir davantage certains stressseurs ? Il a été observé que, dans leur volonté de continuer à travailler, les workaholiques peuvent aller jusqu'à se créer activement du travail supplémentaire, par exemple en le complexifiant inutilement ou en refusant de déléguer des tâches (Burke, 2001b ; Machlowitz, 1980, cités par Schaufeli *et al.*, 2009). On observe ainsi des liens entre le workaholisme et les exigences professionnelles, telles que la surcharge de travail et les problèmes liés aux rôles, ou encore les exigences mentales, émotionnelles et organisationnelles (Schaufeli *et al.*, 2009).

Au tableau V.5, page suivante, on trouvera les corrélations entre les scores aux sous-échelles du workaholisme d'une part et les 12 stressseurs d'autre part. Comme on le voit, les workaholiques ont une plus grande amplitude horaire (Cf plus haut). Ils ont des difficultés à se désengager de leur travail, y pensent continuellement, même quand ils ne travaillent pas. Ils ont donc moins de disponibilités pour avoir des temps de récupération. On comprend alors pourquoi ils éprouvent peu de satisfaction au travail, ont des niveaux plus élevés de burnout. De ce point de vue on n'est donc pas surpris d'observer des corrélations élevées entre le workaholisme et la charge de travail perçue ($r=.60$, $.44$ et $.56$, pour « travailler excessivement », « travailler compulsivement » et « score global », respectivement, $p<.0001$), mais aussi avec la charge administrative ($r=.40$, $.27$ et $.37$ $p<.001$) et avec les restrictions financières ($r=.40$, $.38$ et $.43$, $p<.001$).

Il est également possible que l'épuisement de leurs ressources amène les workaholiques à percevoir avec plus d'acuité les stressseurs qui les empêchent de se concentrer sur leur travail, en particulier les incivilités des patients ($r=.28$, $.31$ et $.33$, $p<.001$).

On remarque également une association avec la crainte de mal faire son travail auprès des patients : $r=.33$, $.32$ et $.36$ pour les scores de travail excessif, travail compulsif et pour le score global, respectivement. (Tous les $p <.001$). Ce résultat s'explique certainement par le fait que les workaholiques sont perfectionnistes. Convaincu que leur travail n'atteint pas les standards qu'ils se sont fixés, ils le remettent sans arrêt en question. Il n'est donc pas surprenant que l'on observe ces associations. Comme l'écrit ce MK :

Pression financière, complexe et culpabilité de ne pas être le MK parfait qui suit toutes les réglementations et ne sait pas tout.

	Travail Excessif	Travail Compulsif	Workaholisme global
F1 ChargeW	.60	.44	.56
F2 Agressivité	.20	.23	.24
F3 Incivilité	.28	.31	.33
F4 Collèg. Exté	.23	.21	.24
F5 Degrad Fragi.	.17	.17	.19
F6 Peur Distance	.07	.18	.14
F7 Finance	.40	.38	.43
F8 Travail adminis.	.40	.27	.37
F9 Inéquité	.26	.32	.33
F10 Mal Faire Trav.	.33	.32	.36
F11 Souffr. patient	.23	.30	.24
F12 Judiciaire	.14	.16	.17

Tableau V.5: Lien entre le workaholisme et les stressors perçus par les MKs.

Peut-être que l'association avec le sentiment d'inéquité ($r=.26$, $.32$ et $.33$) relève du même type de processus.

Quoi qu'il en soit, le workaholisme est bien présent chez les MK libéraux avec les effets délétères qui l'accompagnent habituellement.

Résumé / conclusion

Les scores observés et leur stabilité à travers le temps montrent que le workaholisme est une réalité significative chez les MK libéraux. Il a des effets délétères sur leur santé psychologique comme le montrent les corrélations avec les risques psychosociaux et les stressseurs professionnels.

Répetons-le, ceci ne vient aucunement amoindrir les résultats concernant les contraintes horaires associées à la faible cotation des actes. Néanmoins une sensibilisation à cette question de l'addiction au travail apparaît comme un levier essentiel pour limiter ces effets négatifs et promouvoir un équilibre sain entre vie professionnelle et vie privée.

Chapitre VI

Les variables psychologiques II :

l'empathie

Prendre en compte dans cette étude la question de l'empathie est motivé par au moins deux raisons.

D'abord, on sait que l'empathie améliore la qualité des soins. Ainsi dans la relation médecin soignant, l'empathie clinique peut améliorer les effets des soins à travers plusieurs processus (Neumann, Bensing, Mercer, Ernstmann, Ommen & Pfaff, 2009). Par exemple, avec un médecin empathique, les patients exprimeront davantage leurs symptômes et leurs inquiétudes, ce qui pourra conduire à un diagnostic plus précis et à une meilleure compréhension des besoins du patient. Les soins seront donc plus appropriés, le patient plus compliant, et l'amélioration de son état plus probante. Parallèlement le médecin éprouvera davantage de satisfaction professionnelle. (Neuman *et al.*, 2009; Neumann, Wirtz, Bollschweiler, Mercer, Warm, Wolf, & Pfaff, 2007; Jani, Blane, & Mercer, 2012). Des travaux empiriques auprès de médecins (Hojat *et al.*, 2011, Canale *et al.*, 2012), mais également d'infirmières (La Monica, Wolf, Madea & Oberst, 1987) confirment ses affirmations. On peut évidemment les transposer à la relation entre le MK et ses patients.

Ensuite, à de rares exceptions près, (*e.g.*, Starr, Holmes, Riley, McDonnell, Driscoll, Camarinos, ... & Harbaugh, 2000), on ignore tout de l'empathie chez les MK et de ses déterminants.

Etudier l'empathie des MK, ses déterminants et ses éventuelles barrières est donc particulièrement pertinent.

L'empathie.

Dans la vie courante, on définit souvent l'empathie comme la capacité à « se mettre à la place des autres », comme s'il s'agissait en fait de mettre ses émotions au diapason avec celles d'autrui. Mais en réalité, l'empathie est la capacité à ressentir une émotion

appropriée en réponse à celle manifestée ou exprimée par autrui. Et ceci, en distinguant clairement soi et autrui.

Ainsi avec l'empathie, on apprécie les émotions, les sentiments d'autrui, sans pour autant les partager, contrairement à la sympathie avec laquelle on les ressent et les partage. Aussi Carl Rogers (1959) a défini l'empathie comme la capacité « de percevoir avec précision le cadre de référence interne d'autrui... *comme si l'on était cette personne, sans jamais perdre l'état de "comme si"* » (p. 210).

Pour Hojat, DeSantis, Shannon, et al., (2018), l'empathie dans la relation de soin est un attribut principalement **cognitif** (et non affectif ou émotionnel). Cette caractéristique individuelle implique « une **compréhension** de la douleur et de la souffrance du patient (plutôt qu'un ressenti), combinée à une capacité à **communiquer** cette compréhension et à une **intention d'aider** » (page 900). Ces auteurs ajoutent qu'il est important d'établir dans la relation de soins une distinction entre empathie et sympathie, cette dernière renvoyant à une réaction principalement émotionnelle. D'ailleurs, empathie et sympathie ont des conséquences différentes sur les résultats cliniques (voir Hojat, 2016, p. 3-16, 71-81). Par exemple, dans les soins, une trop grande sympathie nuit à l'objectivité du diagnostic et du traitement.

La mesure de l'empathie

Pour mesurer l'empathie, c'est l'Echelle d'Empathie Jefferson (*Jefferson Scale of Empathy -JSE*) dans sa version « professionnels de santé praticiens » (practicing health professionals) qui a été utilisée. D'après ses concepteurs, Cette version a été développée pour être administrée aux professionnels de santé « notamment les médecins, les infirmières, les dentistes, les pharmacologues, les psychologues cliniciens et autres cliniciens impliqués dans les soins aux patients » (Hojat *et al.*, 2018, page 901).

Cette échelle est composée de 20 items qui subsument 3 composants. Le premier, prédominant, renvoie au concept de « prise de perspective », (*Perspective-taking*). Le second concerne les « soins compatissants », (*Compassionate care*). Le troisième composant capte l'idée de « se mettre à la place du patient » (*Walking in patient's shoes*).

Résultat

Les scores d'empathie.

La moyenne de l'empathie totale est égale à 112.02, avec une étendue allant de 43 à 140 et un écart-type de 12.8. Il n'y a pas de bornes internationales ni françaises qui permettent de qualifier la hauteur de ce score.

On peut toutefois procéder à quelques comparaisons, mais en restant prudent dans les interprétations. Les études disponibles ont été réalisées à des dates différentes, dans des environnements culturels différents, et peu portent sur des MK.

Ce score est inférieur à celui observé auprès d'un petit échantillon de 123 MK étasuniens exerçant dans des établissements du Massachusetts et de Rhode Island. Mais ces MK exercent en institution, et l'échantillon est composé à 82% de femmes. Or celles-ci ont des scores d'empathie toujours plus élevés que les hommes.

Dans les professions infirmières on trouve, selon les études, des moyennes allant de 92.9 à 118.0 (Starr *et al.*, 2020). Les MK français se situeraient donc dans la fourchette des scores observés auprès de professions relativement proches.

Lien avec les variables de santé.

Les corrélations entre l'empathie et les risques psychosociaux de cette étude sont reportés au tableau suivant. L'empathie et l'épuisement émotionnel n'ont aucun lien. ($r=.00$). Ceci va dans le sens de la littérature puisque, quand on trouve un lien entre ces variables, il est généralement faible. En revanche, on trouve une relation négative et significative entre l'empathie et la dépersonnalisation, ce qui est logique dans la mesure où les attitudes et comportements relatifs à ces deux variables sont antagonistes.

	Empathie (JSE)
Epuisement émotionnel	.00
Dépersonnalisation	-.19***
Débordement travail / vie privée	-.01
Travailler excessivement	.06
Travailler compulsivement	.04
Dissonance émotionnelle	-.01

Tableau VI.1 : corrélations entre l'empathie et les risques psychosociaux.

On n'observe pas de lien entre l'empathie et le débordement du travail sur la vie privée. L'empathie n'entraîne donc pas des attitudes et des comportements qui débordent sur la sphère professionnelle. On n'observe pas davantage de lien avec la dissonance émotionnelle.

Concernant le workaholisme, nos données vont dans le sens d'une association positive qui indiquerait que les MK les plus empathiques travaillent plus excessivement et plus compulsivement. Mais ces associations sont faibles ($r=.06$ et $.04$, respectivement).

L'influence du genre.

Dans notre échantillon comme dans bien d'autres recherches, les femmes ont des scores d'empathie plus élevés que les hommes ($M=113.45$ vs. 110.4 , $f(1, 7563) = 108.5$, $p<.0001$). Ceci s'observe dans de nombreuses études portant sur des professions de santé, qu'il s'agisse d'étudiants en formation ou de professionnels en exercice. Différentes explications ont été avancées pour expliquer ces différences. (Pour une revue d'ensemble, on peut se reporter à Hogat, 2016, pages 169–187). Pour certains auteurs elles seraient d'ordre physiologique : les femmes produisent davantage d'ocytocine comparativement aux hommes, ce qui contribuerait à leur plus grande empathie émotionnelle. De leur côté les hommes produisent davantage de testostérone, ce qui aurait un impact négatif sur l'empathie cognitive. D'autres explications, qui ne sont pas contradictoires avec les premières, relèvent de l'apprentissage social, de la différenciation sociale dans l'apprentissage sociale des rôles sexuels. Les filles apprennent des rôles davantage centrés sur les émotions.

L'âge

Les calculs des corrélations nous montrent qu'il y a une association négative mais peu élevée, entre l'âge et l'empathie : $r= -.13$. Autrement dit, cette dernière tend à baisser au fur et à mesure que l'on passe des plus jeunes au plus vieux MK libéraux. L'observation du lien entre les générations et les scores d'empathie confirme bien entendu cette association. (Cf. Tableau suivant). En effet s'il n'y a pas de différence entre les deux plus jeunes générations, les scores moyens étant de 113.3 dans les

deux groupes d'âge, toutes les autres moyennes diffèrent statistiquement. Autrement dit, les MK âgés de 44 ans et moins ont des scores d'empathie significativement plus élevés que leurs collègues des générations précédentes. Et les 45-60 sont plus empathiques que leurs aînés.

Génération	Total
≤ 28 ans	113.3
29-44	113.3
45-60	110.5
61-79	108.6
≥80	95.9
F(4, 7556) =	33.3***

Tableau VI.2 : lien entre générations et empathie.

Amplitude horaire, nombre d'actes réalisés, présentisme.

On n'observe pas de lien entre les variables d'empathie et l'amplitude horaire, le nombre d'actes réalisés ou le présentisme.

Stresseurs et empathie.

Certains stresseurs contribuent-ils à entraver l'empathie ? D'autres au contraire pourraient-ils l'accroître ? Afin de répondre à ces questions, on peut examiner les résultats de l'analyse de régressions multiples linéaires avec les stresseurs en variable indépendantes (ou explicatives) et l'empathie comme variable dépendante. Comme on le voit au tableau suivant, après contrôle de l'âge et du genre, ces stresseurs expliquent 10% de la variance de l'empathie.

La lecture de ce tableau nous apprend par ailleurs que ce sont les incivilités des patients ($\beta=-.10$, $p<.001$), leur agressivité ($\beta=-.05$) et le sentiment d'injustice ($\beta= -.12$, $p<.001$) qui nuisent au développement de l'empathie. D'ailleurs ces stressseurs sont également liés à la dépersonnalisation (cf. plus haut). Autrement dit, ces attitudes et comportements qui tendent à se développer depuis quelques années risquent de contribuer à la détérioration de la qualité des soins.

	Emphatie
Age	.10***
Genre	-.11***
ΔR^2	.03***
F1 ChargeW	-.00
F2 Agressivité	-.05***
F3 Incivilité	-.10***
F4 Collèg. Exté	.04**
F5 Degrad Fragi.	.11***
F6 Peur Distance	-.02
F7 Finance	.05
F8 Travail adminis.	.03
F9 Inéquité	-.12***
F10 Mal Faire Trav.	-.01
F11 Souffr. patient	.17***
F12 Judiciaire	-.03
ΔR^2	.10***

Tableau VI.3: Lien entre les stressseurs et l'empathie.

Inversement, la souffrance des patients, qu'elle soit physique ou morale, leur dégradation, corporelle ou sociale, sont associées à un surcroît d'empathie ($\beta= .17$ et $\beta.11$, $p<.0001$). D'ailleurs on se souvient que d'une part la dégradation des patients (facteur 5) est associée négativement à l'épuisement émotionnel et n'entretient pas de lien avec la dépersonnalisation et que d'autre part la souffrance des patients (facteur 11), est associée marginalement à l'épuisement émotionnel et n'a pas de lien avec la dépersonnalisation. Mais attention, ici comme ailleurs, il faut se rappeler que nos données sont transversales. Nous ne sommes donc pas certains du sens de la

causalité. Ainsi, si on peut considérer que la souffrance des patients suscite l'empathie des professionnels, il est tout à fait envisageable que l'association entre ces deux variables reflète le fait que les MK plus empathiques perçoivent davantage la souffrance.

Les autres facteurs ne sont pas associés à l'empathie. C'est notamment le cas de la charge de travail, de la charge administrative et des difficultés financières, trois stressseurs fortement associés au burnout. Autrement dit, malgré la dégradation psychologique que ces stressseurs engendrent, ils n'entament pas pour autant les attitudes professionnelles empathiques des MK.

Résumé / conclusion

Des comparaisons avec d'autres professions, indiquent que les scores d'empathie des MK français se situent dans la fourchette des professions de soins proches. Parmi les risques psychosociaux explorés dans cette étude, c'est essentiellement avec la dépersonnalisation que l'empathie est en lien, ce qui est attendu.

Les femmes obtiennent des scores d'empathie plus élevés que les hommes, ce qui est cohérent avec de nombreuses études dans le domaine de la santé.

En ce qui concerne l'âge, une corrélation négative faible est observée, indiquant que l'empathie des plus anciens est plus faible que celle des jeunes générations.

On observe encore un impact des stressseurs professionnels sur l'empathie. Les analyses de régression montrent que certains facteurs, comme les incivilités, l'agressivité des patients, et le sentiment d'injustice, ont un effet négatif significatif. À l'inverse la perception de la souffrance des patients, qu'elle soit d'ordre, physique, psychologique ou social, est associée à une élévation de l'empathie.

En revanche, d'autres facteurs, tels que la peur de la distance ou les difficultés financières, n'ont pas d'impact significatif.

Enfin, l'étude souligne que l'empathie n'est pas liée à l'amplitude horaire, au nombre d'actes réalisés ou au présentisme.

En résumé, cette analyse met en évidence que l'empathie dans le contexte de la relation des MK avec leurs patients est influencée par des facteurs individuels (genre, âge), et par des stressseurs professionnels. Sans doute, la compréhension de ces déterminants est essentielle pour développer des stratégies visant à préserver et à

renforcer l'empathie chez les professionnels de santé, afin d'améliorer la qualité des soins et la satisfaction des patients.

V.II. Conclusion générale.

Après le travail réalisé en 2018, ce document constitue la deuxième étude systématique de la santé psychologique de MK libéraux en France. Sans aucun doute cette seconde étude était nécessaire puisque les conditions et l'environnement de travail de cette profession a changé, notamment avec la pandémie de COVID-19, l'augmentation des comportements abusifs des patients, et la dégradation des conditions de travail, en particulier la rémunération.

Au total 7576 MK libéraux ont répondu à cette seconde étude.

Principaux résultats.

Le score moyen d'épuisement émotionnel a augmenté significativement en 2025 par rapport à 2019, indiquant une dégradation de la santé mentale, du mal être psychologique des MKs. En revanche, la dépersonnalisation n'a pas évolué de façon significative. Comme dans bien d'autres groupes professionnels, les femmes présentent un épuisement émotionnel plus élevé, mais moins de dépersonnalisation comparativement aux hommes. L'âge est inversement corrélé avec le burnout : plus les MK sont âgés, moins ils rapportent d'épuisement. De même, la dépersonnalisation diminue avec l'âge, suggérant une adaptation ou un détachement progressif. La vie en couple apparaît comme un facteur protecteur contre le burnout.

Les traitements statistiques révèlent 12 facteurs de stress.

- La charge de travail élevée.

- L'agressivité des patients.

- Les incivilités des patients.

- Les relations et communications problématiques avec des collègues extérieurs (*e.g.*, médecins, spécialistes), ou des organisations (*e.g.*, hôpitaux).

- La dégradation de l'état des patients.
- La peur de mal faire son travail auprès du patient.
- Les difficultés financières, les revenus trop faibles.
- Une charge administrative lourde, complexe et chronophage.
- Le sentiment d'injustice, de manque de reconnaissance de la part des patients.
- La crainte de mal effectuer son travail.
- Etre témoin de la souffrance des patients.
- Les menaces de poursuite, la judiciarisation.

Ces stressseurs sont associés entre eux en formant 3 regroupements :

-D'abord, la charge de travail, les difficultés financières, la charge administrative, et le sentiment de mal faire son travail. Ces stressseurs sont les plus fortement associés à la santé psychologique et au bien-être des MK. Les verbatims témoignent à quel point charge de travail et les difficultés financières représentent le noyau dur du mal être et des revendications de la profession. S'attaquer aux autres stressseurs n'aura aucune incidence tant que ces questions ne seront pas résolues. Elles taraudent tellement la profession qu'elles reviendront toujours sur le devant de la scène même si d'autres stressseurs sont allégés. Ces stressseurs contribuent lourdement à la crise d'identité que connaît cette profession qui se sent de plus en plus menacée et de moins en moins reconnue.

-Ensuite, l'agressivité des patients, leurs incivilités, leur manque de reconnaissance, la judiciarisation. Parmi, ces stressseurs, le sentiment de ne pas être suffisamment reconnu par les patients est celui qui est le plus associé à la santé psychologique des MKs. C'est un stressseur commun à toutes les professions de santé et qui s'étend à l'ensemble des professions de service.

Enfin, la précarité physique, sociale et psychologique des patients est liée à la perception de leur souffrance physique et morale. Ces stressseurs sont associés marginalement à la santé psychologique.

Par ailleurs, la prévalence des violences et des agressions est en augmentation. A nouveau, ceci n'est pas spécifique aux MK, mais s'observe dans toutes les professions. Nous avons vu que 19% des MK déclarent avoir subi des violences verbales dans les 6 derniers mois, principalement de la part d'hommes. Les jeunes sont plus exposés. De leur côté, les violences physiques touchent 2,6% des MK. Les violences sont associées au burnout, qu'il s'agisse de l'épuisement émotionnel ou de la dépersonnalisation.

Nous avons inclus dans notre étude une première caractéristique psychologique, le workaholisme dont la recherche de 2018 nous a révélé la présence. Cette addiction au travail est demeurée stable entre la première recherche et celle de 2026. Et les scores de workaholisme chez les MKs libéraux figurent, si on les compare à d'autres professions, parmi les plus élevés. Or le workaholisme contribue à la détérioration de la santé physique et psychologique. Certaines données suggèrent qu'une proportion importante de MK sont perfectionnistes. Or cette caractéristique psychologique figure parmi les antécédents du workaholisme. Mais comme je l'ai écrit plus haut, il ne faudrait pas en conclure pour autant que les longues heures travaillées soient attribuables au workaholisme quand celles-ci viennent de la nécessité de travailler davantage pour atteindre des revenus convenables.

L'empathie est la seconde variable intra-individuelle incluse dans cette étude. Bien que ce soit un élément clé pour la qualité des soins, pour la satisfaction du patient et du professionnel, à quelques exceptions près, on ne sait rien de l'empathie chez les MKs libéraux. Dans notre échantillon, l'empathie est modérément élevée. Elle est plus forte chez les femmes et chez les jeunes. Elle est négativement corrélée à la dépersonnalisation, mais peu liée à l'épuisement émotionnel. Ce sont principalement les stressors liés aux patients (incivilités, sentiment d'injustice, etc.) dont on a vu l'impact sur le burnout, qui entravent l'empathie. A l'inverse, la perception de la souffrance physique et psychologique des patients est associée à une élévation de l'empathie.

Sans doute, la compréhension de ces déterminants est essentielle pour développer des stratégies visant à préserver et à renforcer l'empathie chez les professionnels de santé, afin d'améliorer la qualité des soins et la satisfaction des patients.

Références.

Biggs, D., Blackburn, L., Black, C., & Shanmugam, S. (2025). Physiotherapy under pressure: A cross-sectional study on the interplay between perfectionism, moral injury, and burnout. *Plos one*, 20, e0299173<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0299173>

Biggs, D., McKay, J., & Shanmugam, S. (2023). Academic Burnout and Perfectionism in UK-based Physiotherapy Students.

Boo-Mallo, T., Pérez-Caramés, A., Domínguez-Rodríguez, A., Alberto Quintela-Del-Río, A., & Martínez-Rodríguez, A. (2023). Developing a questionnaire about violence (s)

suffered by professionals in the field of Physiotherapy. *Revista española de salud pública*, 97, e202306048-e202306048.

Burns, R., Magnier, A., & Guidon, M. (2005). The prevalence of violence encountered by community physiotherapists in Ireland.

Buunk, B. P., & Schaufeli, W. B. (2018). Burnout: A perspective from social comparison theory. In *Professional burnout* (pp. 53-69). CRC Press.

Chaillet, M., Pissarra, J., Moulis, L., Lesage, F. X., & Julien, C. (2025). Links between medical interns' perceived stress, workaholism and personality: a cross-sectional study. *BMC Medical Education*, 25(1), 360.

Estryn-Behar, M., van der Heijden, B., Camerino, D., Fry, C., Le Nezet, O., Conway, P.M., et al. (2008). Violence risks in nursing—Results from the European 'NEXT' Study. *Occupational Medicine (Oxford, England)*, 58(2), 107–114.

Gimenez Lozano, J. M., Martinez Ramon, J. P., & Morales Rodriguez, F. M. (2021). Doctors and nurses: a systematic review of the risk and protective factors in workplace violence and burnout. *International journal of environmental research and public health*, 18(6), 3280. <https://doi.org/10.3390/ijerph18063280>

Guay, S., Goncalves, J., & Jarvis, J. (2014). Verbal violence in the workplace according to victims' sex — A systematic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 19(5), 572–578.

Hall, A. M., Ferreira, P. H., Maher, C. G., Latimer, J., & Ferreira, M. L. (2010). The influence of the therapist-patient relationship on treatment outcome in physical rehabilitation: a systematic review. *Physical therapy*, 90(8), 1099-1110.

Hojat, M., DeSantis, J., Shannon, S. C., Mortensen, L. H., Speicher, M. R., Bragan, L., ... & Calabrese, L. H. (2018). The Jefferson Scale of Empathy: a nationwide study of measurement properties, underlying components, latent variable structure, and national norms in medical students. *Advances in Health Sciences Education*, 23(5), 899-920.

Jani, B. D., Blane, D. N., & Mercer, S. W. (2012). The role of empathy in therapy and the physician-patient relationship. *Forschende Komplementärmedizin/Research in Complementary Medicine*, 19(5), 252-257.

Keiser, H. N., Sackett, P. R., Kuncel, N. R., & Brothen, T. (2016). Why women perform better in college than admission scores would predict: Exploring the roles of conscientiousness and course-taking patterns. *Journal of Applied Psychology, 101*(4), 569–581.

Lanctôt N, & Guay S. (2014). The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggress Violent Behav, 19*, 492–501.

Liu J, Gan Y, Jiang H, Li L, Dwyer R, Lu K, Yan S, Sampson O, Xu H, Wang C, Zhu Y. (2019). Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occup Environ Med, 76*, 927–37.

Mac Giolla, E. M., & Kajonius, P. J. (2018). Sex differences in personality are larger in gender equal countries: Replicating and extending a surprising finding. *International Journal of Psychology, 54*(6), 705–711.

Merecz, D., Drabek, M., & Mościcka, A. (2009). Aggression at the workplace—Psychological consequences of abusive encounter with coworkers and clients. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health, 22*(3), 243–260.

Needham, I., Abderhalden, C., Halfens, R. J. G., Fischer, J. E., & Dassen, T. (2005). Nonsomatic effects of patient aggression on nurses: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing, 49*(3), 283–296, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03286.x>.

Neumann, M., Bensing, J., Mercer, S., Ernstmann, N., Ommen, O., & Pfaff, H. (2009). Analyzing the “nature” and “specific effectiveness” of clinical empathy: a theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient education and counseling, 74*(3), 339-346.

Neumann, M., Wirtz, M., Bollschweiler, E., Mercer, S. W., Warm, M., Wolf, J., & Pfaff, H. (2007). Determinants and patient-reported long-term outcomes of physician empathy in oncology: a structural equation modelling approach. *Patient education and counseling, 69*(1-3), 63-75.

Nguyen, N. T., Allen, L. C., & Fraccastoro, K. (2005). Personality predicts academic performance: Exploring the moderating role of gender. *Journal of Higher Education Policy and Management, 27*(1), 105–117.

Organisation International du Travail (2023). Données d'expérience sur la violence et le harcèlement au travail: Première enquête mondiale, Genève : Bureau international du Travail et Lloyd's Register Foundation, 2023

Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy: Personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology, a study of science: Foundations of the person and the social context* (Vol. 3, pp. 184-256). New York: McGraw-Hill.

Sandrin, E., & Gillet, N. (2016). Validation d'une version française de la Dutch Work Addiction Scale (DUWAS). *Psychologie du Travail et des Organisations*, 22(3), 147-159.

Schaufeli, W. B., Shimazu, A., & Taris, T. W. (2009). Being driven to work excessively hard: The evaluation of a two-factor measure of workaholism in the Netherlands and Japan. *Cross-cultural research*, 43(4), 320-348.

Skamagki, G., Blackburn, L., Biggs, D., Kolitsida, M., Black, C., & Shanmugam, S. (2025). Exploring burnout, perfectionism, and moral injury among UK physiotherapists: A qualitative study on professional fulfilment and well-being. *Plos one*, 20(2), e0313730.

Starr, J. A., Holmes, M. B., Riley, E., McDonnell, B., Driscoll, L., Camarinos, J., ... & Harbaugh, A. G. (2020). A quantitative measurement of physical therapists' empathy and exploration of the relationship with practice setting and work engagement. *Evaluation & the health professions*, 43(4), 255-263.

Stubbs, B., & Dickens, G. (2009). Physical assault by patients against physiotherapists working in mental health settings. *Physiotherapy*, 95(3), 170-175.

Szczegielniak, A., Skowronek, A., Krysta, K., & Krupka-Matuszczyk, I. (2012). Aggression in the work environment of physiotherapists. *Psychiatria Danubina*, 24(suppl 1), 147-152.