

Stresseurs professionnels et santé
psychologique chez les kinésithérapeutes
salariés 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.

Mars 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) salariés français et d'identifier les facteurs de stress liés au contenu et à l'environnement de travail qui lui sont associés¹. 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 salariés inscrits à l'ordre.

A cet époque, 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. À la suite de 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 salariés en 2025. Établir une comparaison avec les résultats de 2019.

¹ Parallèlement à cette recherche sur les MK salariés, une autre a été entreprise sur les MK libéraux. Elle a également fait l'objet d'un rapport de recherche qui suit dans les grandes lignes le même plan que le présent document. Certaines parties du texte (Définitions des concepts, interprétation de certains résultats, *etc.*) se retrouvent dans les deux rapports lorsque des variables et des processus sont identiques aux deux groupes.

-Identifier les stressseurs auxquels les MK 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.

Les analyses prendront en compte l'influence des variables socio-démographiques (*e.g.*, âge, genre) et socio-professionnelles (*e.g.*, ancienneté, amplitude horaire, 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 salariés se sont saisis de cette opportunité pour s'exprimer. Les écrits qu'ils ont laissés constituent 32 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.

L'échantillon.

Notre échantillon est composé de 1457 participants. Il est donc nettement supérieur à celui réalisé en 2018 qui était constitué de 871 MK salariés ; Mais la population des MK a elle aussi augmenté au cours des dernières années (Elle s'est par exemple accrue de 18.6% entre 2000 et 2024).

On remarque que le rapport entre MK salariés / MK libéraux dans nos deux échantillons est proche de celui observé dans la population générale des MK français. En effet, d'après l'Observatoire de la Démographie de l'Ordre Nationale des Masseurs Kinésithérapeutes, les professionnels en exercice salarié exclusif représentent 15 % du total des inscrits au Tableau de l'Ordre pour 85 % d'inscrits en exercice libéral ou mixte. Or les salariés représentent 16.1% de l'ensemble des kinés (Libéraux N= 7576 + Salariés = 1457) qui ont répondu à notre questionnaire.

Comme pour les libéraux, tous les départements français sont représentés avec des disparités reflétant la démographie locale. On dénombre, par exemple, 1 seul participant dans les Ardennes, en Corse du Sud, ou en Haute Marne, alors que la Haute Garonne nous apporte 41 participants, la Loire Atlantique 49 et Paris 53.

Les départements et régions d'Outre-mer sont également présents avec notamment 22 participants réunionnais.

Caractéristiques sociodémographiques.

L'âge et le genre.

Concernant le **genre**, on compte au total 367 hommes et 1090 femmes, soit 25.2% pour les premiers et 74.8% pour les secondes. Nous avons donc là un secteur d'activité féminisé, ce que révèle l'évolution démographique de la profession au cours des dernières années. Mais c'est le cas de nombreuses professions de soins. Toutefois, la proportion de femmes dans notre échantillon est supérieure à celle

observée dans la population générale des MK salariés où elle est de 68.3%. Cette différence s'explique par le fait bien connu que les femmes répondent davantage aux questionnaires portant sur la santé.

L'âge moyen est 41.4 ans ($e-t = 11.9$ ans). Le participant le plus jeune à 21 ans, le plus âgés 81. En fait, 12 participants ont plus de 67 ans.

Les hommes ont une moyenne d'âge de 43.2 ans et celle des femmes est de 40.8 ans. La différence est significative : $F(1, 1453) = 11.8, p < .002$. Cet écart correspond évidemment à la féminisation de la profession.

Le statut matrimonial.

Au total, 26.3% des participants vivent seuls ($N=383$) et donc 73.7% ($N=1074$) vivent en couple.

Les hommes sont plus nombreux, proportionnellement, à vivre en couple (76.3%) comparativement aux femmes (72.8%). Néanmoins la différence n'est pas significative : $\chi^2 (1ddl) = 1.68, NS$. On note parallèlement, que les personnes vivant en couple sont plus âgées ($M = 41.6$) que celles vivant seules ($M=40.8$ ans). Mais à nouveau la différence n'atteint pas la significativité ($F(1, 1453) = 1.1, NS$). On a vu parallèlement que les hommes sont plus âgés ce qui explique en partie cette différence.

Un MK salarié sur deux n'a pas d'enfant à charge, 16.8% en ont un, 24.6% en ont deux et 7.3% en ont trois. Au-delà, c'est-à-dire 4 enfants à charge ou plus, on compte 1.4% des participants. Il n'y a pas de lien entre le genre et le nombre d'enfants en charge.

Deux cent cinquante-six MK salariés (17.6%) ont un ou plusieurs enfants de moins de six ans. On ne trouve pas de lien avec le genre.

Les caractéristiques du travail.

L'amplitude horaire.

L'amplitude horaire varie de 7 à 50 heures pour une moyenne de 35.1 heures ($e-t = 5.3$).

En fait, 61.5% des participants travaillent 37 heures ou moins, 34.7% travaillent entre 38 et 40 heures, et 3.8% ont une amplitude horaire hebdomadaire supérieure à 40 heures.

L'amplitude horaire des femmes est inférieure à celle des hommes ($M = 34.7$ vs 36.2 heures), $F(1, 1233) = 20.98$, $p < .0001$. C'est un résultat fréquemment observé.

Les participants qui vivent en couple ont une moindre amplitude horaire mais la différence n'est pas significative ($M = 34.9$ heures vs 35.5 heures), $F(1, 1233) = 2.7$, $p < .10$).

Les femmes qui vivent en couple vs. seules travaillent en moyenne une heure de moins par semaine (34.5 h vs 35.4 h) comparativement aux hommes qui ont tendance à travailler un peu plus (36.4 h vs. 36.0 h) quand ils sont en couple vs seuls.

Mais l'interaction n'est pas significative ($p < .11$).

Le lieu d'exercice.

La majorité des participants (46.2%) travaillent dans un hôpital et 31.5% dans un centre de rééducation. On compte 4.6% de MK salariés en clinique. Les autres (17.7%) se répartissent dans les autres structures (Sessad, Ehpad, CRRF, foyer d'accueil médicalisé, cabinet de Kiné, HAD, EEAP, MAS, ESMR, club de foot professionnel, Thermes, Thalasso, Etablissement médico-social, IME, etc.). Quelques-uns sont salariés dans plusieurs structures.

Il n'y a pas de différence significative concernant la répartition des genres en fonction du type de structure.

Globalement, on n'observe pas de différence d'amplitude horaire en fonction du lieu d'exercice ($F(3, 1231) = 1.30$, NS), même si ceux qui travaillent en clinique travaillent environ une heure de moins que leurs collègues exerçant dans d'autres structures.

L'ancienneté dans la structure.

La moitié des participants (49.5%) ont 5 ans ou moins d'ancienneté dans leur structure, 20.6% ont entre 6 et 10 ans, 10.4% entre 11 et 15 ans, 7.1% entre 16 et 20 ans et 12.4% travaillent depuis 21 ans ou plus dans la même institution.

L'ancienneté ne dépend pas du genre. La moyenne est de 9.1ans pour les femmes et 8.7% pour les hommes (NS).

Mais les participants qui vivent en couple ont une plus grande ancienneté que ceux qui vivent seuls : 9.6 ans vs. 7.6 ans ($F(1,1383) = 13.9$, $p < .0001$).

Chapitre II. Le burnout des masseurs-kinésithérapeutes salariés

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 est le Maslach Burnout Inventory-Human Service Survey (MBI-HSS) de Maslach et Jackson (1996).

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 introduites 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.*

La sous-échelle mesurant la dépersonnalisation (ou le cynisme) est composée de 5 items. Par exemple : *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 salariés français en 2025 : résultats.

Dans notre échantillon de MK salariés, la moyenne d'épuisement émotionnel est égale à 24.7 (e-t= 13.46). Celle de la dépersonnalisation est de 8.3 (e-t = 6.57).

Ces moyennes étaient en 2018 de 22.5 pour l'épuisement émotionnel (un score alors supérieur à celui des libéraux = 19.9) et de 7.9 pour la dépersonnalisation (un score alors également supérieur à celui des libéraux = 7.7).

Autrement dit, nous assistons comme pour les libéraux, à une augmentation des scores des deux dimensions centrales du burnout, épuisement émotionnel et dépersonnalisation, entre les sept années qui séparent les deux études. Les différences sont significatives. Il y a donc bien, traversant l'ensemble de la profession, un mal être psychologique allant en s'amplifiant².

² **Nota Bene** : 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* : *"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.

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. Certains n'étaient pas encore diplômés. Nous ne comparons donc pas exactement les mêmes professionnels. Mais quoi qu'il en soit, nos échantillons sont suffisamment importants numériquement pour pouvoir affirmer avec un risque d'erreur minime, que la santé psychologique des MK, plus précisément le burnout, a évolué négativement au cours des dernières années.

	2018	2025
Épuisement émotionnel salariés	22.5	24.7
Épuisement émotionnel libéraux	19.9	25.7
Dépersonnalisation salariés	7.9	8.3
Dépersonnalisation libéraux	7.7	8.0

Tableau II.1: les scores d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation des MK salariés et libéraux en 2018 et 2025.

Lien entre burnout et autres variables.

Au tableau II.2 ci-dessous, sont reportés les corrélations entre le burnout et les autres variables de notre étude. L'épuisement émotionnel est logiquement fortement associé à la dépersonnalisation ($r=.63$) : ces deux variables sont des éléments du même syndrome psychologique.

On note encore l'association habituelle entre épuisement émotionnel et workaholisme. L'association avec la dimension « travailler excessivement » est de .47, celle avec la dimension « travailler compulsivement » et de .51. La dépendance comportementale à son travail nuit à la santé des professionnels.

L'épuisement émotionnel est par ailleurs corrélé très fortement avec la dissonance émotionnelle (.75), ces deux variables partageant 56.25% de variance commune. Afficher des émotions que l'on ne ressent pas afin de garder une posture professionnelle est toujours associé à une tension psychologique.

	Epuist émotion.	Déperson	Débordt	Workaho. Excessif	Workaho. Compuls.	Disson Emot.	Empath.
Epuist Emot	///	.63	.67	.47	.51	.75	-.03
Depersonal.		///	.44	.27	.34	.56	-.18
Débordement			///	.63	.55	.58	-.03
Workah. Excess.				///	.64	.44	.08
Workah. Comp.					///	.50	.09
Disson Emot						///	-.03
Empathie							///

Tableau II.2: corrélations entre les variables de notre étude.

On observe également un lien fort entre épuisement émotionnel et débordement négatif du travail sur la vie privée. Le travailleur épuisé émotionnellement n'a plus les ressources suffisantes pour consacrer du temps, de l'énergie à sa vie personnelle en dehors du travail.

Enfin, il n'y a pas de lien avec l'empathie ($r=-.03$). D'ailleurs on note que l'empathie est, à une exception près, indépendante des autres critères de santé retenus dans cette étude.

Tout comme l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation déborde, mais moins fortement, sur la vie privée ($r=.44$). On note encore l'association entre dépersonnalisation et dissonance émotionnelle. On imagine aisément que les attitudes corrélatives à cette mise à distance du patient produisent un écart entre émotions ressenties et les émotions requises par les normes professionnelles. Et la dépersonnalisation est corrélée négativement à l'empathie ($r=-.18$), ce qui est logique vu sa définition.

Evidemment, ici comme ailleurs, le sens de la causalité n'est jamais certain puisque nos données sont transversales.

Plus globalement on note que ces variables (épuisement émotionnel, dépersonnalisation, débordement négatif du travail sur la vie privée, workaholisme et dissonance émotionnelle) sont toutes plus ou moins liées entre elles, les corrélations, toutes positives et significatives variant de $r = .27$ à $r = .75$. Autrement dit tout se

passé comme si, selon une spirale descendante négative, la perte d'une ressource psychologique était associée à la perte de plusieurs autres ressources psychologiques.

L'influence des variables socio-démographiques.

Le genre :

Comme chez les libéraux, les femmes ont un score moyen d'épuisement émotionnel significativement supérieur à celui des hommes : 25.4 vs 22.4. Cette différence est significative : $F(1, 1455) = 14.6, p < .0001$

Et comme chez les libéraux, les hommes ont des scores de dépersonnalisation significativement supérieurs à ceux des femmes : 9.31 vs 8.0, $F(1, 1455) = 11.69, p < .001$.

Ces résultats sont en accord avec ceux retrouvés dans la littérature. Ils ne sont donc pas spécifiques aux MK salariés. 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.

-Ensuite au travail les femmes font face à des pressions psycho-sociales diverses, notamment les stéréotypes sexistes qui leur dressent des réputations d'infériorité.

Les déséquilibres homme femme (manque d'équité statut, avancement, formation)

Elles sont également la cible de comportements et de violences sexistes :

Peut-être aurait-il fallu aborder les questions des violences sexistes et sexuelles (collègues harcelants ou "lourds", avances de certains patients), racisme ou homophobie. En un mot, les discriminations :)

Vous parlez de violences physiques patient/thérapeute mais pas des avances sexuelles, qui ne sont pas à proprement parler des agressions malgré les gestes, mais plutôt des projections.

De plus, les femmes peuvent se sentir davantage fragiles dans les situations d'insécurité. Nous le verrons plus bas, les femmes sont davantage que les hommes victimes de violences verbales et physiques.

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 également 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 & Muros, 2010). En revanche, les femmes ont des attitudes plus émotionnelles.

L'âge.

Les analyses de corrélations nous apprennent que le burnout diminue au fur et à mesure que l'on passe des plus jeunes aux plus anciens MK salariés. En effet, les corrélations entre ces deux variables sont significatives et négatives, même si elles ne sont pas très élevées : -0.11 entre âge et épuisement émotionnel et -0.15 entre âge et dépersonnalisation.

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 amèneraient 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.

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 coopératifs, 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 faces 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 s'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 la dépersonnalisation. Ce comportement diminue significativement avec l'âge ($r = -.15$, $p < .001$).

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

Le statut matrimonial.

Les salariés qui vivent seuls ont un degré d'épuisement émotionnel significativement plus élevé ($M=27.2$) que ceux qui vivent en couple ($M=23.8$). $F(1, 1455) = 17.97$, $p<.0001$.

La comparaison des moyennes va dans le même sens en ce qui concerne le cynisme : $M=9.1$ vs 8.0 , $F(1, 1455) = 7.93$, $p<.006$.

De tels résultats ont déjà été rapporté dans d'autres professions (Cf. par exemple la méta-analyse de Cañadas-De la Fuente, Ortega, Ramirez-Baena, De la Fuente-Solana, Vargas, & Gómez-Urquiza, 2018, chez les infirmières).

Il est probable que ces résultats traduisent les effets protecteurs du couple, le soutien social et affectif qu'il procure, comparativement aux situations des individus vivant seuls, sans appui immédiat. Le socle et l'environnement protecteurs que fournit la présence du conjoint sont des facteurs de sécurité qui aident certainement à réguler les émotions négatives liées au travail. (On sait néanmoins et paradoxalement que les affects négatifs d'un membre du couple peuvent se transmettre déborder sur l'autre membre).

Les caractéristiques du travail.

Le lieu d'exercice.

Le lieu d'exercice (hôpital, clinique, etc.) n'a pas d'effet global sur l'épuisement émotionnel, ($F(3, 1453) = 1.14$, NS) même si ceux qui exercent en clinique ont des scores moyens plus élevés ($M= 26.6$) que leurs collègues exerçant dans d'autres structures ($M= 24.7$, 25.0 et 23.6 , pour ceux travaillant en hôpital, en centre de rééducation, ou dans une institution « autre », respectivement.)

En revanche, on observe un effet significatif du lieu d'exercice sur la mise à distance du patient, c'est-à-dire la dépersonnalisation $F(3, 1453) = 5.6$, $p<.001$. Comme pour l'épuisement émotionnel, ceux qui exercent en clinique ont des scores de dépersonnalisation plus élevés ($M=9.8$) comparativement à ceux qui exercent à l'hôpital ($M=8.6$), en centre de rééducation ($M=8.4$) ou dans d'autres structures ($M=6.9$). Mais les comparaisons post hoc de moyennes (Test LSD) montrent que les seules différences statistiquement significatives concernent ceux qui travaillent dans « d'autres structures ». Leur moyenne est statistiquement inférieure à celle des 3 autres groupes.

L'amplitude horaire.

L'amplitude horaire est associée de façon marginale au burnout. On relève une corrélation de .04 avec l'épuisement émotionnel (NS) et de .07 avec la dépersonnalisation ($p < .02$). Autrement dit l'amplitude horaire n'a pas d'effet sur la dimension centrale du burnout, *i.e.*, l'épuisement émotionnel, mais tend à être associée à des attitudes de mise à distance des patients. En fait, derrière la question de l'amplitude horaire se profilent des situations de travail diverses, avec des charges et des rythmes de travail différents. Par ailleurs, certaines études ont montré que l'impact de l'amplitude horaire sur la santé des travailleurs dépend en partie du fait qu'elle soit ou non choisie (Truchot, 2004). En effet, comme l'ont montré Carr, Gareis, et Barnett (2003) auprès de femmes médecins, il n'y a pas de différence des niveaux de burnout selon qu'elles travaillent à temps plein ou à temps partiel. En revanche, celles qui ont choisi leurs horaires ressentent un burnout inférieur à celles qui ne les ont pas choisis. (Cf. également Tucker, Bejerot, Kecklund, Aronsson, & Akerstedt, 2015).

En résumé.

C'est évidemment l'élévation très significative du burnout entre 2018 et 2025 qui frappe en premier lieu dans les résultats présentés ici. Le burnout, en particulier sa dimension « épuisement émotionnel » est associé aux autres risques psychosociaux, ce qui traduit la spirale ascendante dans laquelle plongent ceux qui en sont atteints. Comme dans bien d'autres études, on note un épuisement émotionnel plus élevé chez les femmes et une dépersonnalisation plus élevée chez les hommes. Par-delà les explications psychologiques, les statuts sociaux de chacun des deux genres expliquent ces résultats souvent observés. On note encore une légère diminution du burnout lorsque l'on passe des plus jeunes au plus âgés. Notre étude étant transversale, il faut avancer nos interprétations avec prudence.

Parmi les variables sociodémographiques, on remarque encore un effet roboratif de la vie en couple comparativement au fait de vivre seul. On n'observe pas d'effet majeur des conditions de travail.

Chapitre III.

Les stressseurs perçus par les MK salariés.

Dans les lignes qui suivent, sont présentés les stressseurs perçus par les MK salariés. Certains stressseurs sont « absolus », ou « universels » (*e.g.*, un tremblement de terre, une atteinte physique) : ils auront un retentissement plus ou moins important sur tous les individus. 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. 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 stressseurs peuvent varier en intensité mais également selon leur fréquence. Toutefois un stressseur de faible intensité (*e.g.*, être interrompu dans son travail par le téléphone) peut devenir nocif si sa fréquence est élevée. Inversement, un stressseur 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 stressseurs collectifs, plus ou moins rencontrés par les MK salariés et d'étudier dans quelle mesure ils sont associés à leur santé, le questionnaire comprenait 70 items relatifs aux situations professionnelles exigeantes, potentiellement stressantes, auxquelles pouvaient faire face ces professionnels.

Par exemple :

Certains patients manquent de civisme (retard ou absence aux séances prévues).

Ma charge de travail ne me permet pas de faire du travail de qualité.

Je ne reçois pas de reconnaissance de la part de ma hiérarchie.

Je suis confronté(e) à la souffrance physique des patients.

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, après suppression des items dont le poids factoriel est inférieur à .30 et de ceux qui contribuaient à deux facteurs (*double loading*), les items ont été soumis à une Analyse Factorielle Exploratoire (AFE). Intuitivement, l'AFE permet de réduire les variables (*i.e.*, les 70 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 salariés et leur lien avec la santé psychologique.

Les stressseurs perçus par les MK salariés.

La mesure Kaiser-Meyer-Olkin de l'adéquation de l'échantillonnage (.94) et le test de sphéricité de Bartlett indiquent que la factorisation de la matrice de corrélation est réalisable. J'ai donc conduit une AFE en utilisant la méthode de rotation promax avec rotation Kaiser, car il n'y pas de raison de supposer que les stressseurs sont totalement indépendants. Par ailleurs, j'ai retenu la méthode du « maximum de vraisemblance » étant donné que les données sont distribuées normalement.

L'analyse révèle 9 facteurs qui expliquent 58.9% de la variance :

Facteur 1 : 25.45 % de la variance : **attitudes et comportements négatifs des patients.**

Alpha de Cronbach : .87

Facteur 2 : 9.52 % de la variance : **charge de travail et qualité du travail empêchée.**

Alpha de Cronbach : .85

Facteur 3 : 6.12 % de la variance : **absence de reconnaissance par l'institution.**

Alpha de Cronbach : .86

Facteur 4 : 3.93 % de la variance : **comportements agressifs de la hiérarchie.**

Alpha de Cronbach : .88

Facteur 5 : 3.66 % de la variance : **climat organisationnel négatif dans l'équipe.**

Alpha de Cronbach : .75

Facteur 6 : 3.21 % de la variance : **comportements agressifs des collègues.**

Alpha de Cronbach : .86

Facteur 7 : 2.55 % de la variance : **confrontation à la souffrance des patients.**

Alpha de Cronbach : .68

Facteur 8 : 2.30 % de la variance : **problème avec le cadre de santé.**

Alpha de Cronbach :.88

Facteur 9 : 2.15 % de la variance : **violence des patients.**

Alpha de Cronbach :.79

Corrélations entre les stresseurs.

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%. 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.

	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9
F1. Comportement négatifs patients	.40	.42	.16	.29	.19	.39	.22	.64
F2. Charge travail et travail empêché.	//	.58	.30	.35	.23	.41	.38	.32
F3. Manque reconnaissance institution.		//	.53	.51	.34	.37	.60	.29
F4. Comportement agressif hiérarchie			//	.40	.48	.11	.52	.20
F5. Climat organisationnel équipe.				//	.53	.20	.47	.25
F6. Comportements agressifs collègues.					//	.12	.34	.22
F7. Confrontation douleurs patients.						//	.18	.33
F8. Problèmes relationnels avec cadre.							//	.19
F9. Violence des patients.								//

Tableau III.1: corrélations entre les stresseurs.

On note des corrélations élevées entre les variables traduisant les contraintes et les conflits organisationnels : manque de reconnaissance de la part de l'institution, charge de travail et au travail empêché, comportements agressifs de la part de la

hiérarchie, climat organisationnel négatif au sein de l'équipe, problèmes relationnels avec le cadre. Tout se passe comme si ces variables formaient un environnement

On observe parallèlement de fortes corrélations entre les variables reflétant les comportements négatifs des patients et leurs conduites violentes.

Corrélations entre les stressseurs et les variables de santé.

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.

Comme on le voit, épuisement émotionnel et dépersonnalisation sont associés significativement à l'ensemble des stressseurs, certes, à des degrés divers. Ainsi les comportements agressifs des collègues, la violence des patients ou la confrontation à leurs douleurs entretiennent des corrélations se situant vers .30 (.31 et .33 plus précisément) avec l'épuisement émotionnel. D'autres corrélations approchent ou dépassent les .50. C'est le cas des comportements négatifs des patients ($r=.46$), de la charge du travail / travail empêché ($r=.52$) ou du manque de reconnaissance ($r=.57$).

De son côté la dépersonnalisation est fortement associée aux comportements négatifs des patients, ce qui est cohérent psychologiquement ($r=.58$). Plus les patients commettent d'incivilités et demeurent passifs, plus le MK aura des conduites de mise à distance. Dans la même veine, la violence des patients est également fortement associée à la dépersonnalisation. ($r=.40$). On constate également que la non-reconnaissance par l'institution conduit à prendre de la distance par rapport aux patients ($r=.42$). Autrement dit, les attitudes des MK vis-à-vis de leurs patients dépendent pour partie de la façon dont ils sont traités par leur organisation. On remarque encore, que la charge de travail contribue elle aussi à une dépersonnalisation des patients.

Ensuite, à l'exception des comportements agressifs des collègues ($r=.18$), les autres corrélations se situent entre .22 et .31.

	Epuisement émotionnel	Dépens	Débordt	Disson	Empath
F1. Comportement négatifs patients	.46**	.58**	.32**	.44**	-.12**
F2. Charge travail	.52**	.34**	.41**	.46**	.05*
F3. Manque reconnaissance institution.	.57**	.42**	.45**	.54**	.00
F4. Comportement agressif hiérarchie	.37**	.22**	.35**	.33**	.03
F5. Climat organisationnel équipe.	.44**	.31**	.43**	.40**	-.05
F6. Comportements agressifs collègues.	.31**	.18**	.33**	.27**	.00
F7. Confrontation douleurs patients.	.31**	.23**	.22**	.28**	.18**
F8. Problèmes relationnels avec cadre.	.40**	.27**	.33**	.37**	-.02
F9. Violence des patients.	.33**	.40**	.25**	.32**	-.03

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

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 stressseur 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 stressseurs 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 stressseurs 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 stressseurs. 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 stressseurs 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 stressseurs et le burnout (épuisement émotionnel et dépersonnalisation). Bien entendu, le nombre de stressseurs liés au burnout diminue par rapport à l'analyse des corrélations. Mais il est patent que ce sont ces stressseurs qu'il faut infléchir en priorité si nous voulons réduire le burnout chez les MK. Il est d'autant plus important de les infléchir que le burnout est, dans notre échantillon de MK particulièrement élevé. Examinons dans le détail chacun de ces facteurs.

	Epuisement émotionnel	Dépens	Débordt	Disson	Empath
Genre	.09**	-.10***	.03	.06*	.09**
Age	-.11***	-.16***	.05	-.08*	-.07*
Δr^2	.02	.03	.00	.00	.01
F1. Comportés négatifs patients	.24***	.45***	.11**	.22***	-.23***
F2. Charge travail	.21***	.05*	.19***	.15***	.05
F3. Manque reconnaissance institut.	.20***	.12***	.12**	.25***	-.02
F4. Comportés agressifs hiérarchie	.10***	.04	.11***	.06*	.08*
F5. Climat organisationnel équipe.	.15***	.10***	.19***	.12***	-.06
F6. Comportés agressifs collègues.	.03	-.03	.07*	.02	.03
F7. Douleurs patients.	.00	-.04	.00	-.00	.25***
F8. Pbs relationnels avec cadre.	.02	.03	-.00	.02	-.05
F9. Violence des patients.	-.05	.03	.01	-.01	.00
Δr^2	.46	.40	.30	.38	.09

Tableau III.3 : corrélations entre les stressors d'une part, le burnout (épuisement émotionnel et dépersonnalisation) la dissonance émotionnelle et le débordement du travail sur la vie privée d'autre part.

Dans les lignes qui suivent seront détaillés chacun de ces facteurs.

1^{er} facteur : attitudes et comportements négatifs des patients :

Ce facteur comprend les items suivants :

	M
S28. Certains patients manquent totalement de gratitude pour mon travail (.84).	2.7
S20. Certains patients contestent le traitement proposé, la stratégie thérapeutique (.79).	1.5
-S13. Je suis confronté(e) à des patients pas motivés, non-adhérents ou dans la plainte (.70).	3.7
-S5. -5 J'ai l'impression que certains patients ne sont jamais satisfaits de mon travail (.69).	2.6
-S66. J'ai l'impression de donner toute mon énergie et mes efforts pour très peu de reconnaissance de la part des patients (.67).	2.8
S29. Les patients/familles en attendent trop de moi (.66).	3.1
-S48. Certains patients manquent de civisme (retard ou absence aux séances prévues) (59).	2.9
S42. Certains patients deviennent agressifs compte tenu des délais de prise en charge (.43).	2.3
-S38. Certains patients malintentionnés ont tendance à me menacer de porter plainte au moindre mécontentement (.38).	1.5

Tableau III.4. Items composants le premier facteur.

La fréquence perçue des items de ce facteur est basse. Pour rappel, les participants devaient estimer la fréquence selon laquelle ils rencontraient ces situations selon l'échelle suivante :

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

Or comme on le voit à la lecture du tableau III.1, les moyennes vont de 1.5 à 2.9 pour 7 des 9 items. Autrement dit leur fréquence elle basse. Elle se situe entre « jamais » (1) et parfois (3). Et pour 2 items, (« *Les patients/familles en attendent trop de moi* » et « *Je suis confronté(e) à des patients pas motivés, non-adhérents ou dans la plainte* ») elles se situent entre parfois (3) et assez souvent (4). Toutefois, comme nous le verrons plus bas, ce facteur est fortement associé au burnout. La fréquence d'un stressor n'est pas nécessairement liée à son impact psychologique.

Ce facteur englobe en réalité différents processus sous-jacents aux difficultés relationnelles et thérapeutiques auxquelles font face les MK salariés au cours du déroulement de leurs relations avec leurs patients.

On trouve la difficulté récurrente pour l'ensemble des soignants, quelle que soit leur spécialité, de la non-observance du patient : « *Je suis confronté(e) à des patients pas motivés, non-adhérents ou dans la plainte* ». La passivité des patients, leur manque de motivation, vont à l'encontre des conceptions du soin qui sous-tendent aujourd'hui les pratiques des kinés. Ceux-ci attendent une participation active du patient, condition nécessaire à la réussite de la prise en charge thérapeutique. Sans cette coopération, le kiné a le sentiment d'être le seul à participer à la remise sur pied du patient qui évidemment est compromise. La satisfaction professionnelle sera donc déçue.

De plus les patients et famille sont de plus en plus exigeants avec un glissement des responsabilités vers les institutions et soignants alors qu'eux-mêmes sont de plus en plus passifs ; tout comme l'évolution de la société.

Parallèlement, le sentiment d'investir dans la relation de soin sans que le patient manifeste de la reconnaissance, contribue à ce premier facteur : « *Certains patients manquent totalement de gratitude pour mon travail ; J'ai l'impression que certains patients ne sont jamais satisfaits de mon travail ; J'ai l'impression de donner toute mon énergie et mes efforts pour très peu de reconnaissance de la part des patients* ». Ces items renvoient à un processus bien connu dans les relations interpersonnelles, notamment dans les relations d'aide, celui de l'équité perçue.

En effet, les processus psychologiques sous-jacents à la perception des attitudes et comportements des patients décrits dans ces items (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.

D'autres items renvoient à des situations de désaccord, de confrontation entre le kiné et le patient : « *Certains patients contestent le traitement proposé, la stratégie thérapeutique ; Certains patients deviennent agressifs compte tenu des délais de prise en charge* ». Ces situations concernent le contenu et l'accès au soin.

Enfin, deux items relèvent, non plus du désaccord, mais des comportements abusifs de la part du patient. Il s'agit d'incivilités qui, dans notre culture ou

l'individualisme triomphe, vont grandissant (« *Certains patients manquent de civisme (retard ou absence aux séances prévues* »).

Par-delà leur hétérogénéité, ces situations ont un point commun : elle représente une rupture dans le contrat social implicite qui lie le thérapeute et son client.

Toutefois il faut ajouter pour être complet, que les relations avec les patients sont également sources de bien-être et de satisfaction professionnelle pour les kinés. En voici différents témoignages laissés en fin de questionnaire.

Généralement, les kinésithérapeutes ne restent pas longtemps dans les centres car la charge de travail, les conditions de travail et la rémunération n'en valent vraiment pas la peine. Seule la relation avec les collègues et les patients permettent aux collègues de rester...

Je trouve que le questionnaire est très orienté sur une souffrance au travail mais qu'en est-il du plaisir au travail. C'est sûr que c'est moins politiquement correct d'être heureux au lieu de se plaindre. Être kinésithérapeute apporte beaucoup de satisfaction dans la prise en charge des patients même si des contraintes inhérentes à tout métier existent

Par ailleurs, il est peu fait référence à ces comportements négatifs dans les verbatims laissés en fin de questionnaire. Toutefois, il existe un lien fort avec la santé psychologique des MK salariés.

Comportements négatifs des patients et santé des MK salariés.

En effet, ce facteur est le plus associé à l'épuisement émotionnel, le noyau dur du burnout ($\beta = .24$, $p < .0001$), ainsi qu'à la dépersonnalisation ($\beta = .45$, $p < .0001$). Il est également associé à la dissonance émotionnelle. On comprend que dans ces situations, les MK salariés ressentent des émotions qui ne correspondent pas à celles qu'ils souhaiteraient ressentir, ou affichent des émotions qui ne correspondent pas à celles qu'ils ressentent. Par exemple, quand ils refrèment l'expression de leur déception ou de leur irritation et affichent à la place des émotions « professionnelles », celles, socialement partagées, qui sont dictées par les règles d'affichage de leur métier. Et on sait que ces dissonances sont associées au burnout.

On constate encore un lien avec le débordement de la vie professionnelle sur la vie familiale ($\beta = .11$, $p < .0001$). Il est probable que les affects liés à ces interactions négatives continuent à diffuser leurs conséquences négatives au-delà de la sphère professionnelle, érodant la disponibilité initialement dédiée à la vie sociale.

Enfin, on ne sera pas étonné que ces comportements qui entravent directement ou indirectement la qualité des soins et les chances de recouvrer une meilleure santé, donc empêchent les actions thérapeutiques d'atteindre leur but, soient associés à un déclin de l'empathie ($\beta = -.23$, $p < .0001$).

Facteur 2 : 9.52 % de la variance : surcharge et qualité du travail empêchée.

Ce second facteur est composé des 7 items suivants :

	M
-S4. Ma charge de travail ne me permet pas de faire du travail de qualité (.87).	4.0
-S1. Le manque de kinés surcharge mon travail (.79).	4.6
-S47. Je dois trier les patients parce que j'ai trop de prescriptions par rapport à ce que je peux faire en une journée (.67).	3.6
S31. Je ne peux pas toujours proposer des séances aux patients comme je le voudrais. (.63).	4.2
-S15. Je n'ai pas assez de temps pour du travail non-clinique (papiers, organisation de travail, échanges) (.55).	4.3
-S6. Quand un collègue est absent, malade ou en congés, ma charge de travail se multiplie (.49).	5.1
-S 24. Mon travail est morcelé, je ne peux pas mener à terme ce que je souhaite (.46).	3.4

Tableau III.5. Items composants le second facteur.

La fréquence perçue des 7 items de ce facteur est relativement élevée. Deux items « *Mon travail est morcelé, je ne peux pas mener à terme ce que je souhaite* » et « *Je dois trier les patients parce que j'ai trop de prescriptions par rapport à ce que je peux faire en une journée* » se situent entre « Parfois » et « Assez souvent » (Moyennes = 3.4 et 3.6, respectivement). Quatre de ces items sont perçus de « Assez

souvent » à « Très souvent » : « Ma charge de travail ne me permet pas de faire du travail de qualité (M=4.0) » ; « Je ne peux pas toujours proposer des séances aux patients comme je le voudrais (M=4.2) » ; « Je n'ai pas assez de temps pour du travail non-clinique (papiers, organisation de travail, échanges, M=4.3) et « Le manque de kinés surcharge mon travail (M=4.6) ». Enfin un item « Quand un collègue est absent, malade ou en congés, ma charge de travail se multiplie » (M=5.1), est perçu « Très souvent » (M=5.1).

Les items composants ce facteur concernent clairement la charge de travail, considérée comme trop élevée, et les effets de cette charge sur la qualité du travail réalisé. Les écrits laissés en fin de questionnaire, permettent d'affiner l'analyse de ce stressor. Ils dénoncent une chaîne de causalité partant des restrictions budgétaires et des demandes excessives de rentabilité, ce qui engendre des réductions d'effectifs et des demandes de prises en charge plus nombreuses, pour aboutir logiquement à la fois à une surcharge de travail et une baisse de la qualité des soins et bien entendu un stress accru chez les soignants. Face à ces situations, les kinés se sentent peu reconnus par des institutions qui n'ont cure, disent-ils, de l'utilité et des bienfaits de leurs savoirs et de leurs pratiques. Voici quelques verbatims qui illustrent ces ressentis :

D'abord la problématique du poids financier et des pressions de rentabilité :

La grande majorité des problèmes que j'ai pu rencontrer découlaient plus ou moins directement de l'aspect lucratif du système de santé (application absurde de la DMS ou de plein d'autres règles "parce que c'est ça qui rapporte des sous"), sous-effectif chronique du fait de professionnels sous-payés... On manque d'argent, donc on manque de gens, donc on manque de temps, et c'est de temps qu'on a besoin pour assurer des prises en charge de qualité face à des patients et des contextes parfois difficiles !

J'aime mon travail, il me rend heureuse, je reste surprise de l'évolution favorable de certains patients. Je déplore la pression au travail par la direction qui veut toujours plus.

La kinésithérapie est mise à mal dans les hôpitaux, nous devons travailler vite pour voir plus de patients afin que les patients sortent pour pouvoir faire de nouvelles entrées. L'humain n'est plus la priorité des hôpitaux, l'objectif numéro 1 est la rentabilité !

Beaucoup de sous-effectif et peu de recrutement, un peu l'impression qu'on nous pousse à partir.

Certains services surtout gériatrie manquent cruellement de kinés. Les besoins dépassent très largement les effectifs.

Et ces restrictions budgétaires nuisent à la disponibilité des moyens de travail :

Certains services n'ont pas de salle de rééducation ! Pas de matériel !

Dans les questions budget, il y a le petit matériel qui est abordé par exemple mais aussi la place, les espaces de travail qui pourraient être questionnés.

De base, on n'avait pas beaucoup de place pour bosser (cage à poules) mais avec la conjoncture actuelle, on sent que ça n'ira pas dans le bon sens

Ce questionnaire accorde une grande place à la relation soignant-soigné mais n'aborde pas les conditions de travail à travers les lieux de travail (espace, température...) et le matériel adapté à la prise en charge des patients.

Les conditions de travail : le fait d'être à plusieurs sur un plateau technique avec peu de place et beaucoup de bruit

(...) sans compter le matériel défectueux qui n'est pas facilement remplaçable.

Les participants sont nombreux à dénoncer les effets délétères de ce contexte économique et social sur la prise en charge des patients et la qualité des soins.

Le poids financier de plus en plus présent dans la prise en charge des patients quitte à limiter nos choix de traitement.

Trop de patients par jour, impossibilité de tous les voir comme il le faudrait, ou de faire des séances complètes.

La direction des hôpitaux en général mets devant la quantité de patients prises en charge que la qualité des soins.

Sensation de frustration lorsque le temps imparti à chaque patient est tellement réduit que l'on n'a pas les moyens de faire un travail correct malgré une implication et une énergie déployée importante

Notre direction veut tendre à des prises en charges non personnalisées (plusieurs patients à la fois) ce qui n'est pas compatible avec le type de prise en charge qu'on accueille dans notre centre de rééducation

Nous sommes des pions pour certaines directions qui ne comprennent pas que nous ne pouvons pas passer le même temps avec chaque patient.

Cependant, il y a un problème de sous-effectif très impactant sur mon travail (1 kiné temps plein au lieu de 3 kinés temps plein) et nous ne sommes pas assez valorisé au point de vue de la rémunération compte tenu du travail qu'on nous demande de fournir."

Et d'après ce participant, cette situation explique le peu de motivation à venir travailler à l'hôpital et le turn-over qui s'y installe :

Selon moi, la charge de travail (lié au manque d'effectif), les conditions d'exercices de la kinésithérapie (manque de place, de matériel), et la rémunération (non-reconnaissance du travail) expliquent le désintérêt des kinésithérapeutes pour l'exercice salarié à l'hôpital.

Bcp de situations qui font échos à la situation désastreuse de l'hôpital : le sous-effectif, le manque de reconnaissance de la profession et le peu de budget qui n'attire pas de nouveaux kinés rendent la condition des kinés actuellement à l'hôpital dangereuse et maltraitante... les kinés hospitaliers désertent car le travail est partout dans notre profession, il faut réagir rapidement +++

Et dans ce type de contexte, le burnout fait son apparition, comme l'illustrent ces deux kinés. On voit bien dans leur propos, l'enchaînement manque de personnel, charge de travail, mauvaise prise en charge du patient, burnout.

J'ai été en arrêt de travail pour ""Burn Out"" pendant 8 mois, du mois [] 2024 au mois de [] 2025. Un épuisement émotionnel est toujours la somme de multiples facteurs, mais lors de cette période de remise en question pendant laquelle j'ai été heureusement très bien accompagnée (psychologue, plusieurs médecins), j'ai clairement identifié certains facteurs professionnels : Charge de travail bien trop importante par rapport au temps de travail alloué, reconnaissance du travail inexistante et pression constante pour une image parfaite de l'établissement : Poste de kinésithérapeute en CAMSP, seule kiné à temps partiel (22h/semaine) du département [], poste isolé, tous mes suivis partagés avec des kinésithérapeutes libéraux (non formés à la mise en place et suivi des aides techniques, installations, appareillages) donc il était impossible de

remplir les missions de la fiche de poste en si peu de temps, malgré une expertise (multiples formations dans le domaine) et une expérience professionnelle de 20 ans.

Je suis dans un service où les prises en charges nécessitent souvent d'être 2 MK pour réaliser une prise en charge adaptée, qui puisse faire évoluer favorablement le patient. Or depuis quelques semaines, et ceux pour une durée indéterminée, nous avons beaucoup de temps vacant suite à la réduction du temps de travail de tous les collègues de ce service. Nous nous retrouvons donc quasi quotidiennement à 1 seul MK. Il devient donc impossible d'effectuer des prises en charges "lourde", et beaucoup de patients ne sont vu qu'une fois par semaine alors que les recommandations vont dans le sens de la prise en charge quotidienne voir pluriquotidienne. Les patients et surtout les familles sont donc très insatisfaites et je me retrouve donc à devoir expliquer une situation qui me dépasse et que subi. Cela impact beaucoup mon moral, et mon sentiment de mal faire mon travail, alors que je ne peux pas faire beaucoup mieux. Ayant déjà été arrêté pour épuisement je tente de me protéger mais cela reste difficile. (Merci de vous intéresser aux MK salariés :))

Surcharge de travail, qualité du travail empêchée et santé des MK salariés.

Les analyses de régressions multiples linéaires nous apprennent que cette charge de travail figure parmi les stressseurs les plus toxiques pour la santé des MK salariés. C'est le second stressseur le plus associé à l'épuisement émotionnel qui est, rappelons-le, le noyau dur du burnout ($\beta = .21$, $p < .0001$). Il est également associé, mais dans une moindre mesure, à la dépersonnalisation ($\beta = .05$, $p < .05$). Autrement, les conditions de travail difficiles, contraires aux conceptions professionnelles des kinés salariés, nuisent non seulement à la qualité des soins et à la santé de ces professionnels, mais elles produisent, chez ces derniers, des attitudes et des comportements de mise à distance à l'endroit des patients. On peut voir là un mécanisme de défense ou une stratégie de rationalisation. Faute d'avoir les moyens de soigner pleinement, obliger de limiter les soins que j'apporte, s'éloigner psychologiquement du patient, posture typique liée à la dépersonnalisation, permet en quelque sorte de moins mal supporter son impuissance. On note cependant qu'il n'y pas de lien avec l'empathie ($\beta = .05$, NS).

On trouve encore, ce qui paraît cohérent, une association avec la dissonance émotionnelle ($\beta = .15$, $p < .0001$). Comment en effet atteindre, dans les conditions de travail que nous venons d'observer, une cohérence entre les émotions ressenties (ou celles qu'on aimerait ressentir), et celles que l'on affiche et exprime aux patients ?

Enfin, cette charge de travail et ses effets délétères débordent sur la vie privée ($\beta = .19$, $p < .0001$). On imagine, que si ce débordement est du en partie à l'amplitude horaire qui porte sur les heures consacrées à sa vie privée, c'est surtout ici un débordement lié à l'épuisement des ressources physiques et psychologiques qui entame la disponibilité à profiter de la vie hors travail et la capacité à récupérer.

Facteur 3 : 6.12 % de la variance : absence de reconnaissance par l'institution

Ce facteur est composé des items suivants :

	M
-S7. Je ne reçois pas de reconnaissance de la part de ma hiérarchie (.77).	4.3
-S11. Je me sens injustement traité(e) par l'institution (.76).	3.7
-S26. Je me sens sous-payé(e) (.66).	4.8
-S56. La kinésithérapie n'est pas assez valorisée dans la structure où je travaille (.62).	3.6
-S63. La prise d'initiative pour faire évoluer les pratiques n'est pas valorisée dans mon travail (.62).	3.9
-S25. J'ai le sentiment qu'on ne connaît pas ou qu'on ne voit pas le travail que je réalise. (.50).	3.5
-S22. Je sens le poids des restrictions budgétaires dans mon exercice quotidien (.47).	5.0
-S52. Il arrive qu'il y ait des conflits avec la hiérarchie (.37).	3.6
-S58. J'ai le sentiment que certains prescripteurs me considèrent comme un(e) subalterne (36).	3.3

Tableau III.6. Items composants le troisième facteur.

Les situations perçues qui composent ce stressor ont une fréquence élevée. Six d'entre eux se situent entre « parfois » et « souvent » : « Je me sens injustement

traité(e) par l'institution » (M = 3.7) ; « La kinésithérapie n'est pas assez valorisée dans la structure où je travaille » (M = 3.6) ; « La prise d'initiative pour faire évoluer les pratiques n'est pas valorisée dans mon travail » (M = 3.9) ; « J'ai le sentiment qu'on ne connaît pas ou qu'on ne voit pas le travail que je réalise » (M = 3.5). « Il arrive qu'il y ait des conflits avec la hiérarchie » (M = 3.6) ; « J'ai le sentiment que certains prescripteurs me considèrent comme un(e) subalterne (M = 3.3). Deux autres situations sont perçues « assez souvent » : « Je ne reçois pas de reconnaissance de la part de ma hiérarchie » (M=4.3) et « Je me sens sous-payé(e) » (M=.4.8)». Enfin une situation (« Je sens le poids des restrictions budgétaires dans mon exercice quotidien » (M = 5.0) est perçue « Très souvent ».

Le manque de reconnaissance prend une part importante dans la composition de ce stressor. « Manque de reconnaissance de la part de la hiérarchie », « avoir le sentiment qu'on ne connaît pas ou ne voit pas le travail réalisé », « se sentir injustement traité par l'institution », « être considéré comme un subalterne », le fait que la kiné ne soit pas valorisée dans la structure, autant d'items qui renvoient à cette idée de « manque de reconnaissance ».

Ce manque de reconnaissance touche différentes facettes du rôle et du statut professionnels des MK salariés, comme nous le découvrons en analysant les écrits laissés en fin de questionnaire.

On peut d'abord citer, sans intention hiérarchisante, le manque de reconnaissance des compétences du kiné, de leur champ d'application, et de leurs bénéfices pour la santé des patients :

La hiérarchie et beaucoup de professionnels ne connaissent pas et ne comprennent pas le métier de kinésithérapeute. Ainsi, nous sommes mal utilisés et mal considérés.

En hôpital il y a une méconnaissance des compétences du masseur kinésithérapeute.

Kinés différents de lève malade !

Le cadre ou les autres professions connaissent mal nos métiers et donc ça nous met en porte-à-faux avec les APAS, ergothérapeutes... Sensation qu'on nous remplace par les ergothérapeutes et les APAS.

Parmi les composants du manque reconnaissance, la question du salaire, fréquemment évoquée, occupe une large place. En voici quelques exemples :

La rémunération des heures supplémentaires et des gardes.

"Le salaire : nous sommes payés sur des grilles nationales ou que nous vivions or le niveau de vie en Haute Savoie par exemple n'est pas le même qu'une région ou le coût de la vie est moins élevé.

Revaloriser les salaires des kinés salariés !!!!

Ma difficulté principale est le manque de reconnaissance morale et salariale de la part de mon employeur [NOM DE L'EMPLOYEUR] ;

Le salaire. Augmentation misérable du salaire.

Merci de s'intéresser à la question des conditions salariales, nous travaillons (dans le public) avec un sentiment d'effondrement et d'une perte de sens perpétuelle."

Rémunération.

La question du salaire est récurrente mais prend une place essentielle dans le bien être psychologique des kinés... souvent les collègues sont étonnés de nous voir si peu payés. Mais les personnes qui sont au dessus de nous en institution ne sont pas kiné et ne savent ainsi pas le travail que nous abattons sur le terrain avec toutes les responsabilités que ça implique. Si ces dirigeants étaient kine certainement que nous serions payés à la hauteur de nos compétences, de nos connaissances et de notre savoir-faire. Il y a une vraie méconnaissance de notre profession en institution et personne n'a envie de se battre pour une revalorisation salariale. Mais je vous sais bien à la hauteur des sage-femmes...alors pourquoi une considération différente ?

Le salaire ?!?!? Impensable... à peine ce qu'il faut pour s'en sortir aujourd'hui...

La rémunération et les grilles conventionnelles inadaptées au niveau d'étude de la profession, sont des thèmes récurrents dans les plaintes des MK salariés. Même si c'est peut-être abordé dans vos thèmes « reconnaissances de votre métier », la question doit être sérieusement étudiée car c'est le principal frein au recrutement ou à la fidélisation des MK en SMR par exemple.

Ce dernier propos met dans la balance le niveau d'étude d'une part et le salaire d'autre part, avec l'idée de déséquilibre entre les deux. Et il apparaît, sous-jacent aux écrits des participants, qu'ils éprouvent un sentiment d'inéquité, d'injustice, dans le rapport qu'ils entretiennent avec leur institution. On parle alors de « justice organisationnelle ». Ce concept renvoie à la façon dont les employés perçoivent qu'au travail, les procédures, les interactions, ce qu'ils reçoivent, comme justes.

En termes de justice organisationnelle, on distingue entre autres la justice distributive (ou équité distributive). D'après la théorie de l'équité distributive (Adams, 1965), « les individus évaluent leurs relations en termes de récompense, coûts, investissement et profits. Ils anticipent que ce qu'ils investissent et gagnent dans une relation est proportionnel à ce que le partenaire investit et gagne dans cette même relation. Mais si les individus perçoivent la relation comme déséquilibrée, ils éprouvent de la détresse ». (Truchot et al., 2024, page 517). C'est en particulier le cas lorsqu'il perçoit que le rapport entre ses investissements et ses bénéfices est disproportionné au regard du rapport entre les investissements et les bénéfices d'autrui. Ce principe s'applique aux différents partenaires que l'on rencontre sur le lieu de travail : patients, les collègues, les supérieurs hiérarchiques, l'institution. Le sentiment d'injustice a des conséquences délétères majeures. Il diminue l'engagement professionnel (e.g., Lambert, Hogan & Griffin, 2007), accroît les conduites contreproductives (Kawak, 2026). Il contribue à l'émergence du burnout (e.g., Blanchard, Truchot, Albiges-Sauvin et al., 2010, chez les internes en cancérologie ; Truchot & Derogard, 2000, chez les travailleurs sociaux ; Truchot, 2008 chez les médecins généralistes).

Et c'est bien ce sentiment d'injustice distributive qui sous-tend les propos des MK salariés. Par exemple, lorsqu'ils considèrent que leurs salaires (donc leurs bénéfices) ne sont pas à la hauteur de leur formation, de leur ancienneté, ou du travail réalisé (donc leurs investissements ou leurs coûts) :

Le salaire !! Bien trop bas pour les années d'études et les responsabilités au quotidien

Salaire misérable après 10 ans de kiné.

Astreintes obligatoires mal rémunérés

NOUS NE SOMMES PAS ASSEZ PAYE POUR TOUT LE TRAVAIL QU'ON FAIT ET LA COMPLEXITÉ DE NOTRE MÉTIER.

J'espère que les kinésithérapeutes seront valorisés financièrement. Nous avons beaucoup de responsabilités, de savoir-faire, de connaissances à mettre à jour continuellement.

Absence de reconnaissance des formations/ absence reconnaissance des niveaux universitaires / auto-financement des formations : le temps de travail le WE/ autonomie dans les traitements/ rôle et place dans l'institution/ évaluation annuelle inadéquate / hiérarchie non issue de la rééducation/ la mixité des diplômes Français et européens / le manque d'évolution de carrière...

La reconnaissance des compétences d'expertise acquise dans des formations diplômantes (comme un DU par exemple) n'est pas reconnu sur le plan financier par le centre de rééducation alors que le patient reconnaît cette spécialisation de la profession.

Et il arrive que l'Ordre soit épinglé, soupçonné qu'il est de ne pas en faire assez pour la revalorisation des salaires :

Le problème, c'est les salaires, l'ordre ne défend pas les kinés salariés, nous ne sommes toujours pas reconnus bac +5, alors que les psy et neuropsychologue oui, nos études coûtent plus chères et sont plus difficiles, et le travail est beaucoup plus dur physiquement.

Le sort des kinés salariés n'intéresse pas grand monde. Dans un établissement de 750 lits, 1500 personnels, nous sommes 5, alors ... quantité négligeable et l'Ordre ne nous a jamais donné l'impression d'œuvrer pour améliorer les choses...

La question de l'impéritie du management peut également être rattachée à ce stresser, soit que le management pêche par son absence, soit qu'il prennent des allures toxiques ou contribue à la surcharge de travail.

Ordres contradictoires, retraite, blessures, Ght et perte d'autonomie, iniquité, pas de pool de remplacement, manque de consultation du terrain.

*J'ai une hiérarchie administrative extrêmement destructrice. Les multiples signalements ne changent rien, médecine du travail, cse, syndicats... heureusement à mon âge J'ai la solution de la retraite. Le 31 décembre je demande ma radiation de l'ordre et je brûle mon diplôme !
Bien à vous"*

Manque de respect de la part de l'institution et la hiérarchie, ambiance que tout le monde est ""à bout"" et que les conditions ne s'améliorent pas.

L'encadrement qui est devenu celui d'une usine sans prendre en compte les personnes humaines qui y travaille : c'est l'hôpital qui se fout de la charité!

Pour être en surcharge de travail et en épuisement avec mes collègues depuis la moitié de l'année, je trouve assez hypocrite que la structure nous fasse toute une "éducation" sur la maltraitance des patients quand cette même structure exerce quelque part une maltraitance sur son propre personnel. Mais nous avons rarement de solution apportée lorsque nous faisons remonter le problème, et le plus souvent on nous répond "il n'y a pas le choix, c'est comme ça". A ce jour, nous avons 2 kinés en arrêt sur 13 équivalents temps plein, et ça ne s'arrange pas.

Ce questionnaire est très intéressant, et c'est bien que les kinésithérapeutes salariés soient « mis à l'honneur ». De ce que je constate, généralement le mal être au travail est bien plus causé par la direction et des cadres qui ne gère pas toujours bien leurs employés que la relation avec le patient. Nous sommes très souvent traités comme des machines à fric, avec toujours plus de patient à prendre sans notre consentement et toujours plus d'administratif à faire sans autorisation de faire d'heure supplémentaire. De plus, généralement notre hiérarchie se permet d'annoncer que nous « ne transpirons pas beaucoup, qu'on a du temps pour se reposer... » alors qu'on travaille même pendant nos heures de repas (non déclaré bien évidemment).

Problème institutionnalisé d'incompétences hiérarchiques, coupes budgétaires, direction malsaine, faibles salaires. Pression de rendement.

Les attentes de l'encadrement ; La surcharge administrative au détriment des soins ; Les injonctions hiérarchiques de cotation des actes parfois à la limite de la légalité ou au moins de la réalité ; Le gouffre entre la réalité du terrain et les choix des responsables administratifs déconnecté de la réalité et du monde médical.

Les problèmes d'équipe kinés avec des personnalités qui s'octroient le pouvoir et l'absence d'encadrement managérial correct, qui préfère laisser faire...

Les kinés salariés ne sont pas assez valorisés (salaire et reconnaissance (de la hiérarchie)) en structures hospitalières.

Problème de reconnaissance des formations diplômantes (diplôme universitaire par exemple), absence d'identification des rôles de chaque intervenant dans une équipe pluridisciplinaire, glissement de tâches, pouvoir médical par la prescription

En résumé, on peut citer les propos de ce kiné qui recouvrent bien les différentes formes que peut viser la reconnaissance :

Je travaille actuellement dans un établissement où il y a de fortes tensions car il y a beaucoup de travail et beaucoup d'attentes, que ce soit de la part de la hiérarchie ou des patients, et je sens qu'en 5 ans d'exercice seulement, mon travail m'a déjà beaucoup fatiguée. Je ne suis pas sûre de pouvoir exercer mon métier toute ma vie. Mes collègues et moi-même sommes fatigués et parfois en colère, contre les situations que nous pouvons vivre au travail. Entre le manque de reconnaissance, les patients exigeants, la hiérarchie qui ne nous entend/comprend pas beaucoup, le salaire peu élevé et qui ne suit pas l'inflation, les heures de travail supplémentaires (non rémunérées) car on a du mal à finir le travail, le fait de courir partout et de se sentir non efficace, toutes les petites tâches supplémentaires dans la journée, la charge mentale importante, c'est souvent difficile. Des collègues partent et ne sont pas remplacées car on ne trouve pas, d'autres sont en arrêt maladie.

Bien entendu, ici comme ailleurs, tous les MK salariés ne sont pas confrontés à ce type de stresser :

J'aime travailler en structure, cela me permet d'avoir un meilleur équilibre personnel, j'aime les différents types de rééducation que je propose à mes patients et le travail en équipe (même si certains collègues rééducateurs sont jaloux du soi-disant poids des kinés dans la structure). Ma hiérarchie est à mon écoute.

Manque de reconnaissance et santé psychologique.

A l'instar des deux précédents stressers, *i.e.*, comportements négatifs des patients et charge de travail, le manque de reconnaissance de la part de l'institution est

également fortement associé à l'épuisement émotionnel, ($\beta = .20$, $p < .0001$). Il s'agit donc bien là d'un stressor qui érode les ressources des MK salariés. On observe également une association avec la dépersonnalisation ($\beta = .12$, $p < .0001$). Autrement dit, le manque de reconnaissance de la part de l'institution contribue par enchaînement à détériorer la relation avec le patient. On imagine aisément que le sentiment d'inéquité le désappointement, le découragement et la chute de l'estime de soi associée à ce manque de reconnaissance se répercute sur la relation avec les clients. Comme il a été écrit plus haut, cette relation dépend aussi du contexte organisationnel. Parallèlement ce stressor déborde sur la vie privée ($\beta = .12$, $p < .0$). Il est également associé à la dissonance émotionnelle ($\beta = .25$, $p < .01$). Il est probable que le manque de reconnaissance conduit à ressentir des émotions qui ne correspondent pas à celles que l'on aimerait ressentir.

Facteur 4 : 3.93 % de la variance : comportements agressifs de la hiérarchie

Ce quatrième stressor est composé des 3 items suivants :

	M
-S14. Récemment, j'ai été agressé verbalement par ma hiérarchie.	1.9
-S64. J'ai subi récemment des propos insultants venant de ma hiérarchie.	1.7
S30. Récemment, j'ai été victime de propos ou de comportements déplacés de la part de ma hiérarchie.	2.2

Tableau III.7. Items composants le quatrième facteur.

Les situations qui composent ce stressor ont une fréquence d'apparition faible. Deux d'entre elles (« J'ai été agressé verbalement par ma hiérarchie » et « J'ai subi récemment des propos insultants venant de ma hiérarchie ») se situent entre « jamais » et « rarement » et le troisième (« Récemment, j'ai été victime de propos ou de comportements déplacés de la part de ma hiérarchie ») apparaît entre « rarement » et « parfois ». Mais on verra néanmoins que ce stressor n'est pas anodin.

En écho avec le fait que ces comportements sont rares, l'analyse des écrits rédigés par les participants n'apporte que de rares propos relatifs à leur apparition. En voici quelques exemples :

Problèmes de racisme par les supérieurs.

Maltraitance par un supérieur hiérarchique.

Harcèlement moral et physique et burn-out par hiérarchie et direction.

On remarque que ces écrits demeurent brefs, peu explicites.

Ajoutons, que certains kinés précisent la nécessité de différencier entre les différences instances hiérarchiques auxquelles ils ont affaire :

Différences entre la hiérarchie de proximité et la hiérarchie lointaine et le système de santé global. On peut avoir de très bonnes relations avec sa hiérarchie de proximité et se sentir broyer par le système.

Comportements agressifs de la hiérarchie et santé psychologique.

En dépit de sa faible fréquence d'apparition, en dépit du fait qu'il soit peu illustré par les propos des kinés en fin de questionnaire, ce stressor n'en est pas moins associé à une détérioration de la santé psychologique. Mais il est probable qu'un comportement ou un propos agressif de sa hiérarchie, même rare, ait un retentissement durable sur les cognitions et des émotions de leur cible. Il est également probable qu'un tel comportement soit associé à un climat organisationnel nocif contribuant lui aussi à la détresse psychologique. Les analyses de régressions multiples nous apprennent que ce stressor est associé à l'épuisement émotionnel ($\beta = .10$, $p < .0001$). Il n'est toutefois pas associé à la dépersonnalisation. Mais il déborde sur la vie privée ($\beta = .11$, $p < .001$) et engendre de la dissonance émotionnelle ($\beta = .06$, $p < .05$).

Facteur 5 : 3.66 % de la variance : climat organisationnel négatif dans l'équipe.

Les cinq items suivants composent ce facteur :

	M
-S34. Je ne me sens pas bien intégré(e) dans l'équipe/ dans le service (.65).	2.1

-S9. Quand je suis arrivé(e), il m'a été difficile de m'intégrer à l'équipe (.65).	2.0
-S68. Je ne me sens pas bien considéré(e) dans le service (.53).	2.4
-S39. J'ai l'impression de ne pas être suffisamment soutenu(e) par mes collègues quand j'en ai besoin (.51).	2.2
-S40. Je ne sens pas d'unité dans les pratiques avec les autres kinés (.41).	2.7

Tableau III.8. Items composants le cinquième facteur.

Ces stressors ont une fréquence faible puisqu'ils se situent tous entre « rarement » et « parfois ». Ils renvoient aux problèmes d'intégration et de manque de considération au sein de l'équipe et à l'absence d'une ressource importante, à savoir le soutien social des collègues. Le manque d'unité des pratiques est également évoqué. Malgré leur faible fréquence, nous verrons qu'ils impactent la santé psychologique des participants.

Dans les écrits laissés par les kinés, il est parfois questions de relations interpersonnelles dégradées avec un collègue particulier ou avec un groupe professionnel particulier au sein de l'équipe, éventuellement avec le sien, *i.e.*, les kinés. Dans d'autres cas, c'est l'équipe dans son ensemble qui est frappée par un climat organisationnel regrettable.

Les relations personnelles au sein des entreprises avec des équipes pluridisciplinaires peuvent créer des discordes (actuellement, les EAPA sont en guerre contre les kinésithérapeutes dans l'entreprise où je travaille car ""on veut bosser moins et gagner plus", alors qu'on cherche juste de la reconnaissance.

J'ai des problèmes au travail avec mes hiérarchies supérieures ! Et avec les collègues de travail notamment avec un EAPA qui s'est présenté dans l'établissement comme un rééducateur et il dit qu'il fait rééducation les incapacités motrices. [Par exemple]

Mon travail avec les patients répond à mes valeurs essentielles et humaines, en revanche l'ambiance d'équipe et le système pyramidal de l'institution hospitalière vampirisent souvent mon énergie et ma motivation. En bref j'adore

mon métier et les échanges avec les équipes mais je trouve souvent délétère ma relation avec mes paires.

Relations avec les collègues compliquées avec des attitudes très critiques et jugements négatifs sur PEC des patients. Pas d'esprit d'équipe. Aucun soutien ni professionnel ni émotionnel. Attitudes arrogantes moqueuses et critiques de certains collègues kinés vis à vis d'autres kinés. Conflits récurrents kinés/APA sur PEC patients.

Harcèlement moral qui dure dans le temps de la part d'un médecin, non reconnaissance des autres casquettes que kiné (membre du CLUD, comité d'éthique), non valorisation des DU, quasiment le même salaire qu'une jeune diplômée alors que 5 ans d'ancienneté

Toutefois dans leurs écrits les MK évoquent relativement peu ces situations de climat organisationnel dégradé. Néanmoins, elles retentissent fortement sur leur santé psychologique.

Climat organisationnel négatif dans l'équipe et santé psychologique.

Ce stressor est associé aux deux dimensions du burnout, à savoir l'épuisement émotionnel ($\beta = .15$, $p < .001$) et la dépersonnalisation ($\beta = .10$, $p < .001$). A l'instar des quatre précédents, ses effets débordent sur la vie privée ($\beta = .12$, $p < .001$). Autrement, le climat organisationnel défectueux se répercute lui aussi sur la vie privée. Mais on n'observe pas ici d'effet significatif sur l'empathie.

Facteur 6 : 3.21 % de la variance : comportements agressifs des collègues

Ce facteur est constitué de 3 items :

-50. J'ai subi récemment des propos insultant de la part de collègues directs. (.82).	1.5
23. Récemment, j'ai été agressé verbalement par un collègue direct (.79).	1.9
-37. Récemment, j'ai été victime de propos ou de comportements déplacés de la part de collègues directs. (.74).	1.8

Tableau III.9. Items composants le sixième facteur.

Les situations décrites par ces items sont peu fréquentes. Elles se situent entre « jamais » et « rarement ». Contrairement au stresser précédent, où les situations relatées étaient relativement floues, les items regroupés au sein du présent stresser rapportent une intention directe de la part de la source, intention dont le participant est la cible : j'ai subi des propos insultants », « j'ai été agressé verbalement », « j'ai été victime de propos ou de comportements déplacés ». Et dans tous les cas, l'auteur ou les auteurs sont des collègues directs. Voici quelques verbatims qui illustrent ces situations.

Toutes mes réponses sont en lien avec le fait que j'ai la chance de travailler dans un service extraordinaire, avec une équipe de kiné toxiques et malveillants à mon égard. Je m'entends avec tous les professionnels qui m'entourent mais subis du harcèlement de mes collègues kinés. J'ai décidé de quitter l'hôpital pour ces raisons et mes prochains questionnaires seront probablement différents.

Situations de tension (harcèlement ?) dans la structure avec la coordinatrice kiné rendant le travail difficile.

Peut-être aurait-il fallu aborder les questions des violences sexistes et sexuelles (collègues harcelants ou "lourds", avances de certains patients), racisme ou homophobie. En un mot, les discriminations :)

Comportements agressifs des collègues et santé psychologique.

Toutefois, si l'on se réfère aux résultats des analyses de régressions linéaires multiples, ces comportements agressifs des collègues, ne sont guère associés aux critères de santé psychologique que nous avons retenus. Ils ne sont associés ni au burnout, ni à la dissonance émotionnelle. Ils n'entravent pas l'empathie. Toutefois, ils débordent sur la vie privée ($\beta = .07$, $p < .05$).

Facteur 7 : 2.55 % de la variance : confrontation à la souffrance des patients.

Ce facteur est composé de 4 items :

	M
-S21. Je suis exposé à la souffrance des patients (douleurs, déclin, chronicité) (.71).	5.4

-S57. J'ai des responsabilités avec des patients fragiles (.60).	5.3
-S35. Je prends en charge des patients avec des problèmes psychologiques (angoisse, dépression, ...) (.56).	5.2
S18. Je vis parfois des situations professionnelles qui font écho à des situations personnelles compliquées (deuils, maladies de proches, ...) (.44).	3.8

Tableau III.10. Items composants le septième facteur.

Les situations auxquelles renvoie ce stressor sont très fréquemment perçues puisque 3 d'entre elles se situent entre « très souvent » et « toujours ». La quatrième qui concerne la résonance psychologique de ses situations quand elles rappellent des situations personnelles (maladie de proches par exemple) a une moindre fréquence. Elle se positionne entre « parfois » et « assez souvent ». Mais malgré la fréquence de ces situations potentiellement chargées émotionnellement, nous verrons qu'elles n'ont pas de lien avec le burnout.

Ce stressor renvoie clairement à la souffrance des patients, qu'il s'agisse de ses aspects physiques (déclin, douleurs, chronicité) ou psychologiques (angoisse, dépression). Et les kinés évoquent le retentissement émotionnel de ces situations :

Le ressenti face à la fin de vie du patient.

Être quotidiennement au contact de personnes en souffrance (physique et psychologique) demande beaucoup d'énergie et impose la construction d'une barrière, d'une façade qui me permette de ne pas être trop impactée par la souffrance d'autrui. A un certain point, je crois que cela peut devenir néfaste pour la relation de soin mais aussi dans mes relations extra professionnelles (famille, amis) pour lesquels j'ai moins d'énergie à donner lorsqu'eux-mêmes peuvent être souffrants ou en demande d'attention, ... Les relations humaines avec des personnes en deuil, douloureuses chroniques, avec des troubles cognitifs... sont épuisantes en tant que thérapeute afin de rester bienveillant et à l'écoute pour assurer une relation thérapeutique efficace tout en se protégeant soi-même.

Cette dernière citation illustre bien les différents processus qui ont déjà été évoqués au cours de ce rapport : la dissonance émotionnelle (« se construire une barrière qui permette de ne pas être trop impactée par la souffrance d'autrui »), le débordement sur la vie privée (« cela peut devenir néfaste (...) dans mes relations extra-professionnelles (famille, amis) pour lesquelles j'ai moins d'énergie) donner...»). Et on

retrouve également dans cette citation l'épuisement des ressources qui engendre le burnout.

Les kinés témoignent également de leur impuissance face à certaines pathologies :

Notre ressenti devant une pathologie que l'on ne peut pas soigner et tous les espoirs mis en vous alors qu'il n'y a pas de guérison possible. La non-compréhension des patients face à leurs handicaps voire le pronostic défavorable de leur maladie.

Confrontation à la souffrance des patients et santé psychologique.

Malgré l'évocation de son retentissement, ce stressor n'est pas associé au burnout, qu'il s'agisse de l'épuisement émotionnel ($\beta = 00$) ou de la dépersonnalisation ($\beta = -.04$). Il n'est pas davantage lié à la dissonance émotionnelle ($\beta = 00$) et ne déborde pas sur la vie privée ($\beta = 00$). En revanche, c'est un stressor qui est associé fortement à l'empathie ($\beta = .25$, $p < .0001$).

Ce résultat est cohérent avec des observations que j'ai déjà pu réaliser auprès de soignants d'autres disciplines. Ainsi, en cancérologie, la confrontation à la mort et à la douleur des patients est également évoquée comme source de perturbation et de chamboulement émotionnel. Mais la perception de cette souffrance est liée négativement au burnout. Plus les soignants la perçoivent, moins ils ressentent d'épuisement émotionnel et moins ils dépersonnalisent leurs patients. Et, parallèlement, plus ces soignants perçoivent ces souffrances et les drames qui les accompagnent, plus leur travail leur paraît avoir du sens (Rasclé & Truchot, 2008). On peut sans doute, *mutatis mutandis*, transposer ce résultat à la posture professionnelles de kiné

Facteur 8 : 2.30 % de la variance : problème avec le cadre de santé

Le huitième facteur concerne les problèmes le management du cadre de santé.

	M
S-46. J'ai l'impression que mon/ma cadre ne fait pas ce qu'il/elle devrait pour nous encadrer (.96).	3 . 4

-S45. Quand il y a un problème je ne peux pas le faire remonter au/ à la cadre, je sais qu'il ne sera pas traité (.83).	3 . 0
---	-------------

Tableau III.11. Items composants le huitième facteur.

Les situations auxquelles renvoient les deux items qui composent ce stressor se rencontrent entre « parfois » et « assez souvent ». Elles font référence à la déficience des cadres de santé dans la gestion du personnel. Ces situations font en partie écho aux problématiques de la reconnaissance et du climat organisationnel exposées plus haut.

Dans leurs écrits, les MK salariés reprochent au cadre de ne pas connaître, ou de mal connaître le travail des MK :

Cadre qui ne comprend pas nos actes.

Cadre qui place kiné, ergo, eapa et aide kiné au même niveau de compétence...

Les cadres ne connaissent pas toujours le travail dans le service

Certains participants jugent néfaste que le cadre de santé soit issu d'un corps professionnel différent du leur. Avoir pour cadre de santé un rééducateur permettrait une meilleure appréhension du travail du kiné :

Encadrement de l'équipe de rééducation par une cadre infirmière... Une hérésie...

Je pense que le rôle du cadre de santé pour les rééducateurs devrait systématiquement être occupé par un rééducateur (et non par un IDE ou un autre professionnel paramédical), car nous avons des compétences spécifiques. Pourquoi ne serait-ce pas exclusivement réservé aux kinésithérapeutes ? Nous sommes les seuls à connaître le travail des APA, des ergothérapeutes, des psychomotriciens et des orthophonistes.

Et par-delà la question de l'homogénéité des compétences entre le kiné et son cadre, s'en profile une autre, qui renvoie à des problèmes d'équité et de reconnaissance, à savoir le niveau des diplômes de l'encadré par rapport à celui de l'encadré :

Je ne comprends pas pourquoi un métier Bac+3 (IDE, psychomotricien) doit superviser un métier Bac+5 (kinésithérapeute).

Et ce sont également les compétences et les pratiques managériales du cadre de santé qui sont mises en cause :

Cadre qui couvre les incompétences, le travail non fait et actes fictifs des ergo eapa... Résultat, je quitte mes fonctions le 30sept 2025 du CH XXX

Le cadre de santé devrait avant tout soutenir ses employés, garantir leur bien-être et élaborer des plannings adaptés aux rééducateurs, au lieu de se laisser accaparer leur temps par les logiciels institutionnels et les réunions, qui semblent de plus en plus être la priorité.

Insuffisance managériale cadre de santé.

Problème avec le cadre de santé et critères de santé.

Bien qu'une abondante littérature ait mis en évidence le lien entre le management ou le pouvoir organisationnel et la santé psychologique des salariés, les analyses de régression linéaires multiples ne révèlent, dans notre échantillon de MK libéraux, aucune association entre ce stressor et les critères de santé retenus. (Cf. tableau III.3).

Facteur 9 : 2.15 % de la variance : violence des patients

Le dernier facteur de stress est composé des 4 items suivants :

	M
S-53. Il m'arrive d'être menacé physiquement par certains patients (.76).	1.7
S-16. Il m'arrive parfois d'être menacé verbalement par certains patients (.66).	2.1
S-70. J'ai l'impression de ne plus pouvoir me sentir en sécurité avec certains patients (.48).	1.8
S-33. Certains patients se permettent de me faire des avances ou d'avoir des comportements inappropriés (.38).	2.1

Tableau III.12. Items composants le neuvième facteur.

Les situations qui composent ce stressor concernent spécifiquement les patients. Elles ont une faible fréquence, celle-ci se situant entre « jamais » et « rarement ». Elles renvoient aux violences verbales et physiques que rencontrent les MK salariés.

Dans les verbatims, ce sont principalement les violences sexuelles qui sont exposées par les participants :

Le harcèlement sexuel que subissent les kinés

Peut-être aurait-il fallu aborder les questions des violences sexistes et sexuelles (collègues harcelants ou "lourds", avances de certains patients), racisme ou homophobie. En un mot, les discriminations :)

Vous parlez de violences physiques patient/thérapeute mais pas des avances sexuelles, qui ne sont pas à proprement parler des agressions malgré les gestes, mais plutôt des projections

Violences et variables de santé.

Malgré le retentissement émotionnel sous-jacent aux situations de violence, on n'observe aucune association avec le burnout ou avec les autres critères de santé retenus.

Stresseurs perçus et variables socio-démographiques.

Les stresseurs perçus par les MK salariés différent-ils en fonction du genre ? On trouvera les résultats des comparaisons de moyennes entre hommes et femmes au tableau suivant.

	Hommes	Femmes	F(1,1455)
F1. Comportement négatifs patients	27.4	27.1	NS
F2. Charge travail	27.8	29.7	14.7***
F3. Manque reconnaissance institution.	35.8	35.7	NS
F4. Comportement agressif hiérarchie	5.8	5.7	NS
F5. Climat organisationnel équipe.	11.3	11.4	NS
F6. Comportements agressifs collègues.	5.4	5.3	NS
F7. Confrontation douleurs patients.	18.8	19.9	27.4***
F8. Problèmes relationnels avec cadre.	6.0	6.6	8.1**

F9. Violence des patients.	7.0	8.0	16.1***
----------------------------	-----	-----	---------

Tableau III.13. Perception des stressors en fonction du genre.

Quatre des 9 stressors marquent une différence entre hommes et femmes. Et à chaque fois les scores des secondes sont plus élevés que ceux des premiers. Ainsi les femmes perçoivent davantage le second facteur, la charge de travail, un des stressors par ailleurs fortement associés au burnout. On se rappelle cependant que l'amplitude horaire des femmes est moindre que celle des hommes. Ce n'est donc pas de ce côté-là qu'il faille aller chercher une explication. Mais on sait que ce stressor concerne largement les questions du travail empêché, de la difficulté à réaliser un travail de qualité auprès du patient. Or les femmes ont des scores d'empathie significativement plus élevés que les hommes. Est-ce là qu'il faut chercher les différences

Les femmes perçoivent davantage que les hommes la confrontation à la douleur physique et psychologique des patients. On peut à nouveau faire référence ici à l'empathie, plus élevée chez les femmes comparativement aux hommes. Or on a vu que si ce stressor n'est pas lié au burnout, pas plus qu'au débordement ou à la dissonance émotionnelle, il est associé fortement à l'empathie.

Le fait que les femmes soient plus sensibles à la violence des patients renvoie certainement aux faits qu'elles sont plus souvent la cible de comportements inappropriés à connotation sexuelle et qu'elles peuvent se sentir plus fragilisées physiquement face à des actes de violence physique.

Enfin, les femmes perçoivent plus que les hommes les problèmes relationnels avec le cadre.

L'âge

	Age	Ancienneté dans l'institution
F1. Comportement négatifs patients	-.09**	-.08**
F2. Charge travail	-.03	-.00
F3. Manque reconnaissance institution.	-.03	.00
F4. Comportement agressif hiérarchie	.09**	.06*
F5. Climat organisationnel équipe.	.11**	.00
F6. Comportements agressifs	.14**	.09**

collègues.		
F7. Confrontation douleurs patients.	-.03	.00
F8. Problèmes relationnels avec cadre.	.00	.02
F9. Violence des patients.	-.14**	-.08**

Tableau III.14. Corrélations entre les stressseurs d'une part et l'âge et l'ancienneté d'autre part

Comme on le voit au tableau ci-dessus, deux tendances se dégagent :

D'une part la perception des comportements inappropriés des patients est associée négativement à l'âge. En effet, plus les MKs sont âgés et moins ils perçoivent les comportements négatifs des patients qui entraînent difficultés relationnelles et thérapeutiques : $r = -.09$, $p < .001$. Dans la même veine, plus les kinés sont âgés, moins ils perçoivent la violence des patients : $r = -.14$, $p < .001$. Toutefois les corrélations, bien que significatives demeurent relativement faibles. On note encore, logiquement, les mêmes tendances en ce qui concerne l'ancienneté dans l'institution ($r = -.08$ dans les deux cas).

En ayant bien en tête que les corrélations ne permettent pas d'inférer des relations de cause à effet (on ne sait pas les scores qu'auraient eu les kinés les plus âgés aujourd'hui lorsqu'ils étaient plus jeunes), il est possible néanmoins de supposer qu'avec l'ancienneté se développent des stratégies de faire face plus efficaces face aux comportements abusifs des patients. Il est bien entendu également possible que le statut social plus imposant des « aînés » les protège de tels comportements.

D'autre part, les stressseurs organisationnelles liées aux comportements des collègues ou de la hiérarchie sont corrélés positivement à l'âge, les corrélations étant de .09, pour les comportements agressifs de la hiérarchie, .11 pour le climat organisationnel détérioré au sein de l'équipe et .14 pour les comportements agressifs des collègues. (Tous les $p < .001$). Autrement dit les plus âgés perçoivent aujourd'hui davantage ces stressseurs que les plus jeunes. Mais à nouveau, ces corrélations sont modestes. Est-ce que les plus anciens ont des aspirations qui les amènent à moins supporter ces comportements et donc à les percevoir davantage ?

Vivre seul, vivre en couple.

Au tableau suivant on trouvera, pour chacun des stressseurs, les moyennes de celles et ceux qui vivent en couple et celles et ceux qui vivent seul.e.s.

	Seul.e	Couple	F(1,1455)
F1. Comportement négatifs patients	28.8	26.7	10.9**
F2. Charge travail	30.1	28.9	5.4*
F3. Manque reconnaissance institution.	36.1	35.6	NS
F4. Comportement agressif hiérarchie	6.1	5.6	5.3*
F5. Climat organisationnel équipe.	12.3	11.0	14.9***
F6. Comportements agressifs collègues.	5.8	5.2	6.8**
F7. Confrontation douleurs patients.	19.9	19.5	NS
F8. Problèmes relationnels avec cadre.	6.7	6.4	NS
F9. Violence des patients.	8.5	7.5	18.0***

Tableau III.15. Perception des stressseurs en fonction du fait statut matrimonial

Pour chacun des 9 stressseurs, les moyennes sont toujours plus élevées lorsque les MK vivent seules. Et pour 6 d'entre eux, ces différences sont significatives. On voit à nouveau ici l'influence salutogène du couple et/ou *a contrario* les méfaits de la solitude.

Le lieu d'exercice.

Au tableau ci-dessous on trouvera les scores moyens pour chaque stressseur en fonction du lieu d'exercice.

	Hôpital	Clinique	Etablis soins	Autre	
F1. Comportement négatifs patients	27.3	28.5	27.4	26.3	NS
F2. Charge travail	31.0	30.0	27.8	26.9	21.2***
F3. Manque reconnaissance institution.	36.8	35.7	35.3	33.9	5.2**
F4. Comportement agressif hiérarchie	5.8	5.8	5.6	6.0	NS
F5. Climat organisationnel équipe.	12.0	12.0	10.4	11.1	9.2**

F6. Comportements agressifs collègues.	5.8	5.5	4.7	5.3	6.8***
F7. Confrontation douleurs patients.	20.2	18.8	19.3	19.1	9.4***
F8. Problèmes relationnels avec cadre.	6.8	6.7	6.2	6.0	4.1**
F9. Violence des patients.	8.2	7.6	7.3	7.3	5.3**

Tableau III.16 : la perception des stressseurs en fonction du lieu d'exercice.

La lecture des résultats nous apprend que les comportements négatifs des patients et les comportements agressifs de la hiérarchie ne diffèrent pas significativement en fonction du lieu d'exercice. Ils sont donc omniprésents quelle que soit le type de structure ou de patientèle.

Pour deux autres stressseurs, l'hôpital a des scores significativement supérieurs à ceux observés dans toutes les autres structures. Il s'agit :

- du manque de reconnaissance. La taille de la structure et la mode de management sont certainement les principaux facteurs explicatifs.
- de la confrontation à la douleur des patients. Est-ce que les pathologies les plus lourdes et douloureuses se retrouvent dans les structures hospitalières ?

Pour d'autres stressseurs on observe des moyennes statistiquement semblables pour les hôpitaux et les cliniques mais en même temps supérieures à celles des centres de soins et de la catégorie « autres établissements ». Il s'agit :

- de la charge de travail et du travail empêché.
- du climat organisationnel négatif au sein du groupe de travail.
- des problèmes relationnels avec les cadres.

A nouveau, il est probable que les modes de management et les logiques institutionnelles expliquent ces différences.

Enfin, concernant la violence des patients les hôpitaux ont des scores statistiquement identiques aux cliniques, mais supérieures aux établissements de soins. Mais parallèlement les cliniques ne diffèrent pas des établissements de soins. Dans quelle mesure les caractéristiques des patientèles et les modalités de prise en charge expliquent ces résultats ?

L'amplitude horaire

L'amplitude horaire est faiblement associée à quelques stressseurs qui relèvent tous des comportements problématiques, qu'il s'agisse des patients (F1, $r = .06$ et F9, $r = .08$), de la hiérarchie (F4, $r = .08$) ou des collègues (F6, $r = .06$) (Cf. tableaux ci-dessous). Il est possible qu'un plus large amplitude horaire laisse davantage de temps pour que la probabilité de faire face à de tels comportements s'élève. D'ailleurs les violences verbales sont elles aussi associées à l'amplitude horaire (Cf. plus bas). En revanche, on peut supposer que des stressseurs comme la charge de travail ou le climat organisationnel tendu soient perceptibles quelle que soit le temps passé au travail.

Quoi qu'il en soit, les corrélations entre l'amplitude horaire et les comportements problématiques, même significatives, n'en demeurent pas moins marginales. Elles n'atteignent jamais 1% de variance commune.

	Amplitude horaire
F1. Comportement négatifs patients	.06*
F2. Charge travail	.02
F3. Manque reconnaissance institution.	.05
F4. Comportement agressif hiérarchie	.08**
F5. Climat organisationnel équipe.	.02
F6. Comportements agressifs collègues.	.06*
F7. Confrontation douleurs patients.	-.04
F8. Problèmes relationnels avec cadre.	.05
F9. Violence des patients.	.08**

Tableau III.17. Corrélations entre les stressseurs et l'amplitude horaire

Conclusion

Nos analyses révèlent 9 grands stressseurs auxquels font face les MK salariés. Ceux-ci concernent trois grandes sources, communes à bien des soignants salariés, exerçant en institution :

- Les patients (F1 : comportements négatifs et non implication, incivilités ; F9 : violence ; F7 : douleurs).

- L'organisation (F2 : charge de travail / travail empêché ; F3 : manque de reconnaissance ; F4 : comportement agressif de la hiérarchie ; F5 climat organisationnel au sein de l'équipe ;).

- Les collègues (F6 : comportements agressifs des collègues ; F8 : problèmes relationnels avec le cadre).

Sachant que la distinction entre les stressseurs organisationnels et ceux venant des collègues n'est jamais très claire. Par exemple les conflits avec le cadre ne relèvent-ils pas également du mode de management au sein de l'établissement ?

Parmi ces neuf stressseurs, qui expliquent 46% de la variance de l'épuisement émotionnel, 40% de la dépersonnalisation, 38% de la dissonance émotionnelle et 30% du débordement de la vie professionnelle sur la vie familiale, cinq sont fortement associés à la santé psychologique des MK salariés.

Le premier (F1) renvoient aux comportements problématiques des patients (agressivité, non observance, passivité). Les 4 autres concernent l'organisation et /ou les collègues : charge de travail (F2); manque de reconnaissance par l'institution (F3); comportement agressif de la hiérarchie (F4) ; climat organisationnel au sein de l'équipe (F5).

Certains facteurs socio-démographiques sont associés à la perception de ces stressseurs :

Quand il y a des différences de genre, ce sont toujours les femmes qui perçoivent davantage les stressseurs. C'est le cas pour la charge de travail, la confrontation à la douleur des patients et les problèmes relationnels avec le cadre de santé.

De son côté, l'âge n'est associé que marginalement à la perception des stressseurs. On a vu que les MK les plus âgés perçoivent moins les comportements négatifs des patients, mais davantage certains stressseurs organisationnels.

Parmi les facteurs sociaux démographiques, on note encore une influence protectrice du couple.

IV. Les violences au travail chez les masseurs kinésithérapeutes salariés français.

IV. 1. 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.

Les MK salariés 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 un déclin 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.

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 Szczegieliak, Skowronek, Krysta, et Krupka-Matuszczyk, (2012) menée en Pologne, porte sur un échantillon limité à 50

professionnels. 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. 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 salariés français. Vu l'accroissement des violences dont sont victimes les professionnels de santé, il nous a paru important d'inclure à titre exploratoire cette problématique dans notre étude. Nous nous sommes limités à deux types de violences, verbales et physiques. D'après la revue systématique de Guay, Goncalves et Jarvis, (2014), les violences verbales représentent les violences les plus fréquentes au travail.

IV.2. Les violences verbales chez les MK salariés de notre échantillon.

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 ().*

Au total 396 des 1457 kinés salariés soit 27.2% d'entre eux ont été la cible de violences verbales au cours des 6 derniers mois. On se souvient que cette prévalence était de 19% chez les libéraux. Il est probable que cet écart soit lié aux caractéristiques de la patientèle dans certaines institutions où exercent les salariés (handicaps lourds).

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, 277 seulement en ont indiqué le nombre).

Nombre de violences verbales (6 derniers mois)	N	Pourcentage
1	51	18.4%
2	72	26%

3	44	15.9%
4	23	8.3%
5	32	11.6%
6	16	5.8%
≥7	39	14%
Total		

Tableau IV.1. Nombre de violences verbales au cours des 6 derniers mois chez les MK salariés

Au total, 44.4% MK salariés ayant été la cible de violences verbales au cours des 6 derniers mois l'ont été une seule ou deux fois. Un quart (24.2%) l'ont été trois ou quatre fois. Et 17.4% l'ont été 5 ou 6 fois. Finalement, ce sont 14% des salariés qui ont été victimes de violences verbales 7 fois ou plus.

Les cibles et les auteurs des violences verbales.

Les plus jeunes sont davantage victimes de violences verbales.

Ceux qui ont subi des violences verbales au cours des 6 derniers mois sont plus jeunes comparativement à ceux qui n'en ont pas subi : $M = 39.7$ ans vs. 42.0 ans, $F(1, 1453) = 11.2$, $p < .001$.

On peut à nouveau évoquer ici l'influence du statut social des plus âgés ainsi que l'ancienneté professionnelle qui permet de développer des stratégies de faire faces plus adaptées. On a vu plus haut que les plus âgés percevaient moins les comportements problématiques des patients.

Parallèlement ceux qui ont été victimes de violences verbales ont moins d'ancienneté dans la structure : 8.1 ans vs 9.4 ans, $F(1, 1383) = 5.00$, $p < .03$. Mais âge et ancienneté sont fortement corrélés.

Les femmes subissent davantage les violences verbales.

Les femmes sont plus menacées comparativement à leurs collègues masculins. De fait, ces violences verbales sont davantage dirigées vers elles (χ^2 , 1ddl, = 5.79 , $p < .02$). Ainsi, si les hommes sont 22.3% été la cible de violences verbales, ce pourcentage s'élève à 28.8% chez les femmes.

Le plus souvent ces violences émanent d'un homme plutôt que d'une femme : 66.9% vs 33.1%.

Mais le genre de l'agresseur ne dépend pas du genre du MK. Kinés hommes et femmes sont autant agressés par un homme que par une femme.

Lieu d'exercice.

On observe une différence de la prévalence des violences en fonction du lieu d'exercice (χ^2 (3ddl) = 22.2, $p < .0001$). C'est à l'hôpital que les MK sont les plus nombreux à avoir reçu de telles violences (32.2%), suivis par ceux qui exercent en clinique (25.4%) et en centre de rééducation (19.6%). Dans la catégorie « autres » 27.9% des MK ont été la cible de violence, mais c'est une catégorie très hétérogène. Ces violences plus nombreuses dans les structures hospitalières d'abord, dans les cliniques ensuite. Sont-elles liées aux caractéristiques des patients qui sont reçus dans ces établissements ? Aux conditions de prises en charge ? Nos données ne nous permettent pas de fournir d'explication. Quoi qu'il en soit on note que les MKs salariés qui ont été la cible d'agressions verbales au cours des 6 derniers mois, perçoivent davantage chacun des 9 stressors identifiés par cette étude, notamment la charge de travail, ($M=31.8$ vs 28.2 , $F(1, 1455)$), le manque de reconnaissance ($M=38.2$ vs. 34.8 , $F(1,1455) = 30.0$, $p < .001$), le climat organisationnel ($M=12.3$ vs. 11.0 , $F(1, 1455) = 16.5$, $p < .001$). Les situations qui engendrent ces stressors influencent-elles également les comportements des patients ?

Présentéisme et amplitude horaire

Parallèlement, on observe une influence significative du présentéisme. Les MK qui ont subi des violences verbales pratiquent significativement plus le présentéisme comparativement à leurs collègues qui n'en ont pas subies. Les moyennes sont de 15.1 jours de présentéisme pour les premiers et de 11.3 jours pour les seconds. La différence est significative $F(1, 1215) = 7.3$, $p < .01$. A nouveau, il n'est pas commode d'expliquer avec certitude ces différences. Est-ce que les MK qui viennent davantage au travail lorsqu'ils sont malades le font pour répondre aux demandes excessives des patients, demandes qui seraient liées aux agressions verbales ? Est-ce que ces kinés sont moins performants et suscitent des agressions ? A nouveau, difficile de trancher. Mais on remarque encore que ceux qui sont victimes de violences verbales ont des scores plus élevés de workaholisme qu'il s'agisse de la dimension « travail excessif »

($M=12.6$ vs. 11.7 , $F(1, 1455) = 22.4$, $p<.001$) ou de la dimension « travailler compulsivement » ($M= 11.6$ vs. 10.3 , $F(1, 1455) = 31.4$, $p<.001$)

Parallèlement, ceux qui ont subi des violences verbales tendent à avoir une amplitude horaire hebdomadaire plus élevée : $M= 35.6$ heures vs 34.9 . Mais cette différence n'atteint pas la significativité. $F(1, 1233) = 3.49$, $p<.06$.

Les conséquences des violences verbales.

Comme dans bien d'autres études, ces violences sont associées à une moins bonne santé psychologique chez les MK salariés.

Ainsi, ceux qui ont été la cible de violences verbales ont, comparativement à ceux qui en sont exempts, davantage d'épuisement émotionnel ($M=28.2$ vs 23.4 , ($F(1, 1455) = 37.5$, $p<.001$) de cynisme (10.4 vs. 7.5 , ($F(1, 1455) = 55.5$, $p<.001$). Il est bien entendu probable que ces violences ne soient qu'une des expressions des attitudes et comportements abusifs des patients qui les commettent.

Et les MK salariés cible de violences verbales (vs. aucune violence), éprouvent davantage de dissonance émotionnelle : 13.2 vs. 11.1 , $F(1, 1455) = 60.2$, $p<.001$. Ils ressentent donc un plus grand écart entre les émotions qu'ils affichent pour demeurer professionnels et celles qu'ils ressentent.

Ces agressions verbales ne limitent pas leurs effets à la sphère professionnelle. Elles envahissent la sphère privée. En effet ceux qui ont subi des violences verbales ont des scores significativement plus élevés sur la variable « débordement négatif du travail sur la sphère privée » comparativement à leurs collègues qui n'ont pas subi de telles violences : $M= 8.7$ vs. 7.3 , $F(1, 1455) = 22.7$, $p<.001$.

En revanche, on n'observe pas de lien avec l'empathie. Les scores sur cette variable demeurent identiques ($M= 113.5$ vs 114.0) que les MK salariés aient ou non été la cible de violences verbales. Autrement dit, bien que ces comportements soient associés au burnout et débordent sur la vie privée, ils n'altèrent pas la capacité des MK à demeurer empathique envers leurs patients.

On peut encore se demander dans quelle mesure ces agressions affectent différemment la santé psychologique des femmes et des hommes. En fait, il n'y a

aucune interaction statistique entre le genre et le fait d'avoir été ou non la cible de violence verbale quelle que soit la variable de santé considérée (Epuisement émotionnel, dépersonnalisation, etc.).

IV.2. Les violences physiques chez les MK salariés de notre échantillon.

Comme pour les violences verbales, deux questions portaient sur la présence et le nombre des violences physiques dont les participants ont été la cible au cours des 6 derniers mois.

Au total 165 MK salariés, soit 11.3% d'entre eux ont été victimes de violences physiques au cours des 6 derniers mois.

Comme on le voit au tableau IV.2, les deux tiers (63.6%) des MK salariés qui ont été la cible de telles violence l'ont été une ou deux fois. Un quart (25.4%) l'ont été entre 3 et 5 fois. Enfin, 11% l'ont été 6 fois ou plus.

Nombre de violences physiques (6 derniers mois)	N	Pourcentage
1	46	39.0%
2	29	24.6%
3	15	12.7%
4	6	5.1%
5	9	7.6%
6	4	3.4%
≥7	9	7.6%
Total	118	100%

Tableau IV.2. Nombre de violences physiques au cours des 6 derniers mois chez les MK salariés

Une légère prédominance chez les plus jeunes.

Les MK salariés victimes de violences physiques tendent à être plus jeunes ($M=39.8$ ans) que leurs collègues qui ne sont pas agressés physiquement ($M= 41.6$) $F(551 ? 1453) = 3.41, p=.065$.

Bien entendu, on peut ici reprendre les interprétations développées plus haut à propos des violences verbales.

Les femmes plus concernées.

Comme pour les violences verbales, les violences physiques concernent plus souvent des femmes (12.4% d'entre elles) que des hommes (8.2% d'entre eux). $\chi^2 (1ddl) = 4.8, p < .03$. Et comme pour les violences verbales, les auteurs des violences physiques sont majoritairement des hommes : 62%.

Les MKs masculins sont autant agressés physiquement par un homme que par une femme : 50%. En revanche les femmes kinés sont plus souvent agressées par un homme (dans 65.1% des cas) que par une femme (34.9% des cas).

Violences physiques et caractéristiques du travail.

Les violences physiques ne sont liées ni à l'amplitude horaire, ni à l'ancienneté dans la structure.

En revanche elles sont liées au présentéisme. Les kinés victimes de violences physiques viennent davantage au travail alors qu'ils sont souffrants ($M=15.8$ jours) comparativement à leurs collègues non atteints de violence ($M=11.9$ jours). $F(1, 1215) = 3.8, p < .05$. Ici se posent les mêmes questions que pour le présentéisme.

Est-ce que les MK qui viennent davantage au travail lorsqu'ils sont malades le font pour répondre aux demandes excessives des patients, demandes qui seraient liées aux agressions physiques ? Est-ce que ces kinés sont moins performants et suscitent des agressions ? A nouveau, difficile de trancher. Mais on remarque comme pour les violences verbales que ceux qui sont victimes de violences physiques ont des scores de workaholisme supérieurs, qu'il s'agisse de la variable « travailler excessivement » ($M=13.0$ vs $11.8, F(1, 1455) = 18.1, p < .001$) ou de la variable « travailler compulsivement » ($M = 11.5$ vs $10.6, F(1, 1455) = 7.1, p < .01$).

Les lieux d'exercice.

Si l'on excepte la catégorie « autres » qui comprend une grande hétérogénéité d'établissement (Cf. plus haut) et dans laquelle 18.2% des kinés ont été victimes de

violence, c'est à l'hôpital que les MKs sont les plus concernés. En effet 13.8% d'entre eux ont été la cible de violences physiques. Ce pourcentage descend à 1.5% dans les cliniques et à 5.2% dans les établissements spécialisés. Ces différences sont-elles liées à la patientèle des hôpitaux ? Dans ce cas il faudrait en chercher les causes parmi les caractéristiques de ces patients. Sont-elles au contraire liées aux modalités de prise en charge dans les hôpitaux ? Alors, il faudrait comprendre ce qui dans ces modes de prise en charge suscite de tels comportements.

Evidemment, l'origine de ces violences est multifactorielle.

Violences physiques et santé psychologique.

Comme pour les violences verbales, les kinés salariés cibles de violences physiques sont en moins bonne santé sur l'ensemble des critères. Ils souffrent davantage comparativement à leurs collègues qui n'ont pas connus de telles situations au cours des 6 derniers mois :

-D'épuisement émotionnel. $M= 28.4$ vs. 24.2 , $F(1, 1455) = 14.3$, $p<.001$

-De dépersonnalisation $M= 9.4$ vs. 8.1 , $F(1, 1455) = 5.7$, $p<.02$

-De dissonance cognitive. 16.1 vs 11.5 $F(1, 1455) = 15.7$, $p<.001$

Par ailleurs, leur travail déborde davantage sur leur vie privée : $M= 9.2$ vs. 7.5 , $F(1, 1455) = 16.8$, $p<.001$.

En revanche, on ne note pas de lien avec l'empathie.

Discussion.

Les Mks libéraux, à l'instar des autres professionnels de santé, peuvent être confrontés à des actes de violence, verbale et physique, de la part de leurs patients. Celle-ci a de toute évidence des effets délétères sur leur santé. Les femmes et les

jeunes kinés sont plus touchés. Ceci doit d'autant plus nous alerter que la profession se féminise.

Ces violences dépendent en partie de la structure employeur. Elles sont plus nombreuses à l'hôpital.

Bien entendu, nous avons abordé la violence dont sont victimes les MKs uniquement dans ces grandes lignes. Nous avons distingué seulement deux vastes catégories, les violences verbales et physiques sans davantage de distinction. S'agissait-il de violences avec blessure ? Avec arrêt de travail ? Nous ne le savons pas. Mais préciser davantage aurait nécessité d'allonger considérablement un questionnaire déjà long. Bien des participants auraient renoncé à répondre et notre taux de retour se serait effondré. Il faudrait en fait consacrer un questionnaire entier à ces comportements abusifs pour bien les cerner. Ce n'était pas l'objectif de ce travail.

Quoi qu'il en soit, nous avons aujourd'hui un premier aperçu de ces situations d'insécurité et de leurs conséquences sur la santé des kinés. Ce résultat constitue une première avancée dans la mesure où les publications sur le sujet, tant en France qu'au niveau international, demeurent très rares.

Chapitre V

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

V. 1. Introduction : le 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. 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 conjoints 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 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 MK salariés comme chez leurs confrères 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* »).

V.2. Résultats. Le workaholisme des MKs salariés.

Le workaholisme des salariés en 2018 et 2015 : des scores quasi identiques.

Au tableau suivant on trouvera les scores de workaholisme (travail excessif et travail compulsif) relevés en 2025 mais également en 2018, à la fois chez les salariés, mais également chez les libéraux.

On constate d'abord, chez les salariés, que les scores moyens sont quasi identiques à 7 années d'intervalles. En effet, les moyennes de la dimension « travailler excessivement » sont égales à 2.38 en 2025 vs. 2.42 en 2018. Et concernant la dimension « travail compulsif » elles sont égales à 2.14 (2025) et 2.10 (2018). Elles sont à nouveau quasi identiques.

	Kinés Salariés		Kiné Libéraux	
	Moyenne 2025	Moyenne 2018	Moyenne 2025	Moyenne 2018
Travailler excessivement	2.38	2.42	2.82	2.88
Travailler compulsivement	2.14	2.10	2.20	2.18

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

On peut ensuite comparer ces scores des salariés avec ceux des libéraux (Cf. tableau ci-dessus). Concernant la dimension « travailler excessivement » les scores des salariés sont inférieurs à ceux des libéraux, autant dans la première que dans la deuxième étude : 2.42 vs 2.88 en 2018 et 2.38 vs 2.82 en 2025. Ces différences peuvent s'expliquer par le fait que les libéraux, vu leurs contraintes financières peuvent être davantage amenés à travailler excessivement.

En revanche, concernant la dimension « travailler compulsivement », qui dépend davantage des caractéristiques psychologiques stables des individus, on observe des scores quasi identiques chez les salariés et les libéraux (2.10 vs 2.18 en 2018, et 2.14 vs. 2.20 en 2025). Les MKs salariés ont donc les mêmes scores d'addiction au travail si l'on s'en tient à la variable « travail compulsif ».

Comment situer les scores de workaholisme de notre échantillon de MK salariés 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 permettent, de situer, avec prudence, les scores des MK salariés français.

Auteurs et année	Pays, N, et professions	Moyenne Travail Excessif	Moyenne Travail Compulsif
Truchot 2025	France, Masseur Kiné Salariés	2.38	2.14
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
Ramadan <i>et al.</i> , 2025	Egypte, Le Caire. 360 infirmières de soins intensifs.	2.56	2.46
Schaufeli <i>et al.</i> , 2009	Pays-bas, échantillon varié, N=7594	2.53	2.01

Tableau V.2. Le score de workaholisme des MK salariés comparé à celui d'autres groupes professionnels.

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.

Après 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 une recherche publiée récemment dans toutes les unités de soins intensifs de l'hôpital universitaire principal d'Alexandrie, en Égypte auprès de 360 infirmières, Ramadan, Hussein, et Atalla, (2025), observent une moyenne de 2.56 pour le travail excessif et une de 2.46 pour le travail compulsif.

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 salariés français avec ceux de ces échantillons variés et relativement récents. Concernant la variable « travailler excessivement », le score moyen des MK salariés de notre échantillon est le plus bas. Quant à la variable « travailler compulsivement » qui distingue les workaholiques, le score moyen des MKs salariés occupe une position médiane entre les salariés français (1.95 et 1.99) ou encore l'échantillon de référence néerlandais (2.01) d'une part et les vétérinaires (2.45) ou les infirmières de soins intensifs (2.46) d'autre part. Nous pouvons donc conclure à un workaholisme « moyen » chez les MK salariés.

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
Épuisement émotionnel	.47***	.51***	.54***
Dépersonnalisation	.27***	.35***	.34***
Débordement travail /vie privée	.63***	.55***	.65***
Dissonance émotionnelle	.44***	.50***	.52***

Tableau V.3 : Lien entre workaholisme et risques psychosociaux. * $p < .000$**

Le workaholisme, qu'il s'agisse de la dimension « travail excessif » ou « travail compulsif » est fortement associé à l'épuisement émotionnel ($r = .47$ et $.51$, respectivement, $p < .001$). Ce résultat confirme les conséquences délétères de cette attitude face au travail. Le workaholisme conduit à un épuisement des ressources de l'individu. Il est également associé à la dépersonnalisation. Plus les MK salariés travaillent excessivement et compulsivement, plus ils mettent de la distance psychologique dans la relation avec leurs patients, plus ils entretiennent des attitudes négatives envers ces derniers. ($r = .27$ et $.35$, $p < .001$). On observe encore que le

workaholisme est associé à la dissonance émotionnelle. Plus il est élevé, plus les MK ressentent un écart entre les émotions qu'ils expriment et celles qu'ils aimeraient exprimer ou celles qui sont prescrites par les normes professionnelles.

Enfin, on constate que c'est avec le débordement de la vie professionnelle sur la vie privée que le workaholisme est le plus fortement associé. Les corrélations sont $r=.63$ pour la dimension travail excessif et $r = .55$ pour la dimension travail compulsif. Non seulement les workaholiques passent plus de temps au travail, ce qui laisse moins de disponibilités pour la vie privée, mais ils pensent à leur travail, sont préoccupés par leur activité professionnelle quand ils sont avec leurs proches. En plus d'être peu disponibles physiquement, ils ne le sont pas plus cognitivement ou émotionnellement. Le workaholisme déborde donc négativement sur la vie privée.

Quelles variables sociodémographiques sont associées au workaholisme ?

Le genre.

On n'observe pas de différence de genre. Hommes et femmes ont des scores identiques, quelle que soit la dimension considérée. Un résultat qui réplique celui observé chez les libéraux.

L'âge.

On observe une légère corrélation négative entre l'âge et le travail excessif $r -.06$, $p<.02$. Ce résultat contredit l'opinion (qui se renouvelle à chaque génération), que les plus jeunes « rechignent à la besogne ». Mais il n'y a lien avec le travail compulsif.

Workaholisme et caractéristiques du travail.

Au tableau suivant on trouvera les corrélations entre les scores de workaholisme et deux caractéristiques du travail avec lesquelles ils sont associés, l'amplitude horaire et le présentisme.

	Travail excessif	Travail Compulsif	Workaholisme total

Amplitude horaire	.15***	.09**	.13***
Présentéisme	.19***	.19***	.20***

Tableau V.4.: Workaholisme amplitude horaire et présentéisme.

Les corrélations, bien que significatives, ne sont pas très élevées. Mais elles sont toutes positives. Le fait de travailler excessivement est associé à l'amplitude horaire et au présentéisme, ce qui est logique. Mais on note également l'influence de la caractéristique centrale du workaholisme, le fait de travailler compulsivement : il est associé à l'amplitude horaire et au présentéisme, dont on connaît les effets nocifs pour le salariés et pour l'entreprise.

Le lieu d'exercice.

Il n'y a pas de différence en fonction du lieu d'exercice.

Workaholisme et stressseurs.

Le workaholisme conduit-il à percevoir davantage certains stressseurs ? C'est ce que tendent à montrer les analyses de corrélations présentées au tableau ci-dessous.

	Excessif	Compulsif	Total
F1 Comportement négatifs patients.	.25**	.29**	.30**
F2 Charge travail, travail empêché.	.45**	.35**	.44**
F3 Manque de reconnaissance institution.	.34**	.32**	.37**
F4 Comportements agressifs hiérarchie.	.25**	.21**	.26**
F5 Climat organisationnel dégradé.	.29**	.32**	.34**
F6 Comportements agressifs collègues.	.25**	.26**	.28**
F7 Confrontation douleur patient.	.24**	.22**	.25**
F8 Cadre incompetent.	.20**	.21**	.23**
F9 Violence Patient.	.22**	.23**	.25**

Tableau V.5. Corrélations entre stressseurs et workaholisme.

Chez les MK salariés, contrairement aux libéraux, les stressors sont tous associés au workaholisme avec une corrélation au moins égale à .20. Tout se passe comme si les workaholiques étaient plus sensibles aux stimuli négatifs qui peuplent leur environnement de travail. Ceci est cohérent avec le fait que leur épuisement professionnel soit plus élevé.

Toutefois, parmi les 9 stressors perçus par les MKs salariés, c'est la charge de travail qui est la plus associée au workaholisme, qu'il s'agisse de la dimension « travail excessif » ($r=.45$) ou de la dimension « travail compulsif » ($r=.35$). ($p<.001$). Ces associations s'accordent bien avec le caractère compulsif de l'attachement au travail des workaholiques.

On note également une forte association avec le manque de reconnaissance ($r=.34$ et $.32$, $p<.001$). On peut imaginer que la dimension « perfectionniste » des workaholiques les conduise à espérer davantage de reconnaissance. En effet, avec le perfectionnisme, les individus se fixent des standards élevés et imaginent que les autres ont également des attentes élevées à leur égard. Il est possible que pour eux la reconnaissance soit une récompense plus attendue comparativement à leurs collègues non workaholiques.

Conclusion.

Si les MKs salariés ne figurent pas parmi les groupes professionnels les plus menacés par le workaholisme, on note malgré tout chez eux la présence de cette addiction qui est plus élevée que celle mesurée auprès d'autres salariés français. Nos résultats peuvent donc constituer une alerte, face à une addiction comportementale qui touche aujourd'hui plus de 10% des individus au travail, nuit à l'individu et à son entourage et n'apporte ni efficacité ni rentabilité professionnelles.

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 expriment davantage leurs symptômes et leurs inquiétudes, ce qui peut 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 ces 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 entraînent 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*)

L'empathie chez les MKs salariés français.

La moyenne de l'empathie totale chez les MK salariés est égale à 113.9, avec une étendue allant de 62 à 140 et un écart type de 12.1. Pour rappel, chez les MK libéraux, la moyenne est de 112.02, avec une étendue allant de 43 à 140 et un écart-type de 12.8. Mais les différences de moyennes ne sont pas significatives. Il n'y a donc pas de différence entre salariés et libéraux.

Il n'y a pas de bornes permettant de qualifier le niveau d'empathie. 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.

Le score d'empathie de notre échantillon de MK salariés 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 cet 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 salariés 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. ($r = -.03$). 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, ($r = -.17$, $p < .001$), ce qui est logique dans la mesure où les attitudes et comportements relatifs à ces deux variables sont antagonistes. On observe les mêmes résultats chez les libéraux ($r = .00$ et $-.19$, respectivement).

	Empathie (JSE)
Epuisement émotionnel	-.03
Dépersonnalisation	-.17***

Débordement travail / vie privée	-.03
Travailler excessivement	.08**
Travailler compulsivement	.09**
Dissonance émotionnelle	-.03

Tableau VI.1 : corrélations entre l'empathie et les risques psychosociaux.

Et comme chez les libéraux, on n'observe pas de corrélation entre l'empathie et le débordement du travail sur la vie privée ($r=-.03$). Pas plus que chez ces derniers, l'empathie n'entraîne des attitudes et des comportements qui débordent sur la sphère professionnelle. On n'observe pas davantage de lien avec la dissonance émotionnelle ($r=-.03$).

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 quoi que significatives ($r=.08$ et $.09$, respectivement, $p<.01$). Ce résultat est néanmoins contre-intuitif dans la mesure où le workaholisme est associé à moins d'engagement moral (Knoll, Fida, Marzocchi, *et al.*, 2025) et à davantage de dépersonnalisation (Moyer, Aziz, & Wuensch, 2017), dont il est un antécédent (Campus, 2014).

L'influence du genre

Chez les MKs salariés de notre échantillon, les femmes ont des scores d'empathie supérieurs à ceux des hommes ($M=115.5$ vs 111.9 , $F(1, 13.40) = 13.4$, $p<.001$). On a déjà observé ce résultat chez les MK libéraux comme dans bien d'autres recherches portant sur des professionnels de santé.

Différentes explications ont été avancées pour expliquer cette différence. (Pour une revue d'ensemble, on peut se reporter à Hogat, 2016, pages 169–187). Pour certains auteurs elle serait 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 significative, mais peu élevée, entre l'âge et l'empathie : $r = -.07$, $p < .005$. Autrement dit, l'empathie tend à baisser au fur et à mesure que l'on passe des plus jeunes au plus vieux MK salariés. Nous observons également ce type de résultat chez les libéraux. Si les recherches disponibles se sont intéressées au lien entre le genre et l'empathie, la question de l'influence de l'âge sur l'empathie a été négligée par les chercheurs. (Si ce n'est évidemment les travaux sur l'influence de l'âge dans le développement de l'empathie chez l'enfant).

Par ailleurs ce résultat est contradictoire avec le fait que la dépersonnalisation est elle aussi corrélée négativement avec l'âge. Mais redisons-le, la corrélation âge / empathie est marginale.

Empathie, amplitude horaire, présentéisme.

Pas plus que chez les libéraux nous n'obtenons de lien entre l'amplitude horaire ou le présentéisme et l'empathie ($r = -.00$ et $r = .03$, respectivement).

On n'observe pas davantage de différence en fonction du lieu d'exercice. $M = 113.7$, (hôpital) 113, 2 (clinique) et 113,6 (centre de soin).

L'empathie des MKs salariés n'est donc pas sensible à ces variables organisationnelles. D'ailleurs comme on le voit au tableau ci-dessous, elle n'est pas davantage associée aux stressors organisationnels (Charge de travail / travail empêché ; manque de reconnaissance par l'institution ; climat organisationnel dégradé etc.).

Empathie et stressors.

En fait, ce sont principalement les conduites des patients qui sont liées à l'empathie.

	Empathie
Age	.05*
Genre	-.09**
ΔR^2	.01
F1 Comportement négatifs patients.	-.23***
F2 Charge travail, travail empêché.	.05
F3 Manque de reconnaissance institution.	-.02
F4 Comportements agressifs hiérarchie.	.08*
F5 Climat organisationnel dégradé.	-.06
F6 Comportements agressifs collègues.	.03
F7 Confrontation douleur patient.	.25***
F8 Cadre incompétent.	-.05
F9 Violence Patient.	.00
ΔR^2	.09

Tableau VI.2 : Stresseurs perçus et empathie.

Comme chez les libéraux, les comportements négatifs des patients entravent l'empathie des MK salariés. ($r = -.23$, $p < .0001$). Et on a vu que ces comportements sont fortement associés à la dépersonnalisation ($\beta = .45$, $p < .0001$), un comportement contraire à l'empathie.

On observe également que la confrontation à la douleur des patients loin de provoquer du rejet est associée à une élévation de l'empathie : $\beta = .25$, $p < .0001$.

Il faut encore signaler que l'ensemble de ces stresseurs n'expliquent qu'une part très relative de l'empathie (**$\Delta R^2 = 9\%$**).

Conclusion

On sait que l'engagement empathique dans les soins aux patients conduit à de meilleurs résultats. Ainsi, Hojat, Louis, Markham et al., (2011), ont observé que l'empathie du médecin de famille (mesurée par l'échelle de Jefferson), est associée à des indicateurs de contrôle glycémique chez leurs patients atteints de diabète. De même, Del Canale, Louis, Maio *et al.*, (2012) observe qu'une plus grande empathie du

médecin est associée à une moindre incidence des complications métaboliques aiguës.

Si certaines études ont montré un lien entre burnout et empathie, cette dernière pouvant engendrer fatigue compassionnelle et épuisement professionnel, dans la présente étude, l'empathie et l'épuisement émotionnel n'ont aucun lien. En revanche, on trouve une relation négative et significative entre l'empathie et la dépersonnalisation. Mais l'empathie n'est pas liée aux autres risques psychosociaux (débordement du travail sur la vie privée, dissonance émotionnelle)

Ici comme ailleurs, les femmes ont des scores d'empathie supérieurs à ceux des hommes.

Nous avons également observé que l'empathie des MKs salariés est indépendante des variables organisationnelles ou liées au contenu du travail (amplitude horaire, lieu d'exercice, etc.)

En fait, ce sont principalement les comportements et les souffrances des patients qui sont liées à l'empathie.

Conclusion générale.

Conclusion générale

Cette étude nationale, menée en 2025 auprès de 1 457 masseurs-kinésithérapeutes salariés français, dresse un tableau préoccupant de leur santé psychologique, sept ans après la première enquête de 2018. Elle met en lumière une dégradation significative et multifactorielle, dont les causes se situent à trois niveaux : l'organisation du travail, les relations avec les patients et les dynamiques d'équipe.

Parmi les constats les plus saillants on note la hausse significative du burnout entre 2018 et 2025. L'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation, fortement corrélés aux autres indicateurs de santé, en particulier la dissonance émotionnelle, le workaholisme et le débordement du travail sur la vie privée, ont progressé dans des proportions qui ne peuvent être attribuées au seul hasard ou aux fluctuations d'échantillonnage. Cette évolution s'inscrit dans un contexte post-pandémique marqué par une intensification des pressions économiques, une montée des incivilités et une dévalorisation persistante de la profession dans les structures employeuses.

Parmi les neuf stresseurs identifiés, cinq se révèlent particulièrement délétères pour la santé psychologique des MK salariés : les comportements négatifs des patients, la surcharge de travail associée au travail empêché, le manque de reconnaissance institutionnelle, les comportements agressifs de la hiérarchie et le climat organisationnel dégradé au sein de l'équipe. Ces stresseurs, loin d'agir de manière isolée, se renforcent mutuellement et contribuent à une spirale descendante au terme de laquelle chaque ressource perdue fragilise les ressources restantes.

Les violences au travail, verbales (27,2 %) et physiques (11,3 %), représentent une réalité préoccupante, particulièrement dans les structures hospitalières, et touchent de manière disproportionnée les femmes et les professionnels les plus jeunes. Leur impact sur le burnout, la dissonance émotionnelle et le débordement sur la vie privée confirme la nécessité d'une attention spécifique à ce phénomène, encore insuffisamment documenté dans la littérature consacrée aux MK.

Le workaholisme, stable depuis 2018 et d'intensité modérée, demeure une réalité chez les MK salariés. Son association avec l'épuisement émotionnel et le débordement professionnel invite à ne pas le considérer comme un simple trait de personnalité bénin, mais comme un facteur de risque à part entière, à prendre en compte dans les politiques de prévention.

L'empathie, en revanche, apparaît comme une ressource relativement stable, indépendante des variables organisationnelles, et nourrie par la confrontation à la souffrance des patients. Elle constitue en cela un levier précieux à préserver, notamment en protégeant les MK salariés des comportements abusifs qui, seuls, semblent capables de l'éroder.

En définitive, les résultats de cette étude appellent des actions concrètes et coordonnées de la part des institutions employeuses, des pouvoirs publics et de l'Ordre. Ces actions devraient prioritairement porter sur la revalorisation salariale et la reconnaissance des compétences, la réduction des sous-effectifs chroniques, la lutte contre les violences au travail, et la mise en place de dispositifs de soutien psychologique accessibles. Les MK salariés hospitaliers, (parmi lesquels les femmes et les jeunes professionnels) constituent un groupe professionnel menacé qui mérite une attention renforcée.

Références.

Abidalkarem, G. A., & Hasan, L. A. (2024). Physician empathy and its relation to age, gender, and years of experience. *Iraqi Journal of Community Medicine*, 37(2), 117-121.

Campus, F. (2014). Is workaholism antecedent of Burn out. *European Journal of Academic Essays*, 1(8), 1-9.

Cañadas-De la Fuente, G. A., Ortega, E., Ramirez-Baena, L., De la Fuente-Solana, E. I., Vargas, C., & Gómez-Urquiza, J. L. (2018). Gender, marital status, and children as risk factors for burnout in nurses: A meta-analytic study. *International journal of environmental research and public health*, 15(10), 2102.

Carr, P. L., Gareis, K. C., & Barnett, R. C. (2003). Characteristics and outcomes for women physicians who work reduced hours. *Journal of Women's Health*, 12, 399-405.

Del Canale, S., Louis, D.Z., Maio, V., et al. (2012). Physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Acad Med*. 87, 1243-1249.

Hojat, M., Louis, D.Z., Markham, F.W., Wender, R., Rabinowitz, C., & Gonnella, J.S. (2011). Physician empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Acad Med*, 86:359-364.

Knoll, M., Fida, R., Marzocchi, I., Searle, R. H., Connelly, C. E., & Ronchetti, M. (2025). Quiet workaholics? The link between workaholism and employee silence and moral voice as explained by the social-cognitive theory of morality. *Journal of Organizational Behavior*, 46(5), 745-764.

Moyer, F., Aziz, S., & Wuensch, K. (2017). From workaholism to burnout: psychological capital as a mediator. *International Journal of Workplace Health Management*, 10(3), 213-2

Ramadan, L. Z. T., Hussein, A. H. M., & Atalla, A. D. G. (2025). Assessment of workaholism among critical care nurses. *Alexandria Scientific Nursing Journal*, 27(4), 31-41.

Truchot, D. (2004). Epuisement professionnel et burnout. Paris : Dunod.

Tucker, P., Bejerot, E., Kecklund, G., Aronsson, G., & Akerstedt, T. (2015) The impact of work time control on physicians' sleep and well-being. *Applied Ergonomics*, 47, 109-116

Annexes :

	M					
S21. Je suis exposé à la souffrance des patients (douleurs, déclin, chronicité)	5.36 (1.07)	1.07				

S57.J'ai des responsabilités avec des patients fragiles	5.28	1.13				
S35. Je prends en charge des patients avec des problèmes psychologiques (angoisse, dépression,...) (.56).	5.20	1.15				
-S6. Quand un collègue est absent, malade ou en congés, ma charge de travail se multiplie (.49).	5.09	1.37				
-S22. Je sens le poids des restrictions budgétaires dans mon exercice quotidien (.47).	5.04	1.30				
-S26. Je me sens sous-payé(e) (.66).	4.83	1.51				
-S1. Le manque de kinés surcharge mon travail (.79).	4.62	1.57				
-S49. Pas accès à la formation	4.36	1.75				
-S7. Je ne reçois pas de reconnaissance de la part de ma hiérarchie	4.33	1.68				
-S15. Je n'ai pas assez de temps pour du travail non-clinique (papiers, organisation de travail, échanges) (.55).	4.30	1.66				
-S31. Je ne peux pas toujours proposer des séances aux patients comme je le voudrais. (.63).	4.23	1.60				
-S65 patient pas au centre	4.05	1.67				
-S59 Jalouse	4.03	1.77				
-S69 difficulté de commander petits matériels.	4.01	1.83				
-S4. Ma charge de travail ne me permet pas de faire du travail de qualité (.87).	3.98	1.66				
-S63. La prise d'initiative pour faire évoluer les pratiques n'est pas valorisée dans mon travail	3.91	1.79				
-S18. Je vis parfois des situations professionnelles qui font écho à des situations personnelles compliquées (deuils, maladies de proches,...) (.44).	3.80	1.65				
-S60 contrainte remplacement	3.73	2.02				
-S11. Je me sens injustement traité(e) par l'institution	3.67	1.75				
-S13. Je suis confronté(e) à des patients pas motivés, non-adhérents ou dans la plainte (.70).	3.66	1.57				
-S56. La kinésithérapie n'est pas assez valorisée dans la structure où je travaille (.62).	3.64	1.86				
-S52. Il arrive qu'il y ait des conflits avec la hiérarchie (.37).	3.59	1.71				
-S55. Absence soutien de la part de la hiérarchie.	3.59	1.82				
-S47. Je dois trier les patients parce que j'ai trop de prescriptions par rapport à ce que je peux faire en une journée	3.57	2.01				
-S54 Fiche poste collègues pas claires	3.52	1.73				
-S25. J'ai le sentiment qu'on ne connaît pas ou qu'on ne voit pas le travail que je réalise. (.50).	3.49	1.69				
-S17. Problème poser vacances	3.45	1.74				
-S62. Gardes	3.44	2.09				

S-46. J'ai l'impression que mon/ma cadre ne fait pas ce qu'il/elle devrait pour nous encadrer (.96).	3.44	1.92				
-S24. -S 24. Mon travail est morcelé, je ne peux pas mener à terme ce que je souhaite (	3.44	1.59				
-S36. Maltraitance institutionnelle	3.41	1.82				
-S19. Pas possibilité arrêt travail	3.39	1.78				
-S67. Condition de travail.	3.37	1.69				
-S43. Pas choix stagiaire.	3.36	2.05				
-S58. J'ai le sentiment que certains prescripteurs me considèrent comme un(e) subalterne	3.28	1.82				
-S51 Difficulté se protéger psychologiquement	3.26	1.63				
-S44. Ordonnance pas claires	3.18	1.82				
-S29. Les patients/familles en attendent trop de moi (.66	3.14	1.56				
-S2 ; Fiche	3.11	1.72				
-S10 Personne ne voit mes compétences	3.11	1.66				
-S8 ; pas vision	3.10	1.72				
S45. Quand il y a un problème je ne peux pas le faire remonter au/ à la cadre, je sais qu'il ne sera pas traité (.83).	3.04	1.81				
S3. Climat travail.	3.02	1.64				
-S48. Certains patients manquent de civisme (retard ou absence aux séances prévues)	2.91	1.70				
-S32 Patients Impolis	2.83	1.61				
-S61. Face aux attitudes et comportements de certains patients, je deviens de plus en plus distant.e. avec eux (.62).	2.79	1.65				
-S66. J'ai l'impression de donner toute mon énergie et mes efforts pour très peu de reconnaissance de la part des patients	2.77	1.52				
S41 Pression hiérarchique	2.75	1.78				
-S28. Certains patients manquent totalement de gratitude pour mon travail	2.72	1.54				
-S40. Je ne sens pas d'unité dans les pratiques avec les autres kinés	2.67	1.65				
-S20. Certains patients contestent le traitement proposé, la stratégie thérapeutique	2.65	1.50				
-S5. J'ai l'impression que certains patients ne sont jamais satisfaits de mon travail (.69).	2.63	1.50				
S27. Pas choix service	2.47	1.78				
S12. SMS	2.45	1.74				
-S68. -S68. Je ne me sens pas bien considéré(e) dans le service	2.40	1.57				
S42. Certains patients deviennent agressifs compte tenu des délais de prise en charge	2.32	1.50				
-S30. Récemment, j'ai été victime de propos ou de comportements déplacés de la part de ma hiérarchie (.75).	2.20	1.70				
-S39. J'ai l'impression de ne pas être suffisamment soutenu(e) par mes collègues quand j'en ai besoin (.51).	2.19	1.48				
S-16.. Il m'arrive parfois d'être menacé verbalement par certains patients (.66).	2.11	1.44				

S-33. Certains patients se permettent de me faire des avances ou d'avoir des comportements inappropriés	2.08	1.40				
S34. Je ne me sens pas bien intégré(e) dans l'équipe/ dans le service	2.07	1.50				
-S9. Quand je suis arrivé(e), il m'a été difficile de m'intégrer à l'équipe	2.04	1.45				
-23. Récemment, j'ai été agressé verbalement par un collègue direct	1.93	1.49				
-S14. Récemment, j'ai été agressé verbalement par ma hiérarchie	1.90	1.52				
-S37. Récemment, j'ai été victime de propos ou de comportements déplacés de la part de collègues directs.	1.89	1.49				
S-70. J'ai l'impression de ne plus pouvoir me sentir en sécurité avec certains patients	1.85	1.29				
S-53. Il m'arrive d'être menacé physiquement par certains patients	1.71	1.21				
-S64. J'ai subi récemment des propos insultants venant de ma hiérarchie	1.68	1.34				
-S38. Certains patients malintentionnés ont tendance à me menacer de porter plainte au moindre mécontentement	1.65	1.15				
-50. J'ai subi récemment des propos insultant de la part de collègues directs	1.53	1.23				