

Stresseurs professionnels et santé psychologique chez les kinésithérapeutes **salariés** français.

Une étude nationale.

Pr. Didier Truchot
Université Marie et Louis Pasteur

Synthèse

1. Objectifs de la recherche et échantillon.

Une première étude nationale portant sur la santé des kinésithérapeutes libéraux et salariés a été réalisée en 2018-2019 (Truchot & Mudry, 2019). Mais depuis 2018, le contexte professionnel des soignants a changé. Par exemple, la pandémie de COVID, le confinement et 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 Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes a souhaité actualiser les connaissances, c'est à dire : 1) Dresser un état des lieux de la santé psychologique des kinésithérapeutes libéraux et salariés en 2025. 2) Identifier les stressors auxquels les kinésithérapeutes font face actuellement et étudier le poids de ces stressors sur leur santé psychologique. 3) Identifier les différents types de comportements inadéquats auxquels les kinésithérapeutes font face de la part de leurs patients.

Une nouvelle enquête a donc été réalisée en septembre 2025. L'ensemble des kinésithérapeutes inscrits à l'Ordre ont été sollicités par mail pour répondre à un questionnaire actualisé. Dans les lignes qui suivent, on trouvera une **synthèse** des résultats obtenus pour les kinésithérapeutes **salariés**. Bien entendu, les lecteurs qui souhaitent en savoir plus sont invités à se reporter aux **rapports complets**, qui contiennent des résultats et des interprétations plus détaillés, de nombreuses paroles de kinésithérapeutes laissées en fin de questionnaire et qui illustrent et complètent les données quantitatives.

Échantillon des salariés

Notre échantillon, composé de 1457 participants, compte 367 hommes et 1090 femmes, soit 25.2% pour les premiers et 74.8% pour les secondes. La majorité des participants (46.2%) travaillent dans un hôpital et 31.5% dans un centre de rééducation. On compte 4.6% de kinésithérapeutes 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, Établissement médico-social, IME, etc.). Quelques-uns sont salariés dans plusieurs structures.

2. Le burnout des kinésithérapeutes salariés français en 2025 : résultats.

Dans cette étude nous avons retenu les deux dimensions qui constituent le noyau dur du burnout dans la définition Maslach et Jackson (1986) :

- 1) L'épuisement émotionnel, (EE) c'est-à-dire le sentiment d'être vidé nerveusement, de ne plus être motivé par son travail.
- 2) La dépersonnalisation, (DP) c'est-à-dire des attitudes et comportements détachés, négatifs, insensibles vis-à-vis de ses patients. C'est parce qu'il est vidé nerveusement, qu'il n'a plus les ressources pour répondre aux exigences professionnelles, que le professionnel développe ces attitudes et comportements cyniques. Il s'agit d'une stratégie de faire face mal adaptée.

Le burnout des kinésithérapeutes salariés français en 2025 : résultats.

Dans notre échantillon de kinésithérapeutes, la moyenne d'EE est 24.7 et celle de la DP est 8.3. Ces moyennes étaient en 2018 de 22.5 pour l'EE (un score alors supérieur à celui des libéraux = 19.9) et de 7.9 pour la DP (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 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'amplifiant.

Bien entendu, entre 2018 et 2025, nous ne comparons pas exactement les scores de burnout des mêmes personnes. Les participants de 2018 n'ont pas forcément renseigné le questionnaire actuel, et ceux qui l'ont renseigné en 2025 n'ont pas nécessairement participé à la première étude. D'ailleurs, certains n'étaient pas encore en poste. 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 kinésithérapeutes salariés, plus précisément le burnout, a évolué négativement au cours des dernières années.

Par ailleurs, le burnout, en particulier sa dimension « épuisement émotionnel » est associé aux autres risques psychosociaux, en particulier le débordement du travail sur la vie privée et la dissonance émotionnelle, ce qui traduit la spirale ascendante dans laquelle plongent ceux qui en sont atteints.

Le burnout et caractéristiques socio-démographiques.

Le genre.

Comme chez les libéraux, les femmes ont un score moyen d'EE significativement supérieur à celui des hommes. Et comme chez les libéraux, les hommes ont des scores de DP significativement supérieurs à ceux des femmes. Nous pouvons DONC renvoyer aux mêmes interprétations :

- En plus de l'activité professionnelle, les femmes investissent beaucoup plus les tâches domestiques, ce qui diminue leurs ressources, l'énergie disponible pour répondre aux exigences professionnelles. Le travail devient donc plus pénible et source d'épuisement.
- Au travail les femmes font face à des pressions psychosociales diverses, notamment les stéréotypes sexistes qui leur dressent des réputations d'infériorité.
- On peut ajouter que d'après certains témoignages, les femmes seraient plus usées physiquement que les hommes. Or, on sait qu'il y a un lien entre santé physique et burnout.

Concernant la DP en revanche, lorsque l'on observe une différence, les hommes ont des scores plus élevés. Ceci s'explique en partie par les prescriptions liées aux rôles sociaux. Les hommes ont des attitudes plus instrumentales. La suppression émotionnelle est associée à la masculinité. En revanche, les femmes ont des attitudes plus émotionnelles.

L'âge.

L'âge est confondu avec plusieurs variables (l'ancienneté, le développement des compétences, des stratégies de faire face, etc.), ce qui commande la prudence quant aux interprétations. Les analyses nous apprennent que le burnout (EE et DP) diminue au fur et à mesure que l'on passe des plus jeunes aux plus anciens kinésithérapeutes. Mais attention, cela ne signifie pas que chez les kinésithérapeutes, le burnout diminue avec l'âge. On ne sait pas quel était le score des plus âgés il y a 10 ou 20 ans. Ce que signifie ce résultat c'est que, en 2025, les kinésithérapeutes les plus âgés souffrent moins de burnout que leurs plus jeunes collègues.

Le statut matrimonial.

Les salariés vivant seuls ont un degré d'EE plus élevé que ceux qui vivent en couple. Ceci atteste la fonction protectrice du couple, grâce au soutien social du partenaire.

3. Les stressseurs perçus par les kinésithérapeutes salariés.

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

Facteur 1 : attitudes et comportements négatifs des patients.

Facteur 2 : charge de travail et qualité du travail empêchée.

Facteur 3 : absence de reconnaissance par l'institution.

Facteur 4 : comportements agressifs de la hiérarchie.

Facteur 5 : climat organisationnel négatif dans l'équipe.

Facteur 6 : comportements agressifs des collègues.

Facteur 7 : confrontation à la souffrance des patients.

Facteur 8 : problème avec le cadre de santé.

Facteur 9 : violence des patients.

Il y a donc 3 stressseurs relatifs aux patients (F1, F9, et F7), 4 qui concernent l'organisation (F2, F3, F4, F8) et 2 qui renvoient aux relations avec les collègues (F5 et F6). Parmi ces stressseurs, les 5 premiers (F1 à F5) sont particulièrement associés au burnout et aux risques psychosociaux. Dans cette synthèse, je m'attarderai prioritairement sur ceux-là.

3.1 Les stressseurs relatifs aux patients.

Attitudes et comportements négatifs des patients :

Ce facteur (F1) englobe différents processus sous-jacents aux difficultés relationnelles et thérapeutiques auxquelles font face les kinésithérapeutes salariés. On trouve la difficulté récurrente pour l'ensemble des soignants, de la non-observance, de la passivité et du manque de motivation des patients, autrement dit des attitudes et des comportements qui vont à l'encontre des

conceptions du soin qui sous-tendent aujourd'hui les pratiques des kinésithérapeutes. Sans cette coopération, le kinésithérapeute 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. Parallèlement, le sentiment d'investir dans la relation de soin sans que le patient manifeste de la reconnaissance, contribue également à ce premier facteur.

Tout ceci renvoie aux sentiments de déséquilibre, de frustration, et au processus bien connu dans les relations interpersonnelles, notamment dans les relations d'aide, celui de l'équité perçue. Dans ces relations, 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. Mais si l'équilibre est rompu, si le patient se montre peu respectueux, agressif, alors le professionnel éprouvera de la détresse psychologique et sera tenté de se désengager de son travail. Parallèlement, ce facteur renvoie également aux situations de désaccord, de confrontation entre le kiné et le patient, notamment quand ce dernier conteste le traitement proposé, la stratégie thérapeutique. On trouve encore ici les comportements abusifs des patients, en particulier les incivilités.

Par-delà leur hétérogénéité, ces comportements et ces situations ont un point commun : la rupture du 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 source de bien-être et de satisfaction professionnelle pour les kinésithérapeutes. Par ailleurs, il est peu fait référence à ces comportements négatifs dans les verbatims laissés en fin de questionnaire et la fréquence perçue des items de ce facteur est basse.

Cependant, ce stressor est fortement associé à la santé psychologique des kinésithérapeutes. C'est le facteur le plus associé à l'EE et à la DP. Il est également associé à la dissonance émotionnelle. On comprend que dans ces situations, les kinésithérapeutes 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 refrènent 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. 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.

Violences des patients.

Le facteur précédent est corrélé à un autre, le neuvième, qui renvoie **aux violences verbales et physiques des patients**. Mais les items composant ce facteur ont une faible fréquence, celle-ci se situant entre « jamais » et « rarement ». Et 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.

Souffrance des patients.

Un troisième facteur, le septième, est associé aux patients, mais il a une tout autre connotation. Il s'agit de la **confrontation à la souffrance**. Ce stressor renvoie à la fois aux aspects physiques (déclin, douleurs) et psychologiques (angoisse, dépression) de la souffrance des patients et à leur retentissement émotionnel pour le kinésithérapeute. Il a une fréquence perçue relativement élevée. Et au fil des verbatims, les participants évoquent combien cette souffrance les conduit à se « construire une barrière qui permette de ne pas être trop impacté » et combien elle peut éroder l'énergie et par rebond déborder sur la vie privée. Mais paradoxalement, au niveau des analyses statistiques, ce stressor n'est associé ni au burnout, (EE et DP), ni à la dissonance émotionnelle, ni au débordement sur la vie privée. En revanche, il est associé fortement à l'empathie.

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. 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 professionnelle des kinésithérapeutes.

3.2 Les stressors liés à l'organisation et à la hiérarchie.

Surcharge et qualité du travail empêchée.

Les kinésithérapeutes salariés dénoncent non seulement une charge de travail trop élevée, mais aussi ses effets sur la qualité du travail. Ils incriminent une chaîne de causalité partant des restrictions budgétaires (avec une baisse des moyens de travail et un manque de personnel) 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, à un stress accru et à une baisse de la qualité des soins. 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. Et bien des kinésithérapeutes estiment que les institutions n'ont cure de l'utilité et des bienfaits de leurs savoirs et de leurs pratiques, qui en fait passent au second plan. Ceci explique, pour certains, le peu de motivation à venir travailler en institution et le turn-over qui s'y installe.

La charge de travail, qui a une fréquence perçue relativement élevée, est le second stressor le plus associé à l'EE. Elle est également associée, mais dans une moindre mesure, à la DP. Faute d'avoir les moyens de soigner pleinement, obliger de limiter les soins qu'ils apportent amène à s'éloigner psychologiquement du patient. On trouve encore, ce qui paraît cohérent, une association avec la dissonance émotionnelle. 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. On imagine que si ce débordement est dû en partie à l'amplitude horaire

qui mord 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.

Absence de reconnaissance par l'institution.

Associé à la charge de travail, on trouve un autre facteur organisationnel (F3) : l'**absence de reconnaissance par l'institution**. Les participants ont le sentiment que leur hiérarchie ne connaît pas leurs compétences et les bénéfices qu'ils apportent aux patients. Les carences du management sont également pointées, soit qu'il pêche par son absence, soit qu'il prenne des allures toxiques ou contribue à la surcharge de travail. S'ajoute la question du salaire, fréquemment évoquée, avec le déséquilibre perçu entre le niveau d'étude et la rémunération. Tout comme les kinésithérapeutes libéraux, les kinésithérapeutes salariés éprouvent un sentiment d'inéquité, d'injustice, dans leurs relations avec les patients (cf. plus haut), 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). Et il arrive que l'Ordre soit épinglé, soupçonné de ne pas en faire assez pour la revalorisation des salaires.

Ce manque de reconnaissance a une fréquence élevée. Il est fortement associé à l'EE. On observe également une association avec la DP. Le désappointement, le découragement associés à ce manque de reconnaissance se répercutent sur la relation avec les patients. Parallèlement, ce stresser déborde sur la vie privée et engendre de la dissonance émotionnelle. Le manque de reconnaissance conduit à ressentir des émotions qui ne correspondent pas à celles que l'on aimerait ressentir.

Les comportements agressifs de la hiérarchie.

Le quatrième facteur, c'est-à-dire les **comportements agressifs de la hiérarchie**, se situe également parmi ce groupe de stresser. Être agressé verbalement par sa hiérarchie, être la cible de ses propos insultants, déplacés, être la cible de harcèlement moral ou physique autant de comportement qui composent ce stresser. À noter que c'est souvent la hiérarchie « lointaine » dont il s'agit ici, plutôt que du N+1.

En dépit de sa faible fréquence d'apparition, et du fait qu'il soit peu illustré par les propos des kinésithérapeutes en fin de questionnaire, ce stresser associé à l'EE. Il déborde sur la vie privée et engendre de la dissonance émotionnelle. Un comportement ou un propos agressif de sa hiérarchie, même rare, peut retentir durablement sur les cognitions et des émotions de leur cible. Ce stresser n'est toutefois pas associé à la dépersonnalisation.

Management du cadre de santé.

Enfin, on peut adjoindre un quatrième facteur, le huitième, à ce groupe de stresser relatifs à l'organisation : le **management du cadre de santé**. Ce stresser fait en partie écho aux problématiques de la reconnaissance et du climat organisationnel exposées plus haut. Les kinésithérapeutes reprochent au cadre de ne pas connaître, ou de mal connaître leur travail, et certains jugent néfaste que le cadre de santé soit issu d'un corps professionnel différent du leur. D'autres expriment de la frustration quand le cadre de santé est moins diplômé qu'eux. Et ce sont

également les compétences et les pratiques managériales du cadre de santé qui sont mises en cause, notamment le fait que celui-ci ne fasse pas remonter les problèmes qui lui sont soumis, qu'il couvre les incompétences et ne soit pas une source de soutien social. Bref, les participants dénoncent une insuffisance managériale.

Toutefois, bien qu'une abondante littérature ait mis en évidence le lien entre le management ou le pouvoir organisationnel et la santé psychologique des salariés, dans notre échantillon de kinésithérapeutes salariés, on ne trouve aucune association entre ce stressor et les critères de santé retenus.

3.3 Les stressors liés aux collègues.

Le climat organisationnel dans l'équipe.

On compte deux stressors liés aux collègues. Le premier (facteur 5) concerne le **climat organisationnel négatif dans l'équipe**. Il renvoie aux problèmes d'intégration et de manque de considération au sein de l'équipe et à l'absence d'une ressource importante, le soutien social des collègues. Dans les écrits laissés par les kinésithérapeutes, il est parfois question de relations interpersonnelles dégradées avec un collègue particulier ou avec un groupe professionnel particulier au sein de l'équipe, éventuellement avec le sien, c'est-à-dire, les kinésithérapeutes. Dans d'autres cas, c'est l'équipe dans son ensemble qui est frappée par un climat organisationnel regrettable. Le manque d'unité des pratiques est également évoqué.

Les items qui composent ce facteur ont une fréquence faible et dans leurs écrits, les kinésithérapeutes évoquent relativement peu ces situations de climat organisationnel dégradé. Néanmoins, elles retentissent fortement sur leur santé psychologique. En effet, ce stressor est associé aux deux dimensions du burnout, et ses effets débordent sur la vie privée.

Les comportements agressifs des collègues.

Le second facteur renvoie aux **comportements agressifs des collègues**. Contrairement au stressor précédent, où les situations relatées sont relativement floues, les items regroupés au sein du présent stressor rapportent une intention directe de la part de la source, intention dont le participant est la cible : avoir subi des propos insultants, avoir été agressé verbalement, être victime de propos ou de comportements déplacés. Et dans tous les cas, l'auteur ou les auteurs sont des collègues directs. Toutefois, ces comportements agressifs des collègues, peu fréquents, ne sont associés ni au burnout, ni à la dissonance émotionnelle. Ils n'entravent pas l'empathie. Toutefois, ils débordent sur la vie privée.

Stressors et variables socio démographiques.

Le genre.

Pour quatre des 9 stressors, les femmes ont des scores supérieurs aux hommes : elles perçoivent davantage la charge de travail, la confrontation à la douleur physique et psychologique des patients, la violence des patients et les problèmes relationnels avec le cadre.

Concernant la charge de travail, un des stressors fortement associés au burnout, on se rappelle 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.

La plus grande sensibilité des femmes 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.

L'âge

Concernant l'âge, plus les kinésithérapeutes sont âgés et **moins** ils perçoivent les comportements négatifs des patients qui entraînent difficultés relationnelles et thérapeutiques, et dans la même veine, moins ils perçoivent la violence des patients. Toutefois, les corrélations, bien que significatives, demeurent relativement faibles. 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 eus les kinésithérapeutes 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 vis-à-vis des 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, plus les kinésithérapeutes sont âgés, plus ils perçoivent les comportements agressifs de la hiérarchie, le climat organisationnel détérioré au sein de l'équipe et les comportements agressifs des collègues. 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.

Pour chacun des 9 stressors, les moyennes sont toujours plus élevées lorsque les kinésithérapeutes vivent seules. Et pour 6 d'entre eux, ces différences sont significatives (seuls le manque de reconnaissance institutionnelle, la confrontation à la douleur des patients et les problèmes relationnels avec le cadre ne sont pas significatifs). On voit à nouveau ici l'influence salutogène du couple et/ou *a contrario* les méfaits de la solitude.

Le lieu d'exercice.

Pour deux stressors, l'hôpital a des scores significativement supérieurs à ceux observés dans toutes les autres structures. D'abord le manque de reconnaissance. La taille de la structure et la mode de management sont certainement les principaux facteurs explicatifs.

Ensuite, 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 stressors, 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. Autrement dit, des stressors organisationnels. À 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 supérieurs aux établissements de soins. Il est possible que les caractéristiques des patientèles et les modalités de prise en charge expliquent ces résultats.

4. Les violences perçues par les kinésithérapeutes libéraux

Les kinésithérapeutes font face aux 3 formes de violence distinguées par l'O.I.T. (2023, page 11) :

- Les violences et harcèlement d'ordre physique : (coups, crachats, etc.).
- Les violences et harcèlement d'ordre psychologique : (insultes, menaces, etc.).
- Les violences et harcèlement d'ordre sexuel : (remarques, sollicitations non désirées, etc.).

Les violences au travail entraînent des conséquences variées (Lanctôt & Guay 2014) :

- physiques, (c'est-à-dire blessures allant de l'égratignure au handicap, voire au décès).
- psychologiques (c'est-à-dire stress post traumatique, burnout, dépression).
- émotionnelles (c'est-à-dire colère, la tristesse, la peur le dégoût et la surprise)
- organisationnelles (par exemple turnover, arrêts de travail, réduction de l'engagement professionnel).
- thérapeutiques ; les professionnels victimes de violences adoptent des comportements de mise à distance des patients.
- etc.

Toutefois on en sait peu aujourd'hui sur la violence chez les kinésithérapeutes. Vu l'accroissement des violences dont sont victimes les professionnels de santé, il nous a paru important d'inclure cette problématique dans notre étude. Nous nous sommes limités à deux types de violences, verbales et physiques.

Les violences verbales chez les kinésithérapeutes de notre échantillon.

Au total 27.2% des kinésithérapeutes salariés ont été la cible de violences verbales au cours des 6 derniers mois. Cette prévalence est 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).

Au total, 44.4% des kinésithérapeutes salariés ayant été la cible de violences verbales au cours des 6 derniers mois l'ont été une seule ou deux fois ; 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.

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. 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 face plus adaptées.

Les femmes subissent davantage les violences verbales.

Les femmes sont plus menacées comparativement à leurs collègues masculins. 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 kinésithérapeute. Kinésithérapeutes hommes et femmes sont autant agressés par un homme que par une femme.

Lieu d'exercice.

C'est à l'hôpital que les kinésithérapeutes 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 kinésithérapeutes ont été la cible de violence, mais c'est une catégorie très hétérogène. Ces violences 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 kinésithérapeutes 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. Les situations qui engendrent ces stressors influencent-elles également les comportements des patients ?

Présentisme et violences verbales.

Les kinésithérapeutes qui ont subi des violences verbales pratiquent significativement plus le présentisme comparativement à leurs collègues qui n'en ont pas subies (15.1 vs. 11.3 jours). Est-ce que les kinésithérapeutes 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 kinésithérapeutes sont moins performants et suscitent des agressions ? À nouveau, difficile de trancher. Mais on remarque encore que ceux qui sont victimes de violences verbales ont des scores plus élevés de workaholisme.

Les conséquences des violences verbales.

Ceux qui ont été la cible de violences verbales ont, comparativement à ceux qui en sont exempts, davantage d'épuisement émotionnel (EE et DP). Ils éprouvent davantage de dissonance émotionnelle et ont des scores significativement plus élevés sur la variable « débordement négatif du travail sur la sphère privée ». En revanche, on n'observe pas de lien avec l'empathie.

Les violences physiques chez les kinésithérapeutes salariés de notre échantillon.

Au total 11.3% des kinésithérapeutes salariés ont été victimes de violences physiques au cours des 6 derniers mois. (2.6 % chez les libéraux). Et parmi eux 63.6% l'ont été une ou deux fois, 25.4% entre 3 et 5 fois et 11% l'ont été 6 fois ou plus.

Une légère prédominance chez les plus jeunes.

Les kinésithérapeutes salariés victimes de violences physiques tendent à être plus jeunes que leurs collègues qui ne sont pas agressés physiquement. 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 face plus adaptées.

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). Et comme pour les violences verbales, les auteurs des violences physiques sont majoritairement des hommes : 62%. Les kinésithérapeutes masculins sont autant agressés physiquement par un homme que par une femme : 50%. En revanche les femmes kinésithérapeutes 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 sont liées au présentisme. Les kinésithérapeutes 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). Ici se posent les mêmes questions que pour les violences verbales.

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 kinésithérapeutes ont été victimes de violence, c'est à l'hôpital que les kinésithérapeutes 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 ? 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.

Évidemment, l'origine de ces violences est multifactorielle.

Violences physiques et santé psychologique.

Comme pour les violences verbales, les kinésithérapeutes salariés cibles de violences physiques souffrent davantage de burnout (EE et DP), de dissonance cognitive et leur travail déborde davantage sur leur vie privée. En revanche, on ne note pas de lien avec l'empathie.

Dans cette enquête, nous avons abordé la violence dont sont victimes les kinésithérapeutes uniquement dans ces grandes lignes en distinguant seulement deux vastes catégories, les violences verbales et physiques sans davantage de distinction. Mais nous avons aujourd'hui un premier aperçu de ces situations d'insécurité et de leurs conséquences sur la santé des kinésithérapeutes. 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.

5. Le workaholisme ou l'addiction au travail.

Plusieurs recherches ont montré que les professionnels de santé peuvent être victimes d'addiction au travail. On parle alors de *workaholisme*, c'est-à-dire « un besoin incontrôlable de travailler sans cesse ». Le workaholique a une compulsion interne à travailler. Il pense constamment à son travail et l'investit 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. 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.

Lors des entretiens précédant la première étude, celle de 2018, plusieurs kinésithérapeutes 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 kinésithérapeutes salariés comme chez leurs confrères libéraux. Il était donc intéressant de vérifier si ce premier constat se vérifiait à nouveau 7 années plus tard.

La mesure du workaholisme.

Comme en 2018, l'addiction au travail a été évaluée par l'échelle DUWAS (*Dutch Work Addiction Scale*, Schaufeli, et al., 2009). Elle mesure le fait de travailler excessivement et fait de travailler compulsivement.

Nos résultats nous amènent à conclure que les kinésithérapeutes salariés ont un workaholisme « moyen ».

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

Chez les kinésithérapeutes salariés, les scores moyens de travail excessif et de travail compulsif sont quasi identiques à 7 années d'intervalle.

Si on compare les scores des salariés avec ceux des libéraux, sur la dimension « travailler excessivement » les scores des salariés sont inférieurs à ceux des libéraux, autant dans la première que dans la deuxième étude. Ceci peut s'expliquer par le fait que les libéraux, vu leurs contraintes financières sont 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 en 2018 et en 2025). Il s'agit donc bien là d'une caractéristique inhérente à la profession.

Workaholisme et risques psychosociaux.

Le workaholisme, quelle que soit sa dimension, est fortement associé au burnout (EE et DP), ce qui confirme ses conséquences délétères. Il est également associé à la dissonance émotionnelle. Plus il est élevé, plus les kinésithérapeutes 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. 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.

Par ailleurs, travailler compulsivement est associé à l'amplitude horaire et au présentisme, dont on connaît les effets nocifs pour les salariés et pour l'entreprise.

Workaholisme et stressseurs.

Chez les kinésithérapeutes, contrairement aux libéraux, les stressseurs 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.

Parmi les 9 stressseurs, c'est la charge de travail qui est la plus associée au workaholisme, un lien qui s'accorde bien avec le caractère compulsif de l'attachement au travail des workaholiques. On note également une forte association avec le manque de reconnaissance. On peut imaginer que la dimension « perfectionniste » des workaholiques les conduit 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.

6. 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 à travers plusieurs processus. Par exemple, avec un médecin empathique, les patients exprimeront davantage leurs symptômes et leurs inquiétudes, ce qui pourra conduire à un diagnostic plus précis et à une meilleure compréhension des besoins du patient. Les soins seront donc plus appropriés, le patient plus compliant, et l'amélioration de son état plus probante. Parallèlement le médecin éprouvera davantage de satisfaction professionnelle. (Neuman *et al.*, 2009; Jani, *et al.*, 2012). Des travaux empiriques auprès d'infirmières (La Monica, *et al.*, 1987) confirment ses affirmations. On peut évidemment les transposer à la relation entre le kinésithérapeute et ses patients.

Ensuite, à de rares exceptions près (par exemple Starr, *et al.*, 2000), on ignore tout de l'empathie et de ses déterminants chez les kinésithérapeutes. L'étudier apparaît donc particulièrement pertinent.

L'empathie.

L'empathie n'est pas 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 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.

Pour Hojat *et al.*, (2018), l'empathie implique « une **compréhension** de la douleur et de la souffrance du patient (plutôt qu'un ressenti), combinée à une capacité à **communiquer** cette compréhension et à une **intention d'aider** » (page 900). Ces auteurs ajoutent qu'il est important d'établir dans la relation de soins une distinction entre empathie et sympathie, cette dernière renvoyant à une réaction principalement émotionnelle. D'ailleurs, empathie et sympathie ont des conséquences différentes sur les résultats cliniques (voir Hojat, 2016, p. 3-16, 71-81). Par exemple, dans les soins, une trop grande sympathie nuit à l'objectivité du diagnostic et du traitement.

Pour mesurer l'empathie, c'est l'Echelle d'Empathie de Jefferson (*Jefferson Scale of Empathy -JSE*) dans sa version « professionnels de santé praticiens » qui a été utilisée.

L'empathie chez les kinésithérapeutes salariés français.

La moyenne de l'empathie totale chez les kinésithérapeutes salariés est égale à celle des libéraux. Elle se situe donc également dans la fourchette des scores observés auprès de professions relativement proches.

Lien avec les variables de santé.

L'empathie et l'EE n'ont aucun lien. Ceci va dans le sens de la littérature : 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 DP. Ceci 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. Et comme chez les libéraux, on n'observe pas de corrélation entre l'empathie et le débordement du travail sur la vie privée. On n'observe pas davantage de lien avec la dissonance émotionnelle.

L'influence du genre

Chez les kinésithérapeutes salariés, comme chez les kinésithérapeutes libéraux, 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 kinésithérapeutes libéraux comme dans bien d'autres recherches portant sur des professionnels de santé. Différentes explications ont été avancées pour expliquer ces différences. (Pour une revue d'ensemble, on peut se reporter à Hogat, 2016, pages 169–187). Pour certains auteurs elles seraient d'ordre physiologique : les femmes produisent davantage d'ocytocine comparativement aux hommes, ce qui contribuerait à leur plus grande empathie émotionnelle. De leur côté les hommes produisent davantage de testostérone, ce qui aurait un impact négatif sur l'empathie cognitive. D'autres explications, qui ne sont pas contradictoires avec les premières, relèvent de l'apprentissage social, de la différenciation sociale dans l'apprentissage social des rôles sexuels. Les filles apprennent des rôles davantage centrés sur les émotions.

L'âge.

On observe une corrélation, négative significative, mais somme toute marginale, entre âge et empathie.

Les variables liées au travail.

Concernant les variables liées au travail, il n'y a pas de lien entre l'empathie et l'amplitude horaire ou le présentéisme. On n'observe pas davantage d'association avec le lieu d'exercice. L'empathie des kinésithérapeutes salariés n'est donc pas sensible à ces variables organisationnelles. D'ailleurs, elle n'est pas davantage associée aux stressseurs organisationnels (Charge de travail / travail empêché ; manque de reconnaissance par l'institution ; climat organisationnel dégradé, etc.).

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

Comme chez les libéraux, les comportements négatifs des patients entravent l'empathie des kinésithérapeutes 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. Il faut encore signaler que l'ensemble de ces stressseurs n'expliquent qu'une part très relative de l'empathie.

7. Conclusion

Cette étude nationale menée en 2025 auprès de 1 457 kinésithérapeutes salariés dresse un tableau relativement préoccupant de leur santé psychologique.

Le burnout, mesuré à travers l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation, a significativement progressé en sept ans. Cette évolution s'inscrit dans un environnement professionnel marqué par une surcharge de travail élevée, un manque de reconnaissance institutionnelle, et des comportements de plus en plus difficiles de la part des patients.

Les violences — verbales (27,2 %) et physiques (11,3 %) — constituent un signal d'alarme sérieux. Touchant plus fréquemment les femmes et les professionnels plus jeunes, elles alimentent directement l'épuisement émotionnel et débordent sur la sphère privée, fragilisant l'équilibre de vie des kinésithérapeutes salariés.

Le workaholisme, stable depuis 2018, révèle quant à lui une tension dans le rapport au travail des kinésithérapeutes, indépendamment de leur mode d'exercice.

À contre-courant de ces constats, l'empathie demeure un pilier de l'identité professionnelle des kinésithérapeutes salariés, nourrie, plutôt qu'érodée, par la confrontation à la souffrance des patients. Elle représente une ressource précieuse, qu'il convient de préserver.

Face à l'ampleur de ces enjeux, des actions concrètes s'imposent : renforcement des effectifs, revalorisation salariale à la hauteur des qualifications, amélioration des pratiques managériales, et mise en place de dispositifs de prévention et de soutien psychologique. Protéger la santé des kinésithérapeutes salariés, c'est aussi garantir la qualité des soins prodigués à leurs patients.