



Designed by Freepik"

KINESITHERAPIE SALARIEE : SAVOIR DEVENIR

30 avril 1946 – 2026 : 80 ans de la profession

30 avril 1996 – 2026 : 30 ans de l'association

acnks
au cœur du métier

cnks.org



Promouvoir la kinésithérapie salariée
Accompagner et représenter les kinésithérapeutes et les cadres salariés

Sommaire

PERISCOPE	L'éditorial, Pierre Henri Haller	pages 03 & 04
ELLIPSCOPE	Les Maux des mots, Justin Pertinent	pages 05 à 07
TELESCOPE		
A PROPOS DE RETOURS D'EXPERIENCES		
MK Salarié « en psychiatrie », Clémence Piévic		pages 08 à 15
MK Salarié « en santé publique, Marguerite Dontenville		pages 16 à 21
JNKS 2026 LIBOURNE – SEMINAIRE – FORUM		pages 22 à 26
Programme - Prix Posters – Partenaires & Bulletin d'inscription		
KALEIDOSCOPE	Textes & Contextes, rapports & articles la rédaction	
AU SUJET ...D'E L'EXERCICE PROFESSIONNEL		
• Décret n° 2026-62 du 05/02/2026 portant modification du code de déontologie		page 28
• Certification périodique : publication du référentiel des MKs		page 29
AU SUJET DE L'EXERCICE SALARIE		
• A paraître à l'occasion des JNKS 2026 « L'essentiel - Exercice salarié de la kinésithérapie »		page 31
• Rémunération & mode d'exercice : un vrai débat ?		page 32
• Entre Hôpital et libéral - rapport IRDES		page 33
• « Aide-Kinésithérapeute » : avis du CNOMK & de l'ACNKS		page 34
• Fonction publique ...réflexion stratégique 2035-2050		page 35
AU SUJET...DE FORMATION INITIALE		
• Professionnalisation clinique : un débat à (r)ouvrir !?		page 37
• Transmettre, point essentiel de mon métier de kinésithérapeute Eleonore Durand		page 38
• Rachat d'années d'études des fonctionnaires hospitaliers		page 39
AU SUJET...DE CONDITIONS DE TRAVAIL		
• A propos .. de Ratio(s) : miser sur le temps du soin		page 41
• Ratio(s) : avis de l'Académie Nationale de Médecine		page 42 & 43
• Ratios : ce qu'en disent et initient le Syfmer & l'Acnks & Care's time		pages 44 à 47
• Enquête sur la perception du droit à la réadaptation		page 48
• Nombre de professionnels ...& fidélisation : avis du CNOMK et de l'ACNKS		page 49
• à propos... de risques L'enquête en cours de l'ACNKS, Andrée Gibelin		pages 50 à 51
• L'analyse des événements indésirables, Guide HAS		page 52
• 7 idées fausses sur le burn out des soignants Pr. M. TRICHA		page 53
• à propos ... de qualité Le rapport de la cour des comptes ...		pages 54 à 56
• plan santé des professionnels de santé		page 57
• Indicateurs qualité et sécurité des soins		page 58
• Observatoire des risques psychosociaux dans la Fonction Publique		page 59 à 61
• A NOTER & A CONSULTER : « réclamations et signalements »		page 62
• A LIRE « les approches sociales du handicap »		page 63
• Recherche paramédicale		pages 64 à 66
ASSOSCOPE	La vie associative en résumé	pages 67 à 71
MERCI aux partenaires de L'ACNKS, KINESCOPE & JNKS		pages 72 à 78

Se souvenir pour savoir devenir ...

À l'aune des 80 ans de la kinésithérapie, l'écriture professionnelle a suscité le sens : elle a structuré la pensée collective, tracé des repères, et incarné l'émancipation professionnelle. Dès 2004, Jean Signeyrole soulignait que l'émergence d'objets nouveaux - comme le « diagnostic kinésithérapique » ou le « travail écrit » - reflétait un processus de professionnalisation en marche.

L'écriture, bien plus qu'un exercice formel, est un levier : elle articule les dimensions techniques, relationnelles, méthodologiques et biographiques de notre pratique : « Des corps aux claviers » (Anne Pilotti). L'histoire, elle, construit un « savoir-devenir : celui des dynamiques individuelles et collectives nourries d'énergie, de temps et d'espaces, mais aussi d'intentions, de gestes et de traces laissées » (Yves Cottret 2025). La kinésithérapie s'est toujours édifiée dans un va-et-vient fécond entre pensée, geste et technique.

Le cerveau, la main et l'outil : une triade fondatrice et une révolution créatrice

Comprendre ce passé, c'est saisir que notre devenir s'enracine dans une triade originelle : le cerveau, la main et l'outil. Marc Massiot (2006) a théorisé cette dynamique : la main n'est pas un simple effecteur. Récepteur d'informations, outil d'évaluation, vecteur de connaissance, elle participe à une « intelligence kinésithérapique » - une intelligence située, qui se nourrit de l'écart entre l'idée et sa réalisation. Le cerveau commande, la main informe, et l'outil prolonge cette boucle.

Cette triade explique l'évolution de la profession : des chaînes musculaires de Mézières aux capteurs de mouvement d'aujourd'hui, chaque innovation naît de ce dialogue permanent. « De l'intelligence naît l'outil, et de l'outil et de la main émerge l'intelligence », écrivait Massiot. La technique ne remplace jamais le geste ou l'esprit : elle les amplifie.

Notre histoire est celle d'une créativité constante, bien au-delà de la simple maîtrise technique. Philippe Stevenin (2024) le rappelle : « La réussite de l'apprentissage n'est pas dans la répétition fidèle, mais dans une gestuelle confectionnée par l'apprenti ».

Pourtant, cette création, dans un contexte influenceur de la faisabilité, doit s'appuyer sur les trois piliers de la pratique fondée sur les preuves (EBP) : l'expertise clinique du professionnel, auteur d'adaptabilité ; les préférences du patient, acteur de sa prise en charge ; les preuves scientifiques, guides de nos choix.

L'évolution technique : une promesse éthique

« Touche-moi, fais-moi du bien, écoute-moi » (Wils & Signeyrole, 2005) : ces mots résument l'essence du soin. Dans un monde digital, le toucher et l'écoute restent les fondations d'une réponse aux besoins humains. Oser imaginer, innover, repenser les outils pour qu'ils servent l'humain - et non l'inverse - est une promesse de plaisir au travail.

Accueillir l'Autre, c'est reconnaître sa double réalité (Paul Ricoeur) : ipse (sa présence engagée) et idem (son identité professionnelle). Dans cette tension féconde, le soin dépasse le protocole. Il devient un acte de respect mutuel, où patient et kinésithérapeute se révèlent à travers leur humanité partagée.

L'IA, la robotique ou la télééducation interrogent la triade fondatrice et la relation à l'Autre. Chaque avancée technique porte deux faces : progrès ou détournement. Le mythe de Prométhée nous met en garde : la technique libère quand elle sert l'humain ; elle aliène quand elle le remplace.

Peuvent-elles remplacer la main ? Non.

Analyser des données avec précision ? Oui.

Mais comprendre le patient ? Seul le kinésithérapeute en a la capacité.

La technologie doit être un partenaire, intégré à la triade ; un partenaire qui questionne autant qu'il répond. L'enjeu ? Préserver la « Garantie Humaine » (David Gruson), en refusant la « boîte noire ».

L'intention, le geste et la trace : une triade pour savoir devenir ?

« Savoir devenir » par la démarche appréciative : « Si nous portons notre attention sur le négatif, ne nous étonnons pas de ne voir que ça ! » Trois piliers l'étaient :

- **Apprécier** : se souvenir de nos réussites, innovations, collaborations (l'écriture comme outil de mémoire collective) ;
- **Amplifier** : valoriser et diffuser ce qui fonctionne — protocoles adaptés, pratiques collaboratives — car ces micro-victoires sont les fondations de demain ;
- **Ajuster** : questionner ce qui mérite d'être amélioré, en s'appuyant sur les preuves, l'expertise et les besoins des patients.

Cette démarche, transférée à l'activité « kinésithérapie », n'est pas seulement un héritage : elle est un projet d'avenir. Elle nous permet de réaffirmer, avec force et conviction, l'utilité sociale et médico-économique de notre profession, celle de « Masseur Kinésithérapeute », mais aussi des métiers qu'elle porte et soutient. En équipe interprofessionnelle et par l'éthique, chaque geste, chaque méthode, chaque outil doit répondre aux enjeux de l'Autre, en situation de handicap.

Puissions-nous porter ensemble ces triades « cerveau, main, outil » et « intention, geste, trace » pour valoriser une kinésithérapie toujours plus innovante, résiliente et humaine.

... pour une kinésithérapie de demain où mémoire et audace d'hier se conjuguent, où geste et innovation d'aujourd'hui s'accordent dans le « dialogue humain »

*M'en voudrez-vous beaucoup si je vous dis un monde où ...
l'on croit pouvoir donner plus de force et plus de sens à une vision globalisée fruit de
compromis et de gommage des individualités, des spécificités, des différences, ... ?*



Philippe Geluk - Le chat
ou comme disait Raymond Devos: « je n'ai rien à dire et je veux que ça se sache »

En annonçant la sortie de son dernier livre « Pensées distinguées » Julia de Funes, philosophe très controversée pour certains ou très inspirante pour d'autres, indique « *Des mots justes, des nuances, des distinctions — d'où le titre — dont nous avons tous besoin pour parler avec le plus de justesse possible. Car au fond, la liberté ne consiste pas seulement à dire ce que l'on veut, mais à pouvoir le dire comme on le souhaite. Ce livre est une invitation à cela : retrouver de la précision dans les mots, de la rigueur dans les idées, pour plus de force dans la parole. Quand tout se confond, plus rien ne se pense. Dans un monde saturé de certitudes et de discours binaires, où chacun croit détenir la vérité, la pensée capitule. On confond l'évidence et la vérité, l'offense et le préjugé, le blasphème et le racisme. On prend le consentement pour de la résignation, le vraisemblable pour le vrai. Faute de distinction, l'esprit s'éteint. Sous la forme d'une correspondance philosophique, ce livre propose un manuel d'émancipation intellectuelle. Lettre après lettre, une distinction conceptuelle vient éclairer les débats contemporains, aiguïser le jugement, retrouver la précision que le prêt-à-penser a enterrée. Ni traité ni leçon de morale, Pensées distinguées redonne à la nuance sa dignité et à la pensée son tranchant. Car distinguer, ce n'est pas couper les cheveux en quatre : c'est refuser la facilité, déjouer les pièges du langage, reconquérir sa liberté de penser. Pour tous ceux qui croient encore que l'intelligence est une arme, et que la distinction est une élégance* ».

Si à l'aune des 80 ans de la profession, alors que le système de santé n'en finit pas de se décomposer et de tenter de se recomposer, et à la veille d'élections présidentielles, il est indéniablement utile de penser et poser le plus collectivement possible « **l'évolution de la profession** » ... encore faut-il, faudrait-il, aurait-il fallu s'entendre sur le sens des mots et pouvoir s'y tenir.

Rappelons ici, comme le précise le code de la santé publique, que la **Profession** c'est **Masseur-Kinésithérapeute** ; la **masso-kinésithérapie** est la dénomination de l'**activité** de cette profession que certains persistent à nommer « pratique » ce qui nous paraît restrictif.

Parler de l'une ne va pas sans évoquer l'autre mais pour autant il faut savoir maintenir l'indispensable distinction pour éviter la fusion-confusion. Des activités, actions et actes, techniques ... évoluent, disparaissent, se transforment, le professionnel demeure même si son profil et son rôle évoluent.

Cette tentative d'œuvre commune des différentes représentations professionnelles dont les traces à ce jour réfèrent plus à Babel qu'à la simple question initiale, qui selon notre association aurait pu voire dû faire l'objet d'une recherche de consensus : s'agit-il d'un livre blanc de la profession ? ou d'un livre blanc pour la profession ?

« Est-ce là un procès du **process** ? » s'est inquiété auprès de notre association un des participants ... en s'appuyant sur ce terme anglais qui recouvre en français « procédé, processus et procédure » alors que là aussi la distinction est de mise.

Le(s) procédé(s) est/sont des activités concrètes, physiques qui permettent la transformation de matières et la création de valeur.

Le(s) Processus est/sont la modélisation d'un ensemble d'activités corrélées qui transforme(nt) des éléments d'entrées en éléments de sorties. Il(s) combine(nt) des éléments physiques et informels. Une commande devient un produit.

Quant à la / aux procédure(s) c'est la description sous forme de document, d'une succession d'étapes ou de tâches décrivant qui fait quoi, dans quel ordre, les règles à respecter c'est-à-dire ce qui se passe dans le processus et comment mettre en œuvre les procédés.

A défaut de cette recherche préalable nous constatons que l'actuelle base rédactionnelle est de fait une accumulation de compromis où les contradictions et les paradoxes trahissent l'idée même d'un sens collectif qui se voudrait définir une identité universelle.

Et in fine l'idée de ce livre blanc sur l'évolution de la profession a-t-elle l'ambition de porter l'avenir - ou l'à venir - de la profession ?

Comment à ce stade ne pas se souvenir de cette phrase de Petr Skrabanek et James McCormick dans *Idées folles, idées fausses en médecine* (1992) : « *Le scepticisme est le bistouri qui libère la vérité des tissus morts que sont les croyances injustifiées et les désirs pris pour des réalités* ».

Emmanuel Vigneron, Arnaud Dellinger, Pierre-Étienne Haas dans *Gestions Hospitalières* n°655 d'avril 2026 nous indiquent : « *Puisqu'elle concerne chacun et tout le monde à la fois, la santé est l'un de ces domaines de la vie collective où les impensés sont particulièrement nombreux. Tout comme les idées reçues qui en sont la conséquence. Et les causes en sont multiples. La première est évidemment liée à l'étendue même du domaine. La santé, c'est deux mondes, chacun très vaste : d'une part le monde du soin, qui s'adresse au corps ou à l'âme malade de l'individu, d'autre part le monde de l'organisation des soins, qui concerne le corps social et politique. C'est à ce dernier, délaissé par la grande majorité des ouvrages consacrés aux idées reçues en santé au profit des seuls aspects médicaux du sujet, que les auteurs se consacrent ici.*

Impensés, idées reçues, dénis, non-dits... Les mots, quand ils paraissent simples ou qu'ils sont à la mode, sont souvent employés sans être définis, et plusieurs peuvent désigner la même chose ; en l'occurrence ici impensés, idées reçues, dénis, non-dits. Pourtant, a priori, les mots ne sont pas interchangeables. Essayons donc de les préciser, de dire ce qu'ils signifient pour nous et de nous y tenir. Un impensé est ce à quoi on ne pense pas ou, si on préfère, auquel on ne réfléchit pas ou plus, ce qui n'interdit pas de l'habiller de mots et de s'y référer à l'envi comme s'il s'agissait d'un étendard, d'un masque de théâtre ou d'un mantra. Voici quelques exemples de ces impensés : les valeurs qui fondent le soin médical, la solidarité à la base de notre système de protection de la santé, la présence médicale comme seul moyen d'accès à la santé. Un impensé n'est généralement exprimé que vaguement, par allusion, mais ce n'est qu'une conséquence de n'être pas pensé. On n'exprime pas ce qu'on n'interroge pas. Un impensé, cela se passe de commentaires ! ... ».

A PROPOS ... DE RETOURS D'EXPERIENCES

Kinésithérapie & Psychiatrie : champ d'activité et pratique peu investigués, peu investis, trop peu connus, et valorisés

Contrairement à des domaines plus classiques foisonnant d'écrits, par une rapide et simple requête « kinésithérapie et psychiatrie » sans prétendre à l'exhaustivité seules une douzaine de références émergent dont très peu avant les années 2020 ; Kinescope a souhaité en savoir plus et en donner plus à découvrir à ses lecteurs.

A cet effet - et au-delà de la dite bibliographie express rapportée en fin de l'article - Clémence Piévic, MK salariée, a accepté de nous faire partager son parcours, sa découverte et son investissement dans ce secteur particulier.



• 2025 à ce jour : MKDE au Service hospitalo-universitaire, GHU Paris.

2025 : Enseignement vacataire : EDUSS, APHP, ENKRE ; 2024 : directrice de mémoire ; 2023 : Formation PSPO (premier secours psychologiques en Opération) ; 2023 : directrice de mémoire ; 2022 -

aujourd'hui : enseignement en IFMK (EKP) sur la kinésithérapie en psychiatrie ; 2021-2024: encadrement stage d'équitation adaptée avec des blessés de la Défense, encadrement stage RMBS (Rencontre militaire blessures et sport), encadrement tournoi européen du SHAPE avec les équipes françaises militaires de basketball (féminine et masculine), encadrement stage de préparation aux Invictus Game ;

• mars 2021- juin 2024 : MKDE HIA Bégin (Civile Défense)

• septembre 2020-janvier 2021 : MKDE SSR Port-Royal

• juillet 2020-août 2020 : MKDE libéral 44350 Guérande
mars 2020 : Bénévole télé-médecine COVIDOM ; 2018-2023: Programmatrice et cheffe de pôle réduction des risques pour le festival Alphapodis contre le cancer du sein ; 2014-2017: Missions dans le secteur de la restauration

Construire sa place de kinésithérapeute en psychiatrie adulte : de B. Joud à aujourd'hui

*Eléments cliniques et organisationnels
issus de l'expérience de terrain de
Clémence Piévic*

En 1988, B. Joud publiait dans *Les Annales de Psychiatrie* un article de vingt-quatre pages relatant son expérience de kinésithérapeute au sein d'un service de psychiatrie adulte du Centre consacré à Hospitalier Spécialisé de Lyon.

Trente-huit ans plus tard, ce premier texte demeure une référence aujourd'hui encore dans un corpus de références peu à peu incrémenté mais insuffisamment documenté sur la place du kinésithérapeute en psychiatrie adulte.

Ce constat interroge. Comment expliquer qu'un champ de pratique aussi singulier, aussi riche cliniquement, soit resté aussi peu investi par l'écriture et la réflexion professionnelle en France ?

Cet article ne se veut ni une revue de la littérature — encore trop rare sur ce sujet — ni un plaidoyer militant. Il s'inscrit plutôt dans une démarche de témoignage réflexif, à partir d'une expérience de terrain située, subjective et assumée.

En retraçant mon parcours professionnel, de mes représentations initiales à la construction progressive de ma place au sein d'un service de psychiatrie adulte, je propose une réflexion sur ce que signifie « être kinésithérapeute » dans un champ où les repères sont encore à inventer.

Aujourd'hui encore, la kinésithérapie en psychiatrie peine à être reconnue : ni les institutions (comme l'Ordre), ni les IFMK — où cette « spécialité » n'est enseignée que de manière parcellaire — ne lui accordent la place qu'elle mérite. Quant à la population psychiatrique, elle reste largement stigmatisée au sein même de la profession. Pourtant, n'est-ce pas auprès de ces patients que notre métier peut prendre tout son sens, à l'intersection du mouvement, du corps et de l'humain ?

Étudiante, je voyais nombre de mes tuteurs confier aux stagiaires « les patients psy », ceux qu'on qualifiait de « bizarroïdes » ou de « fous ». J'ai moi-même été imprégnée de ces préjugés, nourris autant par la formation que par mon ignorance. À cette époque, on ne parlait pas encore de santé mentale.

Mon premier contact avec la psychiatrie fut un jeune professeur d'IFMK, sympathique, qui travaillait à Saint-Anne. Hélas, je n'avais pas alors saisi l'opportunité que représentait le travail auprès de cette population.

Quelques années plus tard, alors que je remettais profondément en question ma vie professionnelle — presque prête à me réorienter, ne trouvant plus de sens à ma pratique et évoluant dans un environnement de travail toxique — j'aperçois dans les couloirs de l'hôpital un homme très grand, la jambe dans un plâtre. Il marchait dessus, semblait perdu, ne paraissait pas souffrir. Il me demande où se trouve la machine à café. Son discours est particulier, il évite mon regard, son attitude est fermée. Par curiosité, je lui demande de quel service il vient. « Du deuxième », répond-il. Je réalise alors que, en deux ans, je n'avais jamais mis les pieds « au deuxième ».

Plus tard, je décide de m'y rendre et demande à son médecin pourquoi ce patient marche sur son plâtre. On me répond : « On lui a déjà dit trente fois de ne pas marcher dessus, mais à quoi bon ? C'est un patient psy. » Avec l'accord du médecin, je décide de le prendre en séance. Quatre séances plus tard, je le re-croise dans les couloirs, désormais muni de béquilles. Leur utilisation n'est pas parfaite, mais il fait de son mieux pour protéger sa fracture. Au fond, je n'ai fait que peu de choses : prendre le temps de l'écouter, tenter de saisir ce dont il avait réellement besoin, chercher doucement ce qui pourrait l'amener à accepter mon aide, et simplement rester présente malgré ses premiers refus d'utiliser les béquilles.

C'est ainsi que j'ai compris que je voulais travailler en psychiatrie. Et quel meilleur lieu pour approfondir cette pratique que le GHU — anciennement Saint-Anne — même si mon ancien professeur n'y travaillait plus ? J'ai envoyé mon CV et ma lettre de motivation à la DRH, et quelques mois plus tard, me voilà kinésithérapeute au Service Hospitalo-Universitaire (SHU).

Mon année d'expérience au SHU n'a fait que renforcer mon intérêt pour cette « spécialité ». Les possibilités d'évolution, tant humaines qu'intellectuelles, semblent infinies. D'une part, parce qu'aucun patient ne ressemble réellement à un autre, même lorsqu'ils partagent une même pathologie ; d'autre part, parce qu'il reste encore tant à construire... et à démontrer d'un point de vue scientifique.

Le SHU regroupe quatre unités : une unité protégée, une unité de secteur, une unité universitaire et une unité de semaine.

Les pathologies les plus fréquentes sont les formes résistantes de dépression et de schizophrénie, mais aussi les troubles de l'humeur et les troubles obsessionnels compulsifs, en lien avec l'Institut de Neuromodulation (INM) — un aspect également stimulant.

Mon arrivée n'a pas été simple : je disposais moi-même de peu de repères, au regard de la rareté de la littérature scientifique sur le sujet. Ma position transversale n'a pas facilité les choses non plus, car je devais m'intégrer dans des équipes aux fonctionnements très différents. J'étais partout et nulle part à la fois. Heureusement, l'accueil des équipes m'a apporté un soutien précieux, tout comme l'écoute bienveillante de ma hiérarchie. Ainsi, j'ai pu doucement prendre mes marques.

Il m'a fallu apprendre leur langage — la sémiologie — comprendre les traitements et leurs effets indésirables, intégrer un minimum de physiopathologie, découvrir la signification de « SDRE » et de bien d'autres sigles... Mais surtout, j'ai dû assimiler que la psychiatrie ne se résume pas à une prescription médicamenteuse : elle repose sur un ensemble complexe de facteurs. J'ai dû entrer dans cet univers et tout ce qui gravite autour. Avec ce bagage en construction, j'avais.

Je participe aux staffs — en répartissant ma présence selon les jours, car je ne peux évidemment pas être partout à la fois. J'écoute, j'apprends, j'observe. Ces réunions sont très différentes de celles que j'ai connues dans les services « somatiques ». Ici, on parle des mimiques, on rapporte des phrases glissées par les patients, signes subtils d'amélioration ou, au contraire, d'inquiétude.

On se réjouit qu'une patiente ait pu passer une journée chez elle sans attaque de panique, ou qu'un autre ait réussi à venir au réfectoire sans qu'on le rappelle. On savoure les petits pas ; on s'inquiète pour celui qui se renferme. Le patient est regardé sous tous les angles.

Puis arrive le cas d'un patient schizophrène, très marqué par des symptômes négatifs, clinophile. D'une petite voix, je demande si je peux le voir. On me répond oui. Je le suivrai alors deux à trois fois par semaine. Mon premier objectif était simple : lutter contre la clinophilie, expression de ses symptômes négatifs. Très vite, je remarque que son corps est « mou », comme si la perception de ses limites corporelles lui échappait. Pendant presque un mois, je dois aller le chercher en chambre : il ne vient pas de lui-même, parle très peu, répond brièvement. Je persévère, en cherchant des leviers, tant dans la séance que dans nos échanges. L'interne me confie que les entretiens sont tout aussi difficiles.

Puis, progressivement, quelque chose s'ouvre. Il arrive seul, parfois même en avance. Je me souviendrai toujours du jour où, après plusieurs mois, j'ai vraiment entendu sa voix lorsqu'il a prononcé une phrase complète. Une forme d'exaltation m'a traversée : l'impression d'avoir gagné quelque chose, d'avoir réellement aidé quelqu'un à franchir un pas.

Au fil des séances, je découvre qu'il aime une équipe de rugby en particulier. Je demande alors à mon partenaire de m'apprendre quelques noms de joueurs, d'entraîneurs, de me parler des moments marquants du club. Lorsqu'en séance je lui glisse ces références, il me jette un regard discret, et je vois un sourire apparaître. Il me raconte qu'autrefois, quand il jouait, il aimait être défenseur.

Je l'installe sur un tapis de marche : après dix minutes, il est dyspnéique mais s'évalue à 2 sur l'échelle de Borg. Pour moi, c'est un signe qu'il faut continuer dans cette direction.

Nos séances alternent : parfois passives, avec des mobilisations où je lui demande de nommer les articulations, de décrire ses sensations ; parfois actives, parfois orientées vers l'endurance. Nous parlons de ce qu'il ressent : « Votre respiration vous semble-t-elle rapide ou lente ? », « Avez-vous chaud après la séance ? ». Peu à peu, ce patient prostré dans sa chambre décide de lui-même d'aller à la salle de sport lorsqu'il est en permission.

Plus tard, son médecin me confiera que j'ai été « sa petite clozapine ». Un compliment que je me répète parfois dans les moments de doute. Il est évident que je ne l'ai pas « guéri ». Mais je crois avoir contribué, à ma mesure, à ce qu'il aille un peu mieux dans ce chaos.

Je comprends alors qu'ici, les petits pas feront mes plus grands bonheurs professionnels. Ce patient schizophrène qui avait été opéré de la hanche, boitait fortement et refusait les séances. Grâce à la persévérance de son interne qui me demanda de ne pas abandonner, après 3 semaines pendant lesquelles j'allais simplement lui dire bonjour, lui demander comment il allait ou lui proposer de prendre un café, il vint me trouver dans mon bureau pour me dire qu'il était prêt.

Cette patiente en unité fermée, isolée, séditée, dont les médecins n'arrivaient pas à ouvrir le cadre. Il aura fallu quelques séances en chambre pour qu'elle se sente en confiance en ma présence et qu'elle attende nos séances avec impatience.

L'objectif avec cette dame était de travailler l'équilibre dans l'objectif d'améliorer la marche et diminuer le risque de chute dans le cadre de la diminution de la sédation. Assez rapidement, nous avons pu passer du temps dans le petit jardin à travailler certes, mais aussi à se parler, comme deux humains qui partagent un moment.

Cette patiente de 80 ans présentait une dépression sévère avec tableau catatonique ; elle n'interagissait pas avec son environnement, était alitée et l'alimentation était devenue une épreuve. Elle a bénéficié d'un traitement par ECT, qui lui a sauvé la vie qu'on se le dise, en complément duquel la prise en charge kinésithérapique s'est révélée déterminante sur le plan fonctionnel. Alors qu'elle était initialement grabataire, elle a quitté le service en marchant avec un déambulateur, capable de monter et descendre les escaliers. Elle est sortie du SHU dans un état fonctionnel meilleur que celui qu'elle présentait avant l'épisode dépressif, illustrant le caractère véritablement libérateur de cette prise en charge complémentaire.

Vous l'aurez compris, les indications thérapeutiques pour un kinésithérapeute en psychiatrie sont multiples. Evoluer en psychiatrie me pousse à me réinventer chaque jour. Comment rééduquer une coiffe des rotateurs chez quelqu'un qui a oublié qu'il avait un corps ? Comment réaliser des exercices de kiné respiratoire chez un patient dont la réalité est perturbée par la maladie ? Comment rééduquer une lombalgie chez un patient présentant anhédonie et aboulie ? Comment faire apprécier le mouvement à quelqu'un kinésiophobe sous tendu par un TAG ?

Comment prescrire des exercices à une personne qui a des troubles mnésiques iatrogènes ? Comment entretenir une alliance thérapeutique avec une personne dont la maladie engendre une rigidité mentale et une anosognosie ?

Ce questionnement clinique constant souligne la complexité du soin en psychiatrie, mais également ses limites. Au-delà des difficultés techniques et relationnelles, l'exercice dans ce champ m'a amenée à faire l'expérience d'une réalité humaine inédite dans mon parcours professionnel : le suicide. Sa survenue s'impose comme une rupture brutale du processus de soin et occupe une place singulière par sa charge symbolique et par les questionnements cliniques et éthiques qu'elle soulève chez les soignants **y compris lorsqu'elle advient en dehors des murs de l'institution.**

Sur le plan clinique, cette expérience m'a amenée à interroger les limites du soin et l'imprévisibilité de certains passages à l'acte, y compris lorsque l'accompagnement s'inscrit dans un cadre institutionnel structuré, avec des dispositifs d'évaluation et de prévention du risque suicidaire. Elle met en évidence le fait que le travail en psychiatrie expose les soignants à des événements qui dépassent le temps et l'espace du service, mais qui s'inscrivent néanmoins pleinement dans l'histoire du soin et dans l'expérience professionnelle des équipes.

Dans ce contexte, le soutien institutionnel et humain a joué un rôle central. La psychologue qui m'accompagne en supervision s'est montrée particulièrement disponible et contenante ;

elle m'a transmis des clés concrètes pour prendre soin de moi, mettre à distance les affects mobilisés et poursuivre mon engagement professionnel sans m'y perdre. Le praticien hospitalo-universitaire du service a, quant à lui, immédiatement pris de son temps pour s'entretenir avec moi, m'accueillir et écouter mes pleurs, offrant un espace d'écoute essentiel à ce moment-là. Les infirmières me tendaient leurs mains et des mouchoirs pour partager la peine. Par ailleurs, la hiérarchie a pris le temps de réunir l'équipe afin de permettre une verbalisation collective de l'événement, reconnaissant ainsi son impact sur les soignants. L'ensemble de ces soutiens a constitué un cadre sécurisant, indispensable à l'élaboration clinique de cette expérience et au maintien d'une posture professionnelle ajustée en psychiatrie.

La kinésithérapie en psychiatrie a des limites : pour ma part, d'abord logistique face aux nombres de patients et au fait que je sois seule, sous tendu par les plannings parfois serrés entre les entretiens, les traitements (ECT, eskétamine), les permissions, les rendez-vous médicaux, l'état clinique...

Mais aussi et encore une fois par le manque de données sur la question, je tâtonne, je teste, j'échoue, je réessaie, je communique avec les équipes, j'améliore, je me questionne, je réessaie, je fais autrement.

Travailler en psychiatrie confronte les soignants à des situations cliniques parfois complexes, marquées par des comportements désorganisés, une agitation ou une désinhibition. Ces manifestations relèvent de la maladie, sans pour autant tout justifier. Les patients restent des sujets singuliers, avec leur histoire, leur personnalité et leurs limites.

C'est précisément ce qui fait de la psychiatrie un véritable défi humain et professionnel, qui exige à la fois cadre, réflexion éthique et qualité de soin.

Le manque de pairs pour partager les expériences, se guider, se questionner est aussi un facteur à prendre en compte. L'isolement professionnel est réel. Encore une fois, je peux compter sur les équipes pour me rappeler que mon travail est important quand j'ai un coup de mou car je ne compte plus le nombre de fois où je me suis demandé si ce que je faisais avait réellement de la valeur thérapeutique ou si je suivais une voie sans issue.

Pour résumer, mon expérience en psychiatrie est plus que positive mais je mesure aussi ma chance d'être dans un établissement qui me soutient car la psychiatrie n'est pas égale sur tout le territoire. C'est en psychiatrie que j'ai retrouvé du sens dans mon travail, en étant un maillon parmi tant d'autre dans le rétablissement. C'est en psychiatrie que je peux progresser sur les aspects tant techniques de la kinésithérapie mais surtout relationnel et humain. C'est en psychiatrie que j'ai le plus de frissons.

Cette « spécialité » s'adresse à des kinésithérapeutes curieux·ses, capables de questionner leurs pratiques et leurs représentations.

Et si, au lieu d'avoir peur de ce que nous ne comprenons pas, nous choisissons d'y entrer avec curiosité ? Bien souvent, c'est au cœur de cet inconnu que se construisent des pratiques de soin innovantes et pertinentes.

La **santé mentale**, **concept global**, désigne l'état de bien-être psychologique, émotionnel et social d'une personne. C'est une notion **large**, qui concerne **tout le monde**, qu'il y ait ou non une maladie.

Elle inclut par exemple la gestion des émotions, du stress, la qualité des relations sociales, la capacité à s'adapter, travailler, faire face aux difficultés, la prévention des troubles psychiques. **Ce n'est pas une discipline médicale**, mais un **domaine global** de bien-être et de prévention.

La Psychiatrie, spécialité médicale

La **psychiatrie** est une des nombreuses spécialités disciplinaires *de la médecine*. Les psychiatres sont des médecins spécialisés dans le diagnostic, le traitement et la prévention des **troubles mentaux** (dépression sévère, psychose, troubles anxieux, bipolarité, addictions, etc. Leur approche peut inclure prescription de médicaments (antidépresseurs, anxiolytiques...), psychothérapies, hospitalisation si nécessaire, coordination avec psychologues, infirmiers, etc.

C'est une discipline clinique, centrée sur les maladies et troubles.

Santé mentale	Psychiatrie
Concept global de bien-être	Spécialité médicale
Concerne toute la population	Concerne les personnes souffrant de troubles
Prévention, qualité de vie, soutien	Diagnostic, traitements médicaux
Implique multiples acteurs (psychologues, travailleurs sociaux, éducateurs, etc.)	Implique des médecins psychiatres

Retrouvez Clémence Pievic
qui témoignera de son engagement dans cette pratique
lors des JNKS 2026 au CH Libourne

Bibliographie commentée — Kinésithérapie & Psychiatrie

1. Longueville C. (2022). Place de la masso kinésithérapie en santé mentale aux dires des psychiatres : cas de la schizophrénie. Mémoire de master. Résumé/commentaire : ce mémoire explore la perception des psychiatres français concernant l'intégration de la kinésithérapie dans le parcours de soins des patients schizophrènes. Les entretiens semi directifs montrent un soutien clair des psychiatres pour une présence accrue des MK, notamment pour améliorer l'image corporelle, la perception de la douleur et la condition physique — dimensions très altérées chez ces patients. D'un point de vue pratique, l'étude identifie des freins organisationnels (culture institutionnelle, méconnaissance de la profession) mais aussi des leviers pour développer la kinésithérapie psychiatrique. C'est une ressource précieuse pour comprendre les barrières systémiques à l'intégration du MK dans ce champ. [dumas.ccsd.cnrs.fr]

2. MILO (2024). Prise en charge kiné en hôpital psychiatrique — Témoignage professionnel. Résumé/commentaire : cet article offre un retour d'expérience très concret d'un kinésithérapeute travaillant en milieu psychiatrique. Il aborde : [milo-kine.fr] l'hétérogénéité des pathologies rencontrées (traumatologie, addictologie, douleurs chroniques), la nécessité d'une approche empathique et extrêmement adaptée, le rôle important de la kiné respiratoire sur des patients souvent gros fumeurs, les défis structurels du milieu (séjours longs, enjeux relationnels).

Cette ressource est très utile pour comprendre le quotidien réel du travail en psychiatrie et ses enjeux pratiques.

3. JOUD B. (1988). Kinésithérapie en psychiatrie. Ann. Kinésithér., Masson. Résumé/commentaire : bien qu'ancien, ce texte constitue une référence historique sur l'approche corporelle en psychiatrie. Il développe la question du rapport entre corps, psychisme et thérapeutique, décrivant les représentations sociales fortement marquées autour de la folie et du travail corporel. L'auteur défend une vision déstigmatisante du soin kinésithérapique en psychiatrie, en montrant la richesse d'une approche corporelle dans les troubles mentaux.

Intéressant pour comprendre les fondements conceptuels et les résistances culturelles autour de la kiné psychiatrique. [kinedoc.org]

4. URPS MK OI. Kiné Santé Mentale — Synthèse institutionnelle. Résumé/commentaire : cette ressource offre une présentation claire et moderne de ce qu'est la kinésithérapie en santé mentale : [urmko.fr] activité physique adaptée, réduction du stress et de l'anxiété, travail sur l'estime de soi, expression corporelle, articulation avec les autres professionnels de santé mentale. Elle constitue un excellent texte d'introduction, utile pour présenter la discipline, notamment pour des équipes médicales ou des projets institutionnels.

5. ANP3SM. Approche kinésithérapique somatique et psychosociale des douleurs chroniques en psychiatrie (Poster).

Résumé/commentaire : document très riche montrant comment la kinésithérapie peut s'inscrire dans une démarche de réadaptation psychosociale, en lien avec la douleur chronique, fortement associée aux troubles psychiatriques. Le poster met en avant : [anp3sm.com] le rôle des compétences psychosociales (CPS), la prise en compte de la kinésiophobie, les objectifs croisés psychosociaux / kinésithérapiques. Très utile pour la conception de programmes en milieu psychiatrique ou en MPR, notamment pour les unités accueillant des patients douloureux chroniques.

6. Zanatta A. (2020). Abord et pratique des MK en santé mentale — État des lieux en région Pays de la Loire. Résumé/commentaire : ce mémoire propose un état des lieux quantitatif de la pratique des MK auprès de patients souffrant de troubles mentaux.

Il montre : [kinedoc.org] une activité réelle mais peu structurée, un manque de formation spécifique, des pratiques parfois éloignées des recommandations, un intérêt croissant des MK pour ce domaine. Cette étude éclaire les disparités régionales et met en lumière les besoins de formation continue.

7. Heywood S.E. et al. (2022). Physical Therapy and Mental Health — A Scoping Review. Oxford Academic. Résumé/commentaire : une revue de portée très complète analysant plus de 130 études portant sur les intersections entre physiothérapie et santé mentale. Elle montre notamment : [academic.oup.com] l'efficacité de l'exercice thérapeutique dans de nombreux troubles psychiatriques (dépression, anxiété, schizophrénie, TSPT, troubles alimentaires), le manque de formation spécifique des physiothérapeutes généralistes, la nécessité d'approches intégrées corps-esprit. Une référence essentielle pour construire de la pratique fondée sur les preuves (EBP).

8. Jain T. (2024). Navigating Mental Health in Physiotherapy Practice. IJHSR. Résumé/commentaire : article qui met l'accent autant sur la santé mentale des patients que sur celle des kinésithérapeutes. Il aborde : [ijhsr.org] la relation entre douleur chronique et santé mentale, l'importance de l'exercice, les techniques de relaxation, le soutien psychologique indirect via l'éducation et l'accompagnement. Très pertinent pour une approche globale et préventive.

9. MDPI (2026). Special Issue: Physical Therapy in Mental Health. Résumé/commentaire : numéro spécial rassemblant de multiples travaux récents sur l'intégration de la physiothérapie dans les prises en charge psychiatriques. On y retrouve une vision internationale, incluant les programmes éducatifs, les approches interdisciplinaires et les modalités thérapeutiques nouvelles. Utile pour alimenter une veille scientifique. [mdpi.com]

10. Physiopedia. Mental Health, Physical Activity and Physical Therapy. Résumé/commentaire : ressource pédagogique présentant les bases de la physiothérapie dans les troubles mentaux, avec un accent particulier sur l'exercice comme traitement fondé sur les preuves. Très utile pour introduire le sujet dans un cadre de formation. [physio-pedia.com]

11. Hemmings L. et al. (2021). Perceptions of physiotherapy for people with mental illness — systematic review protocol. BMJ Open. Résumé/commentaire : ce protocole vise à analyser les perceptions des professionnels de santé concernant la physiothérapie en psychiatrie. Il met en lumière : [bmjopen.bmj.com] les difficultés d'accès aux soins, les expériences négatives vécues par certains patients, le besoin d'améliorer les parcours. Intéressant pour comprendre le vécu interprofessionnel.

12. Stathopoulos S. (2020). Physical Therapy in Mental Health? Journal of Rehabilitation Research and Practice. Résumé/commentaire : article présentant l'IOPMH, réseau international de physiothérapie en santé mentale. Il propose une définition claire de la discipline, centrée sur : [probiologists.com] une approche biopsychosociale, la relation thérapeutique, une pratique auprès de patients de tous âges, tous stades et tous contextes (intra et extrahospitalier). Référence incontournable pour légitimer la kinésithérapie psychiatrique au niveau institutionnel.

Kinesithérapie & Santé Publique
Un registre tout aussi intéressant, lui aussi trop peu investi. KINESCOPE a souhaité faire bénéficier à ses lecteurs d'un autre retour d'expérience : celui de Marguerite Dontenwille dont le parcours très « santé publique » est aussi, le témoin de la diversité de notre métier de MK salarié.



En bref :

- MKDE depuis 2019
- 2022 DU TTC douleur chronique
- 2024 MKDE en apprentissage à l'ARS Nouvelle Aquitaine et en Master 2 Santé Publique à Rennes
- depuis janvier 2025 MKDE, chargée de prévention au CLCC de Bordeaux

Kinescope : « Bonjour Marguerite, peux-tu brièvement te présenter ? »

Bien sûr ! Je suis Marguerite Dontenwille, j'ai 28 ans et je suis kinésithérapeute depuis 2019, diplômée d'un IFMK parisien. J'ai travaillé plusieurs années en pratique clinique dans différents contextes.

Kinescope : Et nous dire quelques mots de ta formation initiale et de ton entrée dans la vie professionnelle de kinésithérapeute ? »

Je suis arrivée à Paris à 18 ans en 2015, après avoir réussi le concours de l'école Danhier (IFMK privé à but lucratif) suite à une classe préparatoire (concours PCB) à Lyon et une scolarité en Alsace.

J'y ai alors découvert les transports parisiens, ainsi que la vie étudiante en Ile-de-France. J'ai notamment été marquée par la réforme de la maquette de formation en 4 ans pour le M.K.D.E : nous l'avons appris à l'époque dans l'amphithéâtre en première année. La promotion d'au-dessus aimait bien nous appeler affectueusement : « le crash test »...

Je me suis adaptée progressivement à ce cursus et à ses spécificités. Ma partie préférée, c'était les stages : j'ai essayé de multiplier les expériences dans toute la France et tous les services possibles, principalement en salariat. J'ai beaucoup aimé découvrir l'interdisciplinarité des services dans le milieu de la santé. J'ai également eu l'occasion de m'investir dans quelques expériences associatives à l'école, notamment au BDE.

Tout au long de mon cursus scolaire, j'ai eu l'occasion de participer à quelques événements et congrès professionnels, notamment aux JFK à Montpellier en dernière année. Ces rencontres professionnelles ont joué un rôle fort dans ma représentation du métier de kinésithérapeute et dans mes appétences en tant que jeune diplômée. A la fin de mes études, j'ai choisi comme sujet de mémoire le détournement de l'attention des patients douloureux et son lien avec la relation thérapeutique entre patient et professionnel, abordé avec une méthodologie qualitative, ce qui était assez méconnu du jury de mémoire en 2019.

A l'été 2019, suite à un clinicat éprouvant dans le Sud de la France, j'ai réalisé un stage supplémentaire chez un ami à Nantes, afin de me faire plus confiance dans ma pratique clinique.

J'ai finalement débuté mon exercice en septembre, avec des missions d'intérim en région parisienne dans différents services, tels que la cardiologie, la cancérologie, les soins palliatifs et la neurologie. J'ai ensuite entamé un court assistantat à Lyon en début d'année 2020, qui a rapidement été interrompu par le premier confinement de la Covid-19, 8 mois après l'obtention du diplôme d'Etat.

Kinescope : Comment as-tu vécu ce début d'exercice, dans le contexte de la Covid-19 ? Où as-tu travaillé ?

Confinée chez mes parents en 2020 et fille de médecin inspecteur alors en exercice en gériatrie à l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, le climat était comme pour nous tous très incertain et angoissant. Le déclic a été de m'inscrire sur le site de la réserve sanitaire, dispositif national porté par Santé Publique France.

Avec un ami kinésithérapeute, nous avons alors créé un groupe Facebook, permettant à tous les kinésithérapeutes intéressés un relais d'information. Je suis envoyée au bout de quelques semaines par la réserve sanitaire à la cellule de crise de l'ARS des Hauts-de-France, à Lille, afin de répondre via la hotline aux appels du public.

Je suis ensuite rentrée à Paris et ai travaillé dans l'un des EHPADs de la ville de Paris durant tout le mois d'avril 2020, car les deux titulaires étaient malades. Les résidents, les précautions et les décès m'ont beaucoup marquée durant ce mois de travail très intense.

Suite au premier confinement, la vie courante reste ralentie et je termine mon assistantat à Lyon.

Je reprends l'intérim et, durant deux ans, sillonne toute la France, le Bas-Rhin, la Sarthe, le Var, le Rhône, la Haute-Garonne, les Ardennes...ce qui a été extrêmement enrichissant professionnellement et personnellement. En parallèle de ces contrats, je me forme beaucoup lors de ces deux premières années d'exercice : j'ai réalisé un Diplôme Universitaire en Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC) de la douleur chronique, une formation en hypnose thérapeutique, au sujet de la communication en santé, de la douleur persistante, ainsi qu'en raisonnement clinique.

Kinescope : Et comment es-tu arrivée à une reprise d'études en santé publique suite à ces différentes expériences ?

Tout d'abord, le contexte de la Covid-19 a très certainement beaucoup joué dans mon intérêt et ma compréhension des enjeux de santé publique, même si j'avais déjà connaissance de ce champ via la carrière de ma mère. J'avais déjà en tête depuis la dernière année de kinésithérapie de reprendre des études de Master, mais ce qui m'a poussée plus concrètement dans le projet, c'est le mandat que j'ai réalisé dans l'équipe du CIFEPK 2022. Le CIFEPK est un congrès étudiant, dont le comité scientifique représente la majorité des champs de la kinésithérapie.

Je m'engage dans le pôle scientifique en 2020, en binôme avec Enora le Calvez. Ce travail a abouti sur une édition du congrès à Tours en 2022, qui a été un succès et un très bon souvenir associatif pour moi. Cela a nécessité des compétences en gestion de projets, en création de contenu et en lecture critique d'articles.

De nombreux amis et membres du bureau s'engageaient alors en parallèle de notre mandat dans un parcours de Master (sciences de l'éducation, pédagogie, sciences de l'activité physique, recherche...), notamment les étudiants anciennement investis à la FNEK (Fédération Nationale des Etudiants en Kinésithérapie).

J'ai alors pris beaucoup de conseils d'anciens étudiants et amis kinésithérapeutes passés par des Masters, afin de préciser ce projet. Je finis par candidater dans 4 Masters de santé publique, à Paris, Limoges, Rennes et Nancy puis démarre ma reprise d'études à Paris Saclay en septembre 2021.

Kinéscope : « Comment t'es-tu organisée pour mener cette reprise d'études en Master ? As-tu continué d'exercer en parallèle ? »

Après deux ans de remplacements, je débute pour le Master un exercice exclusif à domicile dans Paris 15^e, qui me permet de financer ma reprise d'études et de travailler selon l'organisation des semestres de cours. Les enjeux de santé publique relatifs à l'exercice à domicile sont tout à fait en cohérence avec mes cours. Je me sens pour la première fois responsable de ma « propre patientèle », avec toutes les tâches et les responsabilités qui lui sont associés.

Les cours de Master m'intéressent énormément, au début par pure curiosité intellectuelle : biostatistiques, recherche clinique, épidémiologie, sociologie et droit de la santé... Malgré un rythme très intense pour compiler activité clinique, engagement associatif et révisions.

L'envie de me confronter au monde de la recherche se précise lors d'un cours de prévention portant sur le sujet du marketing social en santé, animé par une doctorante de l'école de santé publique de Rennes, l'EHESP. Je réalise ainsi mon stage de Master 1 de 8 semaines dans l'unité de recherche du Pr Karine Gallopel-Morvan (Professeure des Universités en marketing social), pour lequel je clôture mon activité clinique à domicile à Paris. J'ai produit lors de ce stage une revue narrative de la littérature sur le sujet de l'influence des réseaux sociaux sur la consommation des produits du vapotage chez les jeunes. J'ai également participé à la politique de « Campus sans tabac » de l'EHESP avec les doctorants du laboratoire. Grâce à cette expérience de stage, je réussis à intégrer en Master 2 une place dans le Master « Promotion de la Santé et Prévention » de l'EHESP.

Je déménage à l'été 2023 à Bordeaux, après avoir quitté Paris puis Rennes le Master 1 en poche, afin de rejoindre mon conjoint. Tout en réalisant un remplacement de kinésithérapeute tout l'été au centre de la tour de Gassies, je postule dans différentes structures (URPS et CPTS), avant de finalement décider de réaliser un apprentissage d'un an à l'ARS de Nouvelle-Aquitaine, dans l'équipe de prévention de la délégation de Gironde. Cet apprentissage me permet de financer mon Master 2.

Cette année est rythmée par les allers-retours mensuels à Rennes depuis Bordeaux, le retour d'une vie étudiante rennaise avec une super promotion et la complexité de l'organisation d'une structure telle que l'ARS.

En effet, beaucoup d'acteurs gravitent autour de cette instance : Conseil Départemental, Conseil Régional, Préfecture, structures associatives, directions de la jeunesse et des sports, ville, métropole, Contrats Locaux de Santé... Ce nouvel univers, bien que parfois difficile à comprendre et à suivre, m'a permis de m'intégrer rapidement dans le territoire girondin, dans lequel je n'avais pas d'ancrage au préalable.

Lors de cette année, j'ai principalement travaillé sur le sujet de la Conférence des Financeurs de Gironde et sur les dispositifs de sport-santé et d'APA (Activité Physique Adaptée) de la région et du département.

Kinéscope : « Quelles étaient tes perspectives à l'issue de ce Master ? »

En septembre 2024, après avoir soutenu mon mémoire de Master 2 sur le dispositif de sport-santé « PEPS » et les maisons sport-santé en Gironde, je cherche à m'intégrer dans le monde professionnel, entre soins et prévention en santé. Je candidate alors à plusieurs emplois dans le champ du sport-santé, car c'est le sujet sur lequel j'ai travaillé avec l'ARS durant toute l'année écoulée.

Finalement, mon profil n'est jamais retenu face à des profils STAPS (Enseignants en APA), suite à trois candidatures dans des postes de coordination de projets de sport-santé. Je reste quelques mois supplémentaires à l'ARS en CDD, afin d'animer la politique d'exercice coordonné en libéral (CPTS, MSP), l'installation des Docteur Junior en médecine générale et des assistants médicaux en Gironde.

Je continue alors ma recherche d'emploi et j'apprends en décembre 2024 que ma candidature à l'Institut Bergonié, en tant que chargée de prévention, a été retenue. Je suis à présent en poste à temps plein dans cet établissement depuis janvier 2025.

Kinéscope : « Quels sont à présent tes objectifs et tes perspectives professionnelles ? »

Un objectif majeur pour moi est de concilier à terme une activité de professionnelle de prévention avec une pratique clinique : en oncologie dans ma propre structure, ou dans le cadre d'un exercice libéral à domicile par exemple.

J'essaye en attendant de conserver un pied dans la profession de kinésithérapeute via différents engagements : je dirige depuis 2023 des mémoires d'étudiants et d'étudiantes dans deux IFMK et participe depuis plusieurs années à des jurys de soutenance, notamment quand les mémoires portent sur des sujets de santé publique.

J'ai également continué de participer à des congrès de kinésithérapie, via des interventions suite à mes travaux de Master et d'autres expériences de pratique clinique et de santé publique. Je donne également un cours en formation initiale au sujet de l'exercice coordonné et de la prévention en santé pour les kinésithérapeutes.

Enfin, je suis adhérente au SNMKR et au CNKS et je tente de rester au maximum au fait de l'actualité de la profession via différentes newsletters et veilles documentaires.

Au cours de ces dernières années, j'ai été très souvent contactée par des confrères et des consœurs qui souhaitaient également reprendre leurs études dans le champ de la santé publique et me demandaient un retour afin de s'engager à leur tour dans ce parcours. Les kinésithérapeutes et notamment les jeunes diplômés me semblent de plus en plus engagés dans une compréhension globale du système de santé et de soins, en tenant compte des enjeux et des déterminants de santé.

Cette trajectoire fait tout à fait sens avec ma représentation de la place de la kinésithérapie dans notre système de santé et je suis ravie d'apporter ma toute petite pierre à ce bel édifice.

Kinéscope : « En quoi consiste ton poste actuel ? »

Je suis à ce jour chargée de prévention depuis un peu plus d'un an dans un établissement de santé spécialisé en cancérologie. Dans mon poste, ma mission principale consiste en la coordination du dispositif « Bergo'Bus », porté par l'Institut Bergonié.

Ce dispositif est composé d'une équipe pluridisciplinaire de professionnels de santé, du social et du sport de l'Institut Bergonié et nous participons à l'animation d'actions de prévention en « aller-vers » dans toute la Nouvelle-Aquitaine (rayonnement régional), grâce à un véhicule de prévention floqué dans lequel nous nous déplaçons. Ce dispositif concerne différents publics-cible : notamment les jeunes et les personnes les plus éloignées du soin et de la santé, qui sont souvent aussi les plus précaires.

Nous allons par exemple beaucoup en milieu scolaire (lycée professionnel, MFR, mission locale...), dans des entreprises, ou en milieu ouvert, comme dans des galeries de supermarchés ou sur des marchés.

Nous avons également mené quelques actions avec des publics plus spécifiques, tels que les gens du voyage et la population carcérale.

Concernant le contenu de nos interventions et les thématiques que nous abordons lors de ces actions, notre objectif est d'aborder la prévention et le dépistage des cancers, à travers les facteurs de risques principaux de la maladie.

Parmi les plus importants, on retrouve : le tabac, l'alcool, l'alimentation, la pratique d'une activité physique et la lutte contre la sédentarité, ainsi que la vaccination contre les papillomavirus (HPV) chez les adolescents.

Nous accompagnons également les personnes au dépistage, à travers la démonstration de l'autopalpation mammaire et testiculaire sur des mannequins en caoutchouc et l'échange autour des différents dépistages organisés des cancers (cancer colorectal chez les hommes et femmes de 50 à 74 ans avec des kits de dépistage : les « enveloppes bleues » ; cancer du sein par la mammographie chez les femmes de 50 à 74 ans et dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis, chez les femmes de 25 à 65 ans).

Enfin, nous traitons parfois des thématiques plus spécifiques, tels que les cancers masculins, le sommeil et l'hygiène de vie, en fonction des besoins et des publics.

Nous avons également d'autres activités dans ce service, au sein de notre petite équipe de prévention : nous disposons d'une équipe mobile de vaccination contre les HPV dans une soixantaine de collèges, en Gironde et en Charente-Maritime.

Nous participons également à la politique d'accompagnement des usagers, des aidants et des professionnels de l'Institut Bergonié dans l'arrêt du tabac et du vapotage (label « Lieu de Santé sans Tabac » et « Lieu de Santé Promoteur de Santé »).

Enfin, nous participons à la politique interne de l'établissement concernant la prévention et la promotion de la santé et nous collaborons en interdisciplinarité entre établissements de santé en Gironde et dans toute la Nouvelle-Aquitaine, notamment concernant les dispositifs d'aller-vers de la région.

Retrouvez
Marguerite Dontenwille
qui témoignera
de ce parcours
lors des JNKS 2026
au CH Libourne

30 septembre, 1^{er} et 2 octobre 2026

KINÉSITHÉRAPIE SALARIÉE
savoir devenir : faire équipe
et être aux côtés de...



Parlons-en ensemble
au Centre Hospitalier de Libourne (33)

Session 1 Kinésithérapie salariée & Politiques Publiques

14:00 - 17:30

Présidence de séance : Pierre-Henri HALLER, Président de l'ACNKS**Grand témoin : Frédéric SPINHIRNY**

- Accueil : **Christian SOUBIE**, Directeur Général, **Dr. Christian RISI**, Président de la CME, **Dr. Eric TRAISSAC**, Chef de pôle rééducation CH Libourne (33)
- **Demande sociale, dimensions du Handicap et acteurs** - **Dr. Jean-Pascal DEVAILLY**, Président du Syndicat Français de Médecine Physique et de Réadaptation (SYFMER) (75)
- **Socio-histoire en évolution : profession, métier salarié, & mode(s) d'exercice :**
 - **l'exercice mixte comme lien Ville-Hôpital à propos de l'appareillage respi**
Thomas REGINAULT, Kinésithérapeute CHU de Bordeaux (33)
 - **intérim, contrats à durée déterminé, temps partiels : incidences sur la continuité d'activité, l'attractivité, l'expertise et le « faire équipe »**
Sophie TRICHOT, CSS kinésithérapeute CHU Reims (51), **Emmanuelle BERTEAU**, CSS kinésithérapeute CHU Bordeaux (33), **Isabelle FERREIRA**, DRH CH Libourne (33)

Pause café - visite stands partenaires et posters

- **Conférence : « Soigner les apparences, toucher avec les yeux »**
Frédéric SPINHIRNY, Directeur d'Hôpital et Philosophe CHU Tours (37)

Jeudi 1^{er} octobre**Session 2 Kinésithérapie salariée au cœur de la diversité de pratiques professionnelles et inter-professionnelles**

8:30 - 12:30

Présidence de séance : Sophie TRICHOT et Servane PRIEU

- **Synergie pluridisciplinaire dans parcours AVC**
Théophile LE MOIGNE, Psychomotricien, **Cyrielle GRIMBLLOT**, Ergothérapeute, **Pascal LOUBERE** Kinésithérapeute, **Maxime PRÉCHAC** Enseignant en Activité Physique Adaptée, **Virginie DUROU** Aide plateau SMR et **Patrick BRUYAUD**, Kinésithérapeute HAD CH Libourne (33)
- **Douleurs neuropathiques : repenser la prise en charge pour améliorer la qualité de vie**
Lucie CREGO, Ergothérapeute CH Libourne (33)
- **Pied diabétique : vers une approche individualisée pour prévenir et traiter efficacement**
Adrien FABRE, Podologue CH Libourne (33)
- **Rééducation et thérapies non médicamenteuses**
Bénédicte DARRIGRAND, Orthophoniste CH Libourne (33), **Patty CANAC**, Intervenante

Pause café - visite stands partenaires et posters

- **Protocole de coopération interprofessionnelle : déglutition – extubation**
Catherine AUBERT et **Caroline GREIBIL**, Kinésithérapeutes, **Mélanie ENGELHARDT**, Orthophoniste, **Isabelle FOURCADE**, CDS Kinésithérapeute CHU Bordeaux (33)
- **Evaluation précoce de patients chuteurs aux urgences**
Paul GILLAIZEAU, Kinésithérapeute CHU Bordeaux (33)
- **Ateliers thématiques**

*Pause déjeuner - visite stands partenaires et posters***Session 3 Kinésithérapie Salariée & professionnalisation clinique curriculaire**

13:45 - 17:30

Présidence de séance : Yves COTTRET

- **Profession et Métier(s) ; Fonction, Mission et Rôle**
Yves COTTRET, Délégué Général ACNKS et **Amel BENGRINE**, CDS Kinésithérapeute CHU Bordeaux (33)
- **« Professionnalisations cliniques »**
 - **Formation initiale** : **Jacques CHERVIN**, CDS Kinésithérapeute IFMK St Maurice (94) et **Jules BARBIER**, Kinésithérapeute CH Lorient (56) Vice-Président ACNKS,
 - **Assistant de Soins en Réadaptation (ASR)** :
Christelle KRIEGER, DS Kinésithérapeute ES Merlebach (57), **Laetitia BUISSON**, CSS Kinésithérapeute CH Plaisir (78), **Emmanuelle BERTEAU**, CSS Kinésithérapeute CHU Bordeaux (33), **Isabelle TIERNY** CDS Infirmière, **Camille DULAC**, Kinésithérapeute, **Virginie DUROU**, Aide plateau CH Libourne (33)

- Cadre de Santé (CDS), Kinésithérapeute en Pratique Avancée (MKPA) et Kinésithérapeute Clinicien Chercheur (MKCC) : **Pierre-Henri HALLER**, Servane PRIEU, CSS Kinésithérapeute Hyères (83), **Carine BLANCHEREAU**, CSS infirmière CH Libourne (33), **Emmanuelle BERTEAU**, CHU Bordeaux (33) et **Guillaume FOSSAT**, Kinésithérapeute CHU Orléans (45)

Pause café - visite stands partenaires et posters

Kinésithérapie Salariée & évolutions d'activités et d'organisations

À propos de massage, téléconsultation, recherche, professionnalisation clinique, permanence de soins, ratios, de risques et encadrement

Pierre-Henri HALLER, Servane PRIEU et Sophie TRICHOT, ACNKS

**Session
FORUM**

Vendredi 2 octobre

Kinésithérapie Salariée au cœur de la diversité de pratiques professionnelles et inter-professionnelles

Présidence de séance : **Jacques VAILLANT**

- **Avancer après un AVC ou un traumatisme : l'IVS4 à vos côtés au sein de l'hôpital de Blaye**
Elodie SCALBERT, Kinésithérapeute CH Blaye (33)
- **Kinésithérapeute salarié en santé publique**
Marguerite DONTENWILLE, Kinésithérapeute CLCC Bergonié (33)
- **Kinésithérapeute salarié en cancérologie**
Thibaut LEROY COCRELI et **Marguerite DONTENWILLE**, Kinésithérapeutes CLCC Bergonié (33)
- **Kinésithérapeute salarié en santé mentale : approche somatique face à la vulnérabilité psychique**
Florence PIEVIC, Kinésithérapeute CH Saint-Anne (75)

Pause café - visite stands partenaires et posters

- **Kinésithérapeute salarié en HDJ (VNI - MPR - SMR cardio)**
Alexandre GARCIA, Kinésithérapeute (VNI), **Henri DE NORAY**, Kinésithérapeute (MPR), **Daura RODRIGUEZ**, Kinésithérapeute (SMR cardio), CHU Bordeaux (33)
- **Kinésithérapeute salarié en Gériatrie - Prévenir les complications respiratoires liées à la dysphagie : un enjeu clé en kinésithérapie gériatrique**
Maïtena CARRICART et **Isabelle CRABIE**, Kinésithérapeutes CH Libourne (33)
- **Performance en réadaptation** **Céline RAMSPACHER**, CSS Kinésithérapeute, expert ANAP

Remise des prix avec la participation de **Guillaume LADRIX**, Coordonateur Général des Soins CH Libourne (33)

Pause déjeuner - visite stands partenaires et posters

Kinésithérapie Salariée au cœur de la réadaptation et des politiques de santé

Présidence de séance : **Andrée GIBELIN**

Grand témoin : **Jacques VAILLANT**

- **Facteurs Humains en Santé et travail en équipe interprofessionnelle**
Pr Bruno DEBIEN, Anesthésiste-réanimateur (75)
- **Risques et expérience patient l'enquête « risques » de l'ACNKS**
Andrée GIBELIN, Chargée de mission ACNKS (69)
- **Littérature en santé... faire équipe**
Pr François ALLA, Chef du service prévention CHU Bordeaux (33)
- **Conclusion et perspective (JNKS 2027)**
Pierre-Henri HALLER,
Lionel CROCCI, **Christelle KRIEGER**, **Sophie TRICHOT**

Session 4

8:30 - 12:30

**Session
POSTERS**

Session 5

13:45 - 16:30

INSCRIPTIONS AUPRÈS DES SERVICES DE FORMATION CONTINUE

(Bulletin d'inscription joint au programme.)

	adhérent ACNKS	non adhérent
Jusqu'au 5 septembre	550 €	650 €
Du 6 au 24 septembre	650 €	750 €

acnks

promouvoir la
kinésithérapie salariée

accompagner
et représenter
les kinésithérapeutes
et cadres salariés

Prix de la kinésithérapie salariée

Vous envisagez de participer aux JNKS 2026 à LIBOURNE ?

Vous souhaitez faire connaître, diffuser et valoriser vos réflexions, travaux, réalisations, démarches, innovations, recherches, protocoles, etc., fruit(s) d'un investissement individuel ou collectif, dans le cadre salarié, public ou privé, hospitalier ou SMR ou médico-social ou de la formation ?

Au cours des JNKS 2026, l'ACNKS attribuera, selon les candidatures, des **prix de la Kinésithérapie Salariée** à des **posters** relatant des innovations, des recherches, des mémoires, à propos de :

- pratique professionnelle ou interprofessionnelle *
- pratique de prévention *
- recherche clinique * pratique pédagogique *

(*) conçues, conduites et mises en œuvre par un.e kinésithérapeute (ou par les membres d'une équipe pro ou interpro) salarié(s) d'établissements de formation ou de santé, publics ou privés.

Vous souhaitez concourir ?

« Pré-inscription » et informations complémentaires sur demande, par mail :

contact.cnks@gmail.com

en indiquant dans l'objet du mail : **PRIX POSTERS JNKS 2026**

et en indiquant dans le corps du mail :

vosre nom, prénom,

fonction, établissement, adresse professionnelle,

numéros de téléphone professionnel et personnel.

Vous recevrez en retour les consignes et conditions d'inscription définitive.



acnks.org

NOS PARTENAIRES 2025-26



BULLETIN D'INSCRIPTION AUX JNKS 2026

Clôture le 24/09 inclus

À remplir en majuscules et à envoyer, (avec règlement si prise en charge personnelle) :

- par mail : formations.kines@kineouestprevention.com

- ou par courrier à : KINÉ OUEST PREVENTION (organisme certifié QUALIOPI, actions de formation)

1, allée du Puits Julien - BP112 - 22590 PORDIC

NOM

Prénom

Année DE MK : Année CDS :

Autre diplôme / année :

RPPS :

Adresse domicile :

Code postal :

Ville :

IMPÉRATIF EN CAS D'ANNULATION :

e-mail personnel :

Tél. portable :

FONCTION exercée :

☐ Kinésithérapeute

☐ Cadre MK (service)

☐ Cadre MK (enseignant)

☐ Directeur Soins MK

☐ Cadre sup MK (service)

☐ Cadre sup MK (enseignant)

☐ Directeur IFMK

Autre profession :

Établissement :

Service ou pôle :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. :

e-mail :

☐ Vous êtes en situation de handicap ? Cochez la case, si vous souhaitez être contacté(e) pour envisager des aménagements

Prise en charge par la formation continue :

à compléter par le responsable de la formation continue de l'établissement, et adresser le bulletin par mail ou par courrier. Une convention de formation sera adressée, par KOP dès réception du bulletin d'inscription, au directeur de l'établissement.

À compléter par le responsable de formation

NOM

Prénom

Fonction

Adresse

Tél. :

e-mail :

Fait à le / /

☐ **BON POUR ACCORD**

Cachet de l'établissement
et signature du responsable
de la formation

Prise en charge personnelle :

joindre au présent bulletin dûment complété, daté et signé, le règlement des frais d'inscription - et prestations annexes s'il y a lieu - par chèque à l'ordre de KOP

Fait à Signature du stagiaire

le / /

Veuillez entourer votre choix, ci-dessous :

	mercredi*, jeudi** et vendredi**	
	adhérent ACNKS	non adhérent
Jusqu'au 5 septembre	550 €	650 €
Du 6 au 24 septembre	650 €	750 €

	jeudi** et vendredi**	
	adhérent ACNKS	non adhérent
Jusqu'au 5 septembre	450 €	550 €
Du 6 au 24 septembre	550 €	650 €

(*) incluant pauses café (**) incluant pauses café et déjeuner

À réception du dossier complet dûment constitué (inscription individuelle réglée ou convention signée) KOP et ACNKS transmettront les informations définitives relatives aux JNKS (confirmation de convocation, informations pratiques...)

NB : facturation en cas d'annulation, quel qu'en soit le motif, avant le 24 septembre inclus : 60 € (frais administratifs et logistiques) après le 24 septembre : la totalité du coût de l'inscription contractualisée.

Informations et renseignements : formations.kines@kineouestprevention.com. Vos coordonnées seront uniquement utilisées pour mieux vous informer et diffuser plus efficacement des informations pratiques sur nos formations (catalogue, emailing,...). Elles sont enregistrées et transmises au responsable en charge des formations de Kiné Ouest Prévention, ainsi qu'à l'ACNKS dispensant la formation à laquelle vous vous inscrivez. Ce dernier s'engage à ne pas les utiliser sans votre consentement en dehors du cadre de la formation. Kiné Ouest Prévention conserve vos coordonnées tant que vous ne vous désinscrivez pas. Vous pouvez accéder et obtenir une copie des données vous concernant, les faire rectifier ou les faire effacer. Vous disposez également d'un droit à la limitation du traitement de vos données.

AU SUJET DE ...

L'EXERCICE PROFESSIONNEL *

* concerne l'ensemble de la profession
quel que soit le mode d'exercice libéral ou salarié

Décret n° 2026-62 du 5 février 2026 portant modification du code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes publié au JO, le 7 février 2025 (entre en vigueur 8/02/2026). Il actualise le code et l'harmonise avec les autres codes de déontologie mais surtout il clarifie ce que doit faire un MK confronté aux situations de maltraitance : violence, sévices, privations ou mauvais traitements ...

R4321-58 du CSP

Le MK examine, conseille ou soigne avec la même conscience tous ses patients, sans opérer de discrimination. Il ne se départit jamais d'une attitude correcte et attentive envers la personne soignée.

NB : en cas de discrimination avérée le MK peut se voir infliger une sanction de 3 ans d'emprisonnement et 45.000 € d'amende ou de 5 ans d'emprisonnement et 75.000 € d'amende (si le refus discriminatoire est commis dans un lieu accueillant du public ou aux fins d'en interdire l'accès)

R4321-90 du CSP

Lorsque le MK présume qu'une personne auprès de laquelle il intervient est victime de violences, de sévices, de privations ou de mauvais traitements, il :

- ◊ est dans l'obligation d'agir par tout moyen
- ◊ choisit les moyens qu'il met en œuvre pour protéger la victime
- ◊ peut procéder à un signalement au procureur de la République (ou à la CRIP pour les mineurs)
- ◊ recueille le consentement de la personne avant de procéder au signalement
- ◊ si c'est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger, l'accord n'est pas nécessaire

En cas de violences au sein du couple le MK s'efforce d'obtenir l'accord de la personne majeure ; en cas d'impossibilité, il l'informe du signalement fait au procureur de la République. Le signalement fait aux autorités compétentes par le MK ne peut engager sa responsabilité disciplinaire, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi

Les articles R4321-107, R4321-129, Art R 4321-132 traitent de l'exercice libéral (remplacement, cabinet secondaire)

R4321-144 du CSP

Lorsqu'un MK modifie ses conditions d'exercice (NDLR : qu'il doit signaler) le CDOMK qui jusque là « prenait acte » doit désormais « mettre à jour le tableau en tenant compte de ces modifications »



Certification périodique : publication du référentiel des kinésithérapeutes

L'arrêté du 26 février 2026, publié au Journal officiel le 27 février 2026, présente les référentiels de certification périodique applicables aux professions de santé relevant d'un ordre professionnel, dont celui, désormais obligatoire pour l'ensemble des kinésithérapeutes en exercice.

En application des décrets du 26 décembre 2025 il précise par un **référentiel de certification périodique** * les modalités de mise en œuvre de cette obligation pour tous les kinésithérapeutes en exercice.

(*) élaboré par le Collège de la masso-kinésithérapie (CMK) et validé par la Haute Autorité de Santé (HAS).

La certification périodique a pour objectif de garantir le maintien, l'amélioration par l'actualisation des savoirs et compétences tout au long de la vie professionnelle.

Cet arrêté et son annexe doivent permettre :

- aux organismes dispensant de la formation continue de concevoir et proposer des offres et actions en adéquation
- à tout kinésithérapeute de mieux appréhender les attendus et modalités de cette obligation périodique aux fins d'en planifier au mieux les étapes à réaliser afin de maintenir, développer, ou approfondir ses compétences en lien avec
 - le référentiel de formation initiale ;
 - ses préférences d'exercice ou activités dominantes (cf. annexe 2) ;

- son environnement professionnel ;
- ses projets professionnels.

Contenu des actions de formation et méthodologie attendue y sont définis pour chacun des quatre axes de la certification.

- **Axe 1 – Actualisation des connaissances et des compétences** : 1 action obligatoire appartenant à une typologie de formation (DPC, formation continue, formation diplômante) & 1 autre action, au choix, inscrite au référentiel dans l'axe 1

Axe 2 – Renforcer la qualité des pratiques et des soins : 1 action, obligatoire, relevant de l'Évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et/ou de gestion des risques (GDR) et/ou d'analyse de pratiques professionnelles (APP) & 1 autre action, au choix, inscrite au référentiel dans l'axe 2.

- **Axe 3 – Améliorer la relation avec les patients** : 2 actions, au choix, inscrites au référentiel dans l'axe 3.

Axe 4 – Mieux prendre en compte sa santé personnelle : 2 actions, au choix, inscrites au référentiel dans l'axe 4.

Consulter le référentiel : ~~~>

Référentiel de certification périodique des masseurs-kinésithérapeutes

Pour en savoir plus consulter les sites du CNOMK et du CMK ~~~>

- <https://www.college-mk.org/certification-periodique/>
- [CNOMK La certification périodique ici](#)

à suivre entre autres :

- mise à disposition du téléservice « Ma CertifPro Santé »
- modalités concrètes de déploiement de la certification périodique.

AU SUJET DE ...

L'EXERCICE SALARIE *

* concerne spécifiquement les collègues salarié-e-s
exerçant au sein d'établissements de santé publics ou privés

à paraître
à l'occasion des
JNKS 2026 Libourne



Rémunération & mode d'exercice : encore (?) ... toujours (?) ... un vrai débat ?

Nos anciens ont déjà connus ces discussions entre libéraux et salariés ! Déjà ils et elles pondéraient d'éventuelles réalités différentielles importantes par d'autres éléments dont la rémunération « sûre » du salarié versus les aléas « lapins » pour le libéral, les plages et amplitudes horaires, l'appétence à faire équipe ou à être indépendant, sans oublier les contraintes financières à remboursement d'emprunts pour frais d'études. Ces discussions et tous les arguments, comme les arguties, sont encore et toujours d'actualité notamment en début de carrière ... peut-être car insuffisamment posés durant la formation initiale que ce soit en institut ou au cours des stages de professionnalisation clinique. L'hédonisme, la QVCT, ... sont aujourd'hui plus qu'hier présents dans les choix qu'opèrent les professionnels.

Au-delà des rapports, enquêtes et autres tableaux de bord réalisés et produits par plein d'organismes, d'organisations professionnelles autour du sujet des éléments d'attractivité - et trop peu autour de la fidélisation, le « savoir devenir », qui pour notre association sont certainement les plus déterminants – revenons quand même aujourd'hui sur le sujet « rémunération horaire », qui confirmera que comparaison n'est pas toujours raison.

Considérons pour affiner la comparaison, l'activité du MK salarié, hors séances collectives, et intégrons les recommandations de bonnes pratiques en kinésithérapie libérale, notamment le volume d'activité réaliste (nombre de patients/heure, jours travaillés/mois, congés) et les tarifs conventionnels officiels.

Pour les Kinésithérapeutes salariés (FPH et FEHAP)** en application des grilles indiciaires ou de coefficients, cotisations sociales, primes et indemnités statutaires (hors heures supplémentaires de type continuité de soin) pour un emploi de 35h par semaine, congés payés inclus :

FPH (début de carrière)	12 €/h	FPH (fin de carrière)	17 €/h
FEHAP (expérimenté)	18 €/h		

Pour les Kinésithérapeutes libéraux (base conventionnelle / avril 2026) : **17,70 €/h** à raison de 2 patients / heure, 21 jours/mois et après 45 % de charges, 4-5 semaines de congés non rémunérés / an ; pour certains 22 €/h toujours à raison de 2 patients/heure, en tarif majoré (dépassements, spécialités sport, périnée, ...)

Le taux horaire « libéral » net est en moyenne supérieur d'environ 10 % à 15 % à celui des salariés, mais avec une charge de travail alourdie d'au moins 2 à 3 heures par semaine de temps « administratif » non rémunérés et des risques accrus (pas de congés payés, charges élevées, temps morts par rendez-vous non honorés...).

Plus que la question de la rémunération – qu'il faut cesser d'arguer pour justification - le choix du mode d'exercice, du métier libéral ou du métier salarié, prend plus de sens en regard de déterminants tels que le « faire équipe », le « travail d'équipe », la « régularité » des conditions de l'exercice, l'intérêt pour les situations complexes, ... versus la « liberté d'entreprise », l'absence de pesanteur structurelle, l'inclusion de l'activité au plus proche de la vie citoyenne des patients ...



L'IRDES vient de publier un rapport qui, certes comme souvent, ne s'intéresse qu'à la profession de santé majoritaire en nombre mais dont il est intéressant d'en connaître les arcanes et de s'interroger sur l'éventuelle similitude qu'il pourrait y avoir avec la profession de kinésithérapeute.

Entre hôpital et libéral : trajectoires professionnelles et santé face aux facteurs de risques psychosociaux des infirmières

Augé E., Mousquès J., Gousset C. (Irdes)

L'IRDES résume : Dans un contexte de pénurie des professionnels de santé hospitaliers, la rétention de ces derniers devient un enjeu stratégique majeur pour les systèmes de soins. Ce rapport analyse la façon dont la transition des infirmières du salariat hospitalier vers l'exercice libéral contribue à réduire leur exposition aux facteurs de risques psychosociaux et à améliorer leur santé. Il s'appuie sur deux volets complémentaires : (i) l'étude des facteurs de risques psychosociaux de l'ensemble des professionnels de santé hospitaliers, et (ii) l'analyse de l'évolution de l'état de santé après l'installation dans le libéral des infirmières. Le premier volet met en évidence un impact des facteurs de risques psychosociaux sur la santé mentale, et plus particulièrement sur les troubles anxieux et dépressifs chez les infirmières et les sages-femmes.

Certaines ressources professionnelles - soutien social, reconnaissance et autonomie - atténuent les effets délétères des exigences professionnelles. Le second volet montre que les infirmières qui quittent l'hôpital présentent initialement un état de santé dégradé et une diminution du recours aux soins hospitaliers est observée après leur installation en libéral. Ces résultats sont cohérents avec l'hypothèse selon laquelle une autonomie suffisante dans l'organisation du travail peut produire des bénéfices sur la santé. Dans un contexte de pénurie durable, cela suggère que les réponses fondées uniquement sur les revalorisations salariales sont insuffisantes. Une politique de rétention durable exige une transformation des environnements de travail : marges de manœuvre, soutien organisationnel et reconnaissance effective du travail infirmier.

A la mi-avril le CNOMK publiait - à raison -
sur son fil d'actualité linkedin le post ci-après :

« Aide-kinésithérapeute » : un statut inexistant et non autorisé

Régulièrement interrogé sur la reconnaissance du statut d'aide-kinésithérapeute (souvent appelé « aide-kiné ») et destinataire de signalements concernant des personnes exerçant au sein d'établissements de santé sous ce statut en toute illégalité, l'Ordre ne cesse de rappeler que ce statut n'a aucune existence légale. Dès lors, un tel exercice est passible de poursuites pénales pour exercice illégal de la kinésithérapie.

Pour en savoir plus <https://lnkd.in/eNtbj2Zu>

Des collègues dénoncent clairement, ou laissent plus ou moins entendre, ici ou là que certains établissements, sous couvert d'un MK titulaire (ou contractuel d'ailleurs) ne chercheraient pas à recruter d'autres MK se contentant alors d'adjoindre au dit titulaire des « aides kinésithérapeutes » voire des EAPA... ce qui empêcherait à des kinésithérapeutes de postuler pour devenir salariés. D'autres pensent que les établissements depuis la réforme du financement ont de grosses difficultés financières et ne peuvent pas être concurrentiels face « aux nouveaux cabinets qui emploient en salariat du libéral caché »(sic).

Dans tous les cas ce rappel et cette clarification sur le sujet est indispensable - en regard d'éventuels glissements de tâches, ... conduisant à des pratiques illégales - pour garantir la sécurité des patients mais aussi prévenir les risques de responsabilité professionnelle. **L'ACNKS soutient sans réserve cette dénonciation du CNOMK d'un faux statut « d'aide kinésithérapeute » et le rappel à la Loi.**

L'ACNKS estime pour autant que le sujet ne peut être clos ainsi et qu'il mérite au contraire une réflexion approfondie ... **non pas sur un « aide kinésithérapeute »* mais sur un « assistant de soins de réadaptation » (ASR)** à l'instar de la création de la formation, du diplôme et du statut réservé aux aides-soignants « d'assistant de soins en gériatrie » (ASG) ; le périmètre des activités de l'ASR, interviendrait par délégation et sous contrôle des rééducateurs sur les plateaux techniques, restant à définir mais devant alors permettre aux rééducateurs de se consacrer aux actes à haute valeur ajoutée.

(*) Pour mémoire l'ACNKS avait d'ailleurs rendu, en février 2020 avec l'ensemble des organisations professionnelles réunies à cet effet, un avis défavorable à un projet de formation d'un « d'aide kinésithérapeute » présenté et proposé à l'époque par le CNOMK.

Fonction publique : lancement d'une réflexion stratégique pour anticiper les changements à venir dans la fonction publique d'ici à 2035-2050

Vieillessement de la population, rôle de l'intelligence artificielle, urgence climatique, mutations du travail, contexte géopolitique... Annoncée le 6 octobre 2025 à l'occasion des 80 ans de la Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP), la revue stratégique de la fonction publique a vocation à éclairer le débat public sur les évolutions à venir pour la fonction publique.

Les concertations sur l'avenir de la fonction publique ont commencé le 18 mars 2026. Les résultats de cette réflexion seront publiés à l'occasion du 80^e anniversaire du premier statut des fonctionnaires, le 19 octobre 2026.

En savoir plus -----> [Fonction publique : les dates clés](#)

Anticiper les évolutions de la fonction publique à l'horizon 2035-2050

Dans un **contexte de vieillissement de la population active en France** et notamment des effectifs de la fonction publique (en 2050, un fonctionnaire sur quatre aura 60 ans ou plus), la revue établira plusieurs scénarios construits autour de **trois thématiques** :

- **les fonctionnaires, les agents publics et le service public** (statut, voies de recrutement, mobilité...) ;
- **l'unicité et la diversité de la fonction publique** ;
- **l'agent public et l'organisation du service public** (aspirations individuelles, temps de travail, montée en compétences, reconversion des agents...).

Les travaux mobiliseront l'ensemble des acteurs concernés par les évolutions de la fonction publique :

- employeurs publics ;
- organisations syndicales ;
- agents publics ;
- élèves des écoles de service public ;
- experts et chercheurs : conseil scientifique (CORH), démographes, économistes, sociologues du travail et des organisations, spécialistes du numérique, de l'intelligence artificielle et des services publics, juristes, ou think tanks.

Les acteurs impliqués dans la revue s'interrogeront notamment sur les problématiques suivantes :

- quels sont les besoins de la fonction publique à l'horizon 2035-2050 et comment la fonction publique peut-elle s'adapter ?
- comment tirer le meilleur parti des nouvelles technologies au service des citoyens, et des agents publics, tout en garantissant sécurité et souveraineté ?
- comment la fonction publique peut anticiper les besoins en services publics et limiter les conséquences des crises écologiques sur l'organisation des services publics ?

AU SUJET DE ...

LA FORMATION INITIALE

Professionnalisation clinique : un débat à (r)ouvrir !?

Au-delà des points de vue - parfois diamétralement opposés - sur la nécessité ou pas de valorisation financière du tuteur de stage, et par-delà les attendus légitimes des instituts, et de leurs formateurs, cadrés par les textes réglementaires, la question du niveau, de la latitude contextuelle, de l'engagement dans l'accompagnement / compagnonnage - des étudiants-stagiaires-futurs professionnels par les kinésithérapeutes salariés mérite d'être reposée.

L'ACNKS a déjà ces dernières années, à l'aune d'enquêtes et de groupe de travail, suggéré d'adopter une « démarche TMP » (tutorat, mentorat, partenariat) adossée à un « continuum d'actions AAA » (accueil, accompagnement, acculturation).

L'ACNKS souhaite désormais aller plus loin sur cette voie ;

elle entend explorer la possibilité de dynamiser l'expression, le recueil de propositions et suggérer que l'accueil de « stagiaires » soit le fait dans une dialogie féconde d'une réelle pro-activité des cliniciens ... pour ce qu'il conviendrait de nommer - au lieu et place des stages - la **professionnalisation clinique**.

Un sujet qui fera donc dans les semaines et mois à venir l'objet d'une étude avec revue de littérature, enquête, groupe de travail, et élaboration de motion à valider en conseil d'administration et à soumettre aux participants du séminaire - forum annuel des JNKS.

Transmettre, point essentiel de mon métier de kinésithérapeute !

« Et ces dernières semaines ont été particulièrement chargées sur ce point !

J'ai encadré une stagiaire de 1ère année durant tout un mois... Pas évident. Car à ce niveau de formation les notions de pathologies sont très limitées, mais hors de question qu'elle ne fasse que de l'observation. On a pris le temps de réfléchir ensemble autour de certaines notions : équilibre, transfert de poids pour libérer l'appui et permettre le mouvement, mais aussi comment aborder une personne âgée avec son vécu, ses envies...

Accompagner une étudiante durant tout un mois est un privilège, une occasion de la guider vers une prise en charge bienveillante et pertinente de la personne âgée.

Puis j'ai été jusqu'à Rodez et son IFMK, pour passer la journée autour de la désadaptation psychomotrice mais aussi autour du bilan Equimog, le comprendre et apprendre à s'en servir... Structurer des notions et transmettre des outils est important pour aller vers une kinésithérapie gériatrique pertinente et s'éloigner de la marchothérapie...

Et pour finir, j'ai fait une petite visio avec les étudiants de l'IFMK de Toulouse pour partager mon expérience terrain, notamment sur la désadaptation psychomotrice (ma préférée).

Montrer le plus concrètement possible qu'on peut s'éclater en gériatrie, et enfin changer les mentalités sur ce sujet !

Être kinésithérapeute c'est aussi avoir en tête que :

- la transmission fait partie de notre responsabilité
- il est nécessaire de faire évoluer nos pratiques (et quoi de mieux que de se confronter aux questionnements des étudiants !)
- le lien entre le terrain et la formation est primordial ! »

En tout cas, moi j'adore ça !

Eleonore Durand
MK

Rachat d'années d'études des fonctionnaires hospitaliers :

Depuis le 1^{er} janvier 2026, l'environnement réglementaire du rachat d'années d'études en vue de la retraite des fonctionnaires, dont ceux de la FPH affiliés à la CNRACL (Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales) est actualisé.

Analyse et enjeux pour les stagiaires et titulaires, affiliés à la CNRACL

Le **décret du 26 décembre 2025** paru au Journal officiel codifie réellement pour la première fois les règles relatives à ce dispositif et ajuste de façon détaillée le barème des cotisations, tout en prolongeant l'âge limite de rachat à tarif réduit jusqu'à 66 ans inclus.

L'ancien dispositif

Avant 2026 le rachat des années d'études pour les agents publics reposait sur les règles générales du Code des pensions civiles et militaires de retraite (CPCMR) et divers textes réglementaires existants (cf. site de la CNRACL) offrant la possibilité :

- de racheter, avant 60 ans, 1 à 12 trimestres d'études supérieures (si trimestres complets de 90 jours consécutifs) .
- d'allonger ainsi la durée d'assurance et/ou d'augmenter le taux de liquidation de la pension, en réduisant l'impact d'une éventuelle décote
- à un tarif préférentiel était applicable sous certaines conditions d'âge, notamment pour des rachats effectués à un âge plus jeune.

en savoir plus : <https://www.cnracle.retraites.fr/actif/ma-carriere-mes-droits/completer-ma-carriere/rachat-des-etudes-superieures->



Ces règles avaient vocation à encourager des rachats anticipés pour ceux qui avaient poursuivi des études supérieures, afin de permettre une meilleure prise en compte de ces périodes dans le calcul de la retraite, dans la limite d'une neutralité actuarielle du dispositif (le supplément de pension devait être couvert par les cotisations versées).

Le nouveau dispositif (D. du 26 décembre 2025) apporte

- **un nouveau barème précis de cotisations :** exprimé en pourcentage du traitement indiciaire brut annuel, selon l'option choisie et de façon progressive en fonction de l'âge de l'agent au jour de la demande de rachat (à 20 ans : taux de 2,78 % à 8,83 % et à 64 ans : taux de 10,31 % à 21,66 %)
- **extension de l'âge limite de rachat à tarif réduit :** ce bénéfice est étendu jusqu'à l'âge de 66 ans inclus pour les demandes faites à compter du 1^{er} janvier 2026, élargissant ainsi l'accès au dispositif pour les agents proches de la retraite.

En savoir plus :

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000053175140>

AU SUJET DE ...

CONDITIONS DE TRAVAIL

à propos de ... ratio(s)

MISER SUR LE TEMPS DE SOIN

La loi du 29 janvier 2025 précise, dans son titre, un **nombre minimum de soignants par patient hospitalisé et**, dans son corps de texte, un **ratio minimal de soignants par lit ouvert**. Dans les deux cas, la loi s'applique par approche quantifiée d'un nombre de professionnels versus un nombre de patients ou de lits et suivant un dimensionnement réglementaire.

Ce dernier est à définir par mobilisation d'indicateurs qui seront proposés par la HAS. Mais, une fois ces ratios inscrits par décrets, tout ajustement ne sera à nouveau possible que par voie réglementaire. C'est-à-dire qu'une évolution de la charge en soins, par exemple, ou du contenu des actes par métiers, ne pourra générer une évolution des effectifs requis sans instruction politique.

C'est pour cette raison qu'un choix préalable d'indicateurs est nécessaire et à considérer comme suit :

- d'une part des indicateurs a priori, qui permettront une méthode de dimensionnement paramédical par « fourchettes larges ». Ceci offrira la possibilité d'appliquer la loi tout en laissant une flexibilité aux établissements publics, notamment pour répondre à une évolution des besoins des patients.
- d'autre part, des indicateurs a posteriori, qui offriront des données d'analyse des fonctionnements, organisations des activités des soins, mises en œuvre des conditions de travail, ou bilans sociaux.

Il convient de rappeler que la finalité d'un dimensionnement paramédical est le

déploiement d'un temps possible de soins répondant à des besoins de patients. Considérons en outre que l'activité peut rester « ouverte » parce que l'application réglementaire n'est pas trop contraignante pour les hôpitaux.

La finalité n'est pas l'élaboration d'une « maquette » (effectif cible, positionné sur une semaine dite « standard ») cette dernière n'étant elle-même qu'une méthode d'organisation du temps de travail pour répondre à la finalité d'un volume de soins nécessaires.

Ces soins sont répartis en deux grandes catégories : les soins sur prescription médicale et ceux relevant du « rôle propre » des infirmiers. Ce dernier venant d'être renforcé par le décret du 24 décembre 2025.

Aussi, en fonction de l'évaluation des besoins des patients et des prescriptions médico-soignantes qui en résultent, le temps paramédical évolue. Ceci impose un choix d'indicateurs a priori centrés sur les contenus de soins requis.

Nous pourrions souhaiter que l'intelligence artificielle (IA) s'empare de ce sujet en 2026. Que l'IA soit un outil d'aide aux décisions de dimensionnement d'effectifs intégrant des indicateurs de charges en soins automatisés.

Le temps du soin est la plus essentielle et flexible de nos richesses institutionnelles dans la fonction publique hospitalière. Il argumente toutes nos stratégies fonctionnelles, nos organisations, nos adaptations, la coordination des prises en charge, des parcours d'accompagnement, des réponses aux besoins des usagers. Osons miser prioritairement sur le temps du soin en 2026.

Cécile Kanitzer

Dans le cadre de la mise en œuvre de la loi n°2025 - 74 sur l'instauration d'un nombre minimum de soignants par patient hospitalisé, la HAS a été saisie pour proposer des ratios minimaux garantissant la qualité et la sécurité des soins, en tenant compte de la charge réelle des soins.

La **périnatalité**,
la **psychiatrie**
et les **soins palliatifs**

sont les priorités qui seront abordées dans un premier temps.

Une mission HAS, de mars à juillet 2026 doit faire la synthèse des données nationales et internationales sur la périnatalité en vue de la rédaction d'un argumentaire scientifique sur lequel se fondera un groupe de travail composé de professionnels concernés et d'usagers.

L'objectif est de proposer des ratios minimaux

« **de soignants, par lit ouvert**

ou

par nombre de passages pour les activités ambulatoires,

de nature à garantir la qualité et la sécurité des soins ».

Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine Volume 210, Issue 4, May 2026, Pages 510-520



Revue générale

Ratio paramédical au nombre de patients ou de lits – Analyse et discussion des méthodes de dimensionnement des activités de soins Ratio of nurses (RNs) per bed or per patient. Analysis and discussion about methods for paramedical staffing levels☆

Author links open overlay panel François-René Pruvot ^a, Cécile Kanitzer ^b, Olivier Claris ^c, Yvonnick Morice ^d

<https://doi.org/10.1016/j.banm.2026.02.009>

[Get rights and content](#)

Résumé

Le nombre d'infirmières(ers) (IDE) par lit ou par patient, ou ratio soignant (RS), est corrélé au risque de morbidité (MM) des patients dans les unités de soins. Une revue de la littérature montre qu'il n'y a pas de chiffre seuil de RS universellement reconnu, même par type de pathologie ou d'hôpitaux.

Si en soins critiques le ratio oscille entre 1 infirmière(er) pour 1 à 2 malades selon les pays,

en médecine ou chirurgie les ratios constatés varient de 2-4 malades à plus de 12 selon les activités, les pays, les hôpitaux sans qu'on puisse dégager un point de bascule de MM reconnu.

D'autres indicateurs de besoin en effectifs, temps de travail au lit du patient ou par 24 h par patient, charge en soins, par infirmière ou par unité, peuvent aussi construire un RS fixé à priori par unité ou adapté en temps réel.

D'autres indicateurs comportant **les personnels paramédicaux non-infirmiers**, les types d'horaires de travail utilisés, la typologie des programmes de soins en équipe, la notion de « familiarity », les risques d'absentéisme ou de burn-out doivent être pris en compte **pour un dimensionnement paramédical** qui n'aggrave pas le risque d'excès de MM ou de dysfonctionnement (sous réserve d'une exhaustivité des maquettes à 100 %).

A partir de ces indicateurs, **un travail par les professionnels paramédicaux, médicaux et managériaux**, doit être formalisé par activité pour chiffrer des fourchettes acceptables et révisables de RS en termes de sécurité, qualité, fluidité et soutenabilité du dimensionnement paramédical par unité et groupes d'unité.

Introduction

Le calibrage du dimensionnement paramédical aux besoins réels d'une structure hospitalière ou unité de soins, est un enjeu de la MM des patients et de l'efficience d'organisation des unités de soins.

Le plus souvent, ce dimensionnement paramédical est exprimé comme RS ou nombre d'infirmiers rapporté au nombre de lits ou de patient mais aussi par des outils de mesure du temps de soins nécessaire ou disponible.

On sait que le sous-dimensionnement des effectifs paramédicaux affecte négativement ces indicateurs de performance [1], [2].

Or, partout dans le monde les systèmes de santé tentent de gérer une maîtrise des moyens financiers [3] dans un contexte de demande de soins accrue des patients, en se questionnant sur les recommandations et l'augmentation de sécurité et d'attractivité dans les pratiques soignantes [4], [5].

Il n'est donc pas illégitime, aujourd'hui, de réanalyser le ratio paramédical au nombre de patients ou de lits et sa pertinence dans l'évaluation et la construction du dimensionnement paramédical des unités de soins.

Si une revue en 2009 avait pondéré la corrélation entre RS et MM des patients, ne la retrouvant en soins critiques que dans 3/10 études, l'impossibilité à la déterminer dans 7/10 études [6], sept revues [7], [8], [9], [10], [11], [12], [13] parues avant la pandémie Covid-19, ont montré le risque accru de mortalité des patients dans les unités de soins avec un RS moindre.

Le risque infectieux, le risque d'accident cardiaque [14], [15] et le risque d'autres événements indésirables [10], [16] ont, aussi, été corrélés à des indicateurs d'effectifs paramédicaux insuffisants.

De même, des facteurs indirects de morbidité peuvent être liés au RS au travers de dysfonctionnements structurels induits : durée moyenne de séjour [17], erreur d'administration des prescriptions ou défaut de communication entre les membres de l'équipe soignante, rapportés à des RS moindres dans 39 % des cas et à l'utilisation d'intérimaires dans 27 % des cas [18].

Des travaux ont cherché à aider les hôpitaux à dimensionner réglementairement les équipes ou les unités par un indicateur de seuil simple, communément admis, voire opposable [12], [15], [19], [20].

Mais, si un seuil chiffré facilite, en théorie, la mise en place d'une réglementation, un paramètre numérique est-il un bon indicateur en réponse aux questions soulevées par la diversité des pratiques, des types d'activité et des ressources humaines disponibles ?

Trois champs principaux de travail complètent l'étude des corrélations entre le dimensionnement paramédical et la MM des patients ou le dysfonctionnement des unités de soins [21] :

- l'analyse d'autres outils de mesure du besoin de ressource paramédicale IDE, dont le temps de soins [22] ;
- l'identification de facteurs qualitatifs de compétence et de diversité des ressources paramédicales [23], [24] ;
- l'extrapolation incompressible à des paramètres d'organisation et de performance managériales des unités de soins.

En France, une proposition de Loi au Sénat du 8 novembre 2022 (rapport dit « Jommier ») [25] et un rapport de la Commission des Affaires Sociales (rapport dit « Garot ») du 4 décembre 2024 [26] se sont concentrées sur des RS chiffrés par lit ou place, sans prise en compte des durées de travail ou des volumes de soins estimés.

La distinction a été faite entre des RS de « sécurité » déjà opposables, équivalent de « normes », pour 5 types d'activité de soins « sensibles » (Fig. 1), et des RS « qualitatifs » présentés comme souhaitables n'obligeant pas la fermeture des unités après déclaration à l'ARS en cas de postes non pourvus ou d'effectif sous-qualifié.

Une période de réflexion (2025–2027) doit permettre des travaux parallèles de la Haute Autorité de santé (HAS) et des disciplines professionnelles en vue de l'instauration ultérieure de RS souhaitables après mise à l'épreuve sur le terrain.

La distinction a été faite entre des RS de « sécurité » déjà opposables, équivalent de « normes », pour 5 types d'activité de soins « sensibles » (Fig. 1), et des RS « qualitatifs » présentés comme souhaitables n'obligeant pas la fermeture des unités après déclaration à l'ARS en cas de postes non pourvus ou d'effectif sous-qualifié.

Une période de réflexion (2025–2027) doit permettre des travaux parallèles de la Haute Autorité de santé (HAS) et des disciplines professionnelles en vue de l'instauration ultérieure de RS souhaitables après mise à l'épreuve sur le terrain.

Ce qu'en dit le SYFMER :

Parmi les sujets que nous devons aborder lors de cette rentrée tourmentée, il y a les ratios soignants / soignés.

Dans son bestiaire, à côté des licornes, des zombies et de chimères de la réforme, Jean de Kervasdoué a peut-être oublié les serpents de mer, dont on ne sait toujours pas s'ils existent.

Réels ou non, il est certain qu'ils font peur à beaucoup.

Voilà encore un sujet bien clivant au sein du système de santé.

S'agissant des SMR, j'avais commis un article avant le vote de la loi Jomier, que vous trouverez en pièce jointe et qui est loin de faire le tour de la question.

- les SMR, secteur hospitalier fourre-tout, sont toujours largement confondus avec les soins de réadaptation, et la MPR est trop souvent assimilée à une discipline SMR.

- comment faire en SMR quand les missions restent confuses notamment sur l'intensité de réadaptation et le principe de gradation des soins articulés aux autorisations ?

- impact économique variable selon les fédérations avec des risques financiers variables

- impact variable sur l'attractivité et la fidélisation

En première approche, voici quelques liens généraux de mise au point :

Création de ratios de soignants par patient hospitalisé :
<https://www.fhf.fr/expertises/ressources-humaines/personnel-non-medical/creation-de-ratios-de-soignants-par-patient-hospitalise>

Chef de projet sur les ratios de soignants H/F Article HAS - Mis en ligne le 11 juil. 2025
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3635919/fr/chef-de-projet-sur-les-ratios-de-soignants-h/f

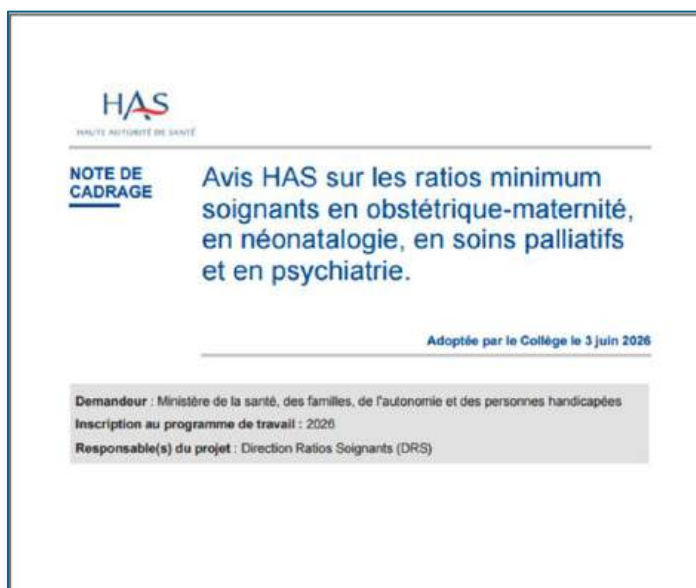
Ratios soignants/soignés : les gouvernements passent, nos revendications perdurent !
<https://www.force-ouvriere.fr/ratios-soignants-soignes-les-gouvernements-passent-nos>

Ratio de soignants par patient hospitalisé : la loi est publiée ! <https://www.santementale.fr/2025/01/ratios-de-soignants-par-patient-hospitalise-proposition-de-loi-adoptee-en-commission-des-affaires-sociales/>

Loi sur le nombre minimum de soignants par patient : utopie ou vraie solution de sortie de la crise des vocations ?
https://www.editions-legislatives.fr/actualite/loi-sur-le-nombre-minimum-de-soignants-par-patient-utopie-ou-vraie-solution-de-sortie-de-la-crise-de/?srsltid=AfmBOor63NoTSsHUUN-FlzVYAW8SmAua3KGSYUbb8EjFvQ0RQOSG_QzuE

Loi du 29 janvier 2025 relative à l'instauration d'un nombre minimum de soignants par patient hospitalisé
<https://www.vie-publique.fr/loi/288037-hopitaux-loi-du-29-janvier-2025-nombre-minimum-de-soignants-par-patient>

Article – Ratios soignants à l'hôpital: bonne ou fausse bonne idée ? Les serpents de mer existent peut-être, en fin de compte...
<https://www.cneh.fr/blog-jurisante/publications/droit-hospitalier-et-cooperation-sanitaire/article-ratios-soignants-a-lhopital-bonne-ou-fausse-idee-les-serpents-de-mer-existent-peut-etre-en-fin-de-compte/>



Jean-Pascal DEVAILLY • 1er

Président du Syndicat français de Médecine ph...
17 h •

A la suite de la loi Jomier du 29 janvier 2025 visant à instaurer un nombre minimal de soignants par patient, la HAS se penche sur plusieurs domaines :

Avis HAS sur les ratios minimum soignants en néonatalogie, en obstétrique, en soins palliatifs et en psychiatrie – Note de cadrage
Études et Rapports – Mis en ligne le 16 juin 2026
<https://lnkd.in/ebe8HyJF>

Espérons que le champ de la réadaptation, une priorité de santé publique qui tarde à être identifiée en France, ne sera pas oublié.

Ni les conditions techniques de fonctionnement actuelles, ni les modèles de financement ne permettent de financer des programmes à forte densité de réadaptation à hauteur des nouveaux besoins, quel que soit le secteur.

Qu'il s'agisse de la réadaptation des affections du système nerveux, de l'appareil locomoteur, cardio vasculaire ou respiratoire, plus généralement quelle que soit l'origine des limitations fonctionnelles requérant la réadaptation et à n'importe quel âge, professionnels et usagers constatent une érosion progressive de la disponibilité, de l'accessibilité, de la qualité et de l'acceptabilité des interventions de réadaptation, en ville, en court séjour, en SMR et en secteur médico-social.

Le récent rapport "Prévention et prise en charge des accidents vasculaires cérébraux" de la Cour des comptes (octobre 2025) est sans ambiguïté à cet égard.

Qu'il s'agisse de la réadaptation des affections du système nerveux, de l'appareil locomoteur, cardio vasculaire ou respiratoire, plus généralement quelle que soit l'origine des limitations fonctionnelles requérant la réadaptation et à n'importe quel âge, professionnels et usagers constatent une érosion progressive de la disponibilité, de l'accessibilité, de la qualité et de l'acceptabilité des interventions de réadaptation, en ville, en court séjour, en SMR et en secteur médico-social.

Le récent rapport "Prévention et prise en charge des accidents vasculaires cérébraux" de la Cour des comptes (octobre 2025) est sans ambiguïté à cet égard.

Le droit à la réadaptation, reconnu en droit international, dépend en grande partie des ratios soignants/patient. Ils sont déterminants pour les conditions de travail des équipes et l'attractivité aujourd'hui fortement menacée.

Avis HAS sur les ratios minimum soignants en obstétrique-maternité, en néonatalogie, en soins palliatifs et en psychiatrie.

has-sante.fr



Les activités
de Rééducation,
de Réadaptation,
feront-elles l'objet
d'une prochaine étude ???

REACTIONS DE L'ACNKS

Un sujet récurrent, plusieurs fois évoqué lors de nos #JNKS et qui le sera à nouveau aux #JNKS2026 LIBOURNE.

Un sujet pour lequel l'analyse de la charge de travail est essentielle mais qu'il convient de compléter des données d'organisation et de conditions de travail (activité généraliste ou orientée, sur plateau technique ou au lit du patient, mono ou pluridisciplinaire, mono ou pluri-services, ...).

La suggestion de Cécile Kanitzer, autrice du concept « Care's time » - déjà évoqué dans nos colonnes et présenté lors des JNKS2024 NANTES - qui consiste à modifier la Loi sera-t-elle comprise ? Elle est posée .. et mérite d'être soutenue

Tellement juste, tellement plus équitable, tellement évident .. que depuis des décennies ce sujet est néanmoins pris à l'envers ou en tous cas avec un effet parallaxe délétère dont les effets impactent les pratiques, l'attractivité et la fidélisation.

CARE'S TIME

IL EST NECESSAIRE D'INTEGRER LE TEMPS DE SOINS DANS LA LOI

La loi 2025-74 du 29 janvier 2025 relative à l'instauration d'un nombre minimum de soignants par patient hospitalisé précise : « 4° bis Etablir, pour chaque spécialité et chaque type d'activité de soins hospitaliers et en tenant compte de la charge des soins associée, **un ratio minimal de soignants**, par lit ouvert ou par nombre de passages pour les activités ambulatoires, de nature à garantir la qualité et la sécurité des soins; ».

Mais, la loi pourrait préciser « **un temps de soins minimal par lit ou place** ».



- Car le nombre de soignant ne renseigne pas le temps de soins
- Car le temps de soins est la seule réponse aux besoins des patients
- Car un temps de soins « cible » permet de répondre à la question de la charge en soins
- Car le temps de soins permet de définir un nombre de soignants

L'ACNKS est de plus en plus souvent récipiendaire de l'agacement, de la plainte, du découragement de collègues, kinésithérapeutes ou cadres de santé. Kinésithérapeutes qui ressentent que la kinésithérapie – et plus globalement - la rééducation-réadaptation sont prises de façon systématique comme variables d'ajustement pour ce que les tutelles, et décideurs régionaux ou d'établissements nomment pudiquement des « mesures de rationalisation des coûts et des organisations » alors que dans le même temps les discours sur les nécessités prise en charge et en soins, sur l'accompagnement et la prévention des populations ne sauraient en exclure ces activités. Un paradoxe...de plus.

Ce sentiment d'héminégligence dans les politiques publiques, partagé par le SYFMER, nécessite d'être documenté. Le SYFMER & l'ACNKS sont ainsi convenus d'unir leurs démarches à cet effet...par une première enquête.

Enquête sur la perception du droit à la réadaptation par les professionnels

Le SYFMER et l'ACNKS lancent une enquête conjointe sur la « perception du droit à la réadaptation » dans les territoires. Le droit à la santé est un droit promu par les organisations internationales qui s'inscrit progressivement dans les droits de la santé des différents pays, avec des obligations croissantes de la part des pays signataires. Les pouvoirs publics sont tenus de mettre en place des politiques de santé efficaces qui ne laissent personne de côté.

Par ailleurs la réadaptation émerge comme une priorité internationale de santé et s'inscrit dans le droit à la santé et à la protection sociale. L'OMS promeut un ensemble cohérent de stratégies de santé : la promotion de la santé, la prévention, les soins curatifs la réadaptation et les soins palliatifs.

L'enquête porte initialement sur les perceptions des MPR, des MK & CDS MK salariés mais s'agissant de la Réadaptation au sens de l'OMS – incluant la Rééducation – elle a naturellement vocation à bénéficier

des avis des autres professionnels rééducateurs et bien entendu au-delà à l'ensemble des professionnels de santé ou de la santé.

Quatre dimensions seront explorées :

la disponibilité : elle fait référence à l'existence des prestations, sont-elles suffisantes en termes de quantité et de types

l'accessibilité comprend de nombreux éléments : physique (architecturale et géographique), financière, administrative, sociale et de l'information

l'acceptabilité concerne le respect des normes éthiques et professionnelles et de la culture des individus, du consentement éclairé et de l'absence de discriminations de toute nature

la qualité concerne la réponse aux attentes des parties prenantes, le niveau des compétences et la formation des prestataires, la conformité avec les normes de bonnes pratiques en termes de sécurité, de pertinence des soins au niveau de soin adapté.

Comment ne pas être d'accord ?

 **Conseil national de l'ordre des...**
15 240 abonnés
4 j • 

[Actualité de l'Ordre 

Mardi 19 mai , **Pascale Mathieu**, présidente du **Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes**, a participé à la conférence "La santé, c'est la richesse : pourquoi investir dans les professionnels de santé est rentable" dans le cadre de la 79ème Assemblée mondiale de la santé  à Genève , et répondait avec **Mike Landry**, président de la **World Physiotherapy** à la question "Pourquoi est-il particulièrement important de fidéliser les professionnels de santé  , et quels en sont les bénéfices, tant sur le plan économique que pour les professionnels de santé eux-mêmes ?".

Pascale Mathieu : "En tant que présidente de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, représentant 116 000 kinésithérapeutes en exercice, avec 3 000 nouveaux diplômés  chaque année à l'issue d'une formation de cinq ans, je souhaite rappeler une vérité trop souvent négligée : il ne peut y avoir de système de santé solide  sans des professionnels de santé respectés, soutenus  et présents en nombre suffisant."

Pascale Mathieu : "Fidéliser les professionnels de santé   est donc devenu un enjeu majeur de santé publique. Cela suppose des conditions de travail décentes , une véritable reconnaissance des compétences professionnelles, un accès à la formation continue , ainsi qu'une attention particulière portée à la santé mentale et à la qualité de vie au travail. Mais cette préoccupation doit commencer dès la formation initiale . La santé et le bien-être des étudiants doivent être mieux pris en compte, avec des conditions d'études soutenables  et des coûts de formation qui ne créent pas de barrières sociales à l'entrée dans les professions de santé. Nos cursus doivent rester ouverts à la diversité sociale et ne pas devenir un facteur de reproduction des inégalités."

Pascale Mathieu : "Mais pour dégager des marges de manœuvre budgétaires, nous devons aussi interroger nos pratiques . Responsabilisons-nous suffisamment les patients ? Les autonomisons-nous assez ? Faisons-nous véritablement de l'éducation à la santé  ? Sommes-nous toujours certains de la pertinence de nos actes au regard des bonnes pratiques  ? C'est à ce prix que nous serons efficaces."

World Health Organization #WHA79

Pour l'ACNKS
l'adéquation patients/soignants,
est essentielle

et doit être exprimée en ratios
après analyse combinée
des charges de travail,
des temps de soins et autres temps selon
les activités et organisations des champs
disciplinaires concernés

Pour l'ACNKS
les conditions d'exercice
[QVCT, Plan

& Déroulement de carrière notamment]
sont les déterminants majeurs de la
fidélisation des professionnels
qui est elle-même le déclencheur de
l'attractivité

ou comment mieux penser l'évolution de toute
la profession par & pour ses différents métiers !

à propos ... de risques

Risque(s) professionnel(s) lié(s) à l'exercice du métier de « kinésithérapeute salarié » : l'enquête en cours de l'ACNKS.

Andrée Gibelin, CDS MK,
chargée de mission ACNKS

Le **risque professionnel** est la probabilité, pour un salarié exposé à une situation dangereuse lors de son activité professionnelle, de subir des effets nocifs pour sa santé **physique et mentale**. Les **risques physiques** sont classiquement distingués des **risques psychosociaux**, même si certains d'entre eux ont une répercussion somatique.

Les acteurs principaux de la prévention et du signalement des risques sont la médecine du travail, les services de ressources humaines, les équipes opérationnelles d'hygiène, les différents correspondant, les partenaires sociaux et bien entendu l'encadrement.

Le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) est obligatoire dans toutes les entreprises dès l'embauche du premier salarié. L'employeur recense et évalue d'abord les risques présents dans l'entreprise et les consigne dans le DUERP, car c'est de sa responsabilité. Elle s'inscrit dans le cadre de son obligation générale d'assurer la sécurité et de protéger la santé des salariés. Cette évaluation respecte les principes généraux de prévention.



Les tous premiers résultats de l'enquête en cours (79 répondants) montrent une perception très variée des différents risques.

Les risques biologiques sont les premiers auxquels on pense pour les professionnels de santé, en effet de nombreux agents biologiques sont susceptibles d'être à l'origine d'infections dans ce secteur professionnel. Leur prévention est particulièrement médiatisée depuis la crise COVID. Les procédures et les protocoles doivent être accessibles facilement pour les professionnels sous forme d'affichage ou de classeurs disponibles dans les locaux professionnels (nettoyage du matériel, collecte des déchets, déclaration d'accidents exposant au sang ou d'exposition fortuite à des agents infectieux). Les répondants se sentent régulièrement exposés à ce risque.

Les risques chimiques liés à l'utilisation de produits de nettoyage ou de désinfection mais également l'exposition à des gaz anesthésiques ont lieu par contact cutané, inhalation ou par voie digestive. Les conséquences observées sont des manifestations allergiques, des irritations cutanées voire de l'asthme. Il est perçu comme étant peu fréquent dans l'exercice salarié.

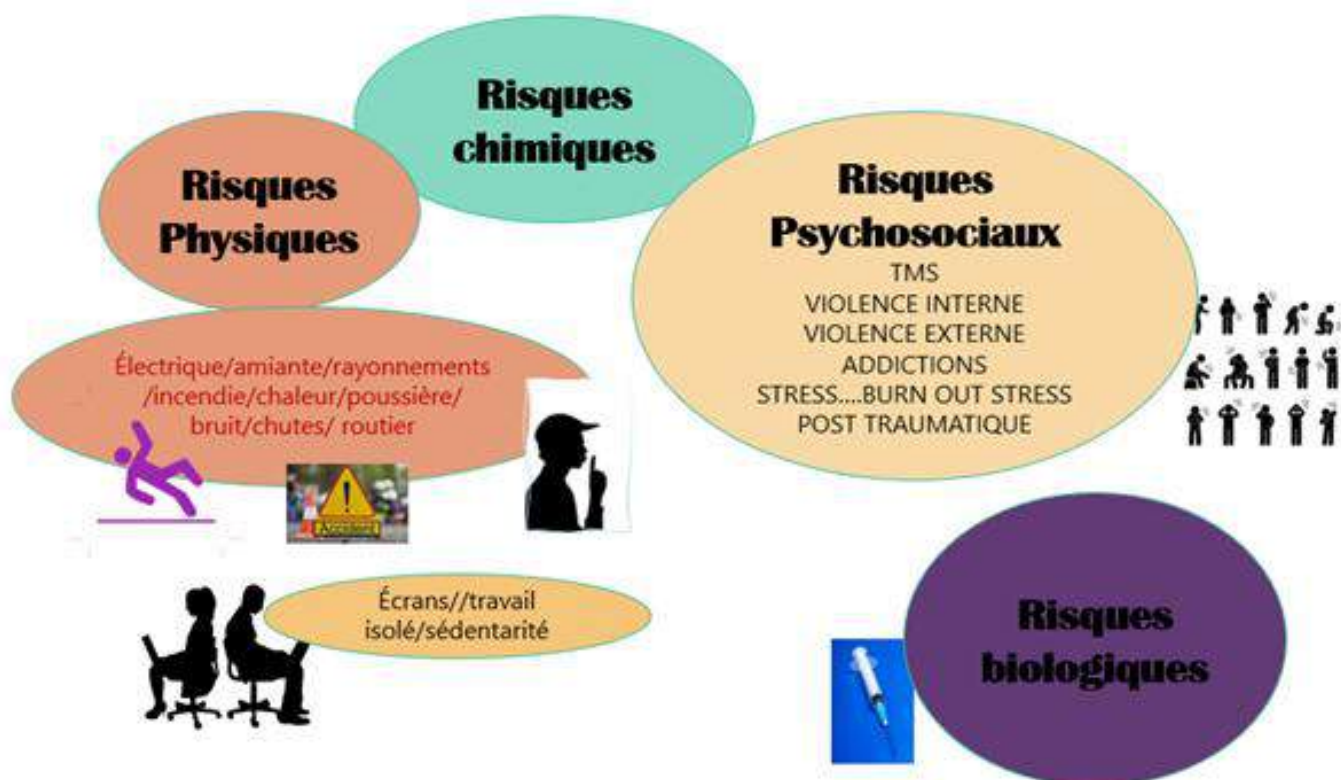
Les risques liés aux facteurs environnementaux c'est-à-dire le bruit et la température n'ont pas été évoqués dans l'enquête.

Les risques liés aux agents physiques comme les rayons ionisants, les champs électromagnétiques et les rayonnements optiques artificiels ne concernent les kinésithérapeutes salariés que lors de pratiques spécifiques (vidéofluoroscopies par exemple).

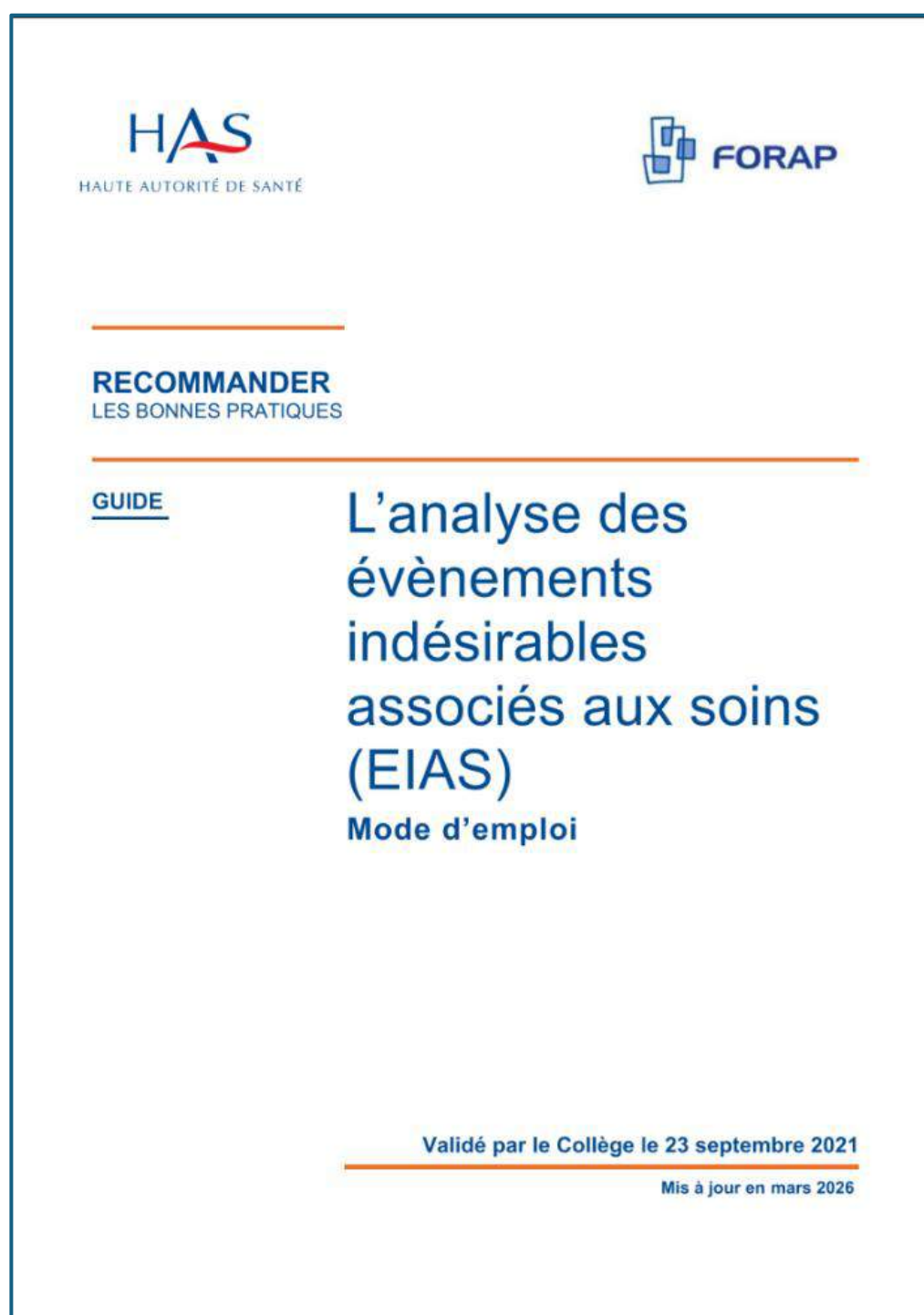
En revanche **les atteintes de l'appareil locomoteurs** sont ressenties comme fréquentes pour les professionnels, en particulier pour la région lombaire et les épaules.

Le stress et le burn out qui peut en être la conséquence sont perçus comme fréquents et liés à des contraintes organisationnelles fortes.

Les violences internes (liées à l'organisation et aux relations avec les collègues) et **externes** (liées aux conflits avec les usagers) sont également signalés par plus de 40% des répondants.

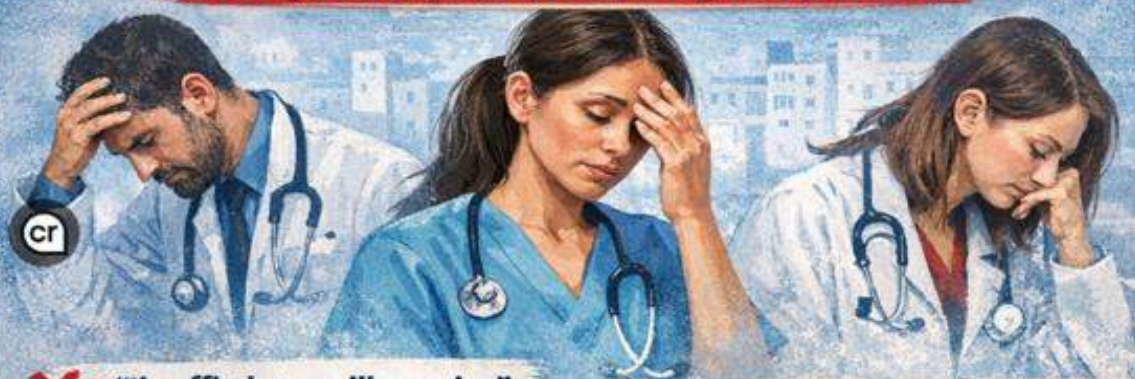


A CONSULTER SANS MODERATION
EDITION MISE A JOUR EN MARS 2026



7 IDÉES FAUSSES SUR LE BURN-OUT DES SOIGNANTS

Protéger les soignants, c'est protéger les patients.



X1. "Il suffit de travailler moins"

Manque de reconnaissance & de sens



X3. "Quand on aime son métier, on ne fait pas de burn-out"



Même les passionnés s'épuisent



X5. "Il faut simplement tenir bon"

Ignorer fatigue = Risques élevés



X7. "Le burn-out, c'est être dévoué"

L'épuisement n'est pas une médaille



X2. "Prends des vacances et ça ira"

Solution temporaire



X4. "C'est un problème individuel"

C'est un problème organisationnel



X6. "Si tu craques, c'est que tu es faible"

Réaction normale au stress



Agir Ensemble !



Conditions de travail saines



Leadership bienveillant



Prévention du burn-out



13



Et vous? Quel est le facteur n°1 d'épuisement dans votre métier?

@ Pr. M TRICHA LINKEDIN

à propos ... de qualité



La qualité des soins dans les établissements de santé représente un enjeu financier et de santé publique.

En France, chaque année, environ 13 millions de patients sont accueillis dans 2 965 établissements de santé.

Les erreurs médicales et les infections nosocomiales survenant lors d'une hospitalisation affectent annuellement plusieurs milliers de patients.

Sur la base des données de l'OCDE, la réparation des préjudices évitables s'élèverait à plus de 11 Md€, et celle du préjudice relatif aux soins inutiles ou à faible valeur à 22 Md€. Dans son rapport, la Cour s'est attachée à répondre à trois questions sur la politique menée permet-elle de mesurer les

évolutions de la qualité des soins dans les établissements de santé ? permet-elle d'améliorer la qualité des soins en établissement ? renforce-t-elle la « culture de la qualité des soins » auprès des professionnels hospitaliers tout en intégrant la place du patient ? La Cour met en évidence un pilotage insuffisant de la politique d'amélioration de la qualité des soins, appelant une refonte de la gouvernance nationale. Elle souligne un défaut d'indicateurs de résultats des soins et une prise en compte insuffisante de la pertinence des actes.

Pour en savoir plus : <https://lnkd.in/dAMbSCYK>

La politique d'amélioration de la qualité des soins dans les établissements de santé (28.04.2026)

La qualité des soins dans les établissements de santé constitue un enjeu de santé publique majeur.

En France, chaque année, environ :

- 13 millions de patients sont accueillis
- dans 2 965 établissements de santé
- répartis entre 1 330 structures publiques,
- 978 structures privées à but lucratif
- et 667 structures privées à but non lucratif.

Le terme de qualité des soins est défini par la Haute Autorité de santé (HAS) et regroupe plusieurs notions telles que la sécurité des actes et interventions

médicales, ainsi que leur efficacité, leur accessibilité et leur pertinence, tout comme la réactivité du système de soins aux attentes du patient.

La non-qualité des soins représente un enjeu financier majeur. Sur la base des données de l'Organisation pour la coopération et le développement économique (OCDE), la Cour estime que la réparation des préjudices évitables en France s'élèverait à plus de 11 Md€ et celle du préjudice relatif aux soins inutiles ou à faible valeur à 22 Md€.

Ce rapport explore 3 questions : la politique menée permet-elle d'une part

- de mesurer les évolutions de la qualité des soins dans les établissements de santé ?
- d'améliorer la qualité des soins en établissement ?

& d'autre part renforce-t-elle

- la culture de la qualité des soins auprès des professionnels hospitaliers tout en intégrant la place du patient ?

Une mesure de la qualité des soins dans les établissements de santé encore lacunaire

Les événements indésirables survenant dans les établissements de santé et ayant des conséquences graves pour les patients (décès, mise en jeu du pronostic vital, survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent) sont largement sous-déclarés par les professionnels de santé, en dépit de l'existence d'une obligation légale en la matière depuis 2004.

En effet, entre 160.000 et 375.000 événements de cette nature surviendraient chaque année au cours de séjours hospitaliers, or seuls 7 100 ont été déclarés en 2024.

Le suivi des infections contractées dans les établissements, qui sont à l'origine d'environ 4 000 décès directs par an, soit davantage que la mortalité routière, n'est pas non plus exhaustif.

De plus, la certification des établissements de santé ne repose pas suffisamment sur une approche fondée sur les risques et les indicateurs de qualité des soins sont trop nombreux et excessivement centrés sur les processus hospitaliers au détriment des résultats de soins.

La plate-forme Qualiscope, qui constitue la principale source d'information publique en matière de qualité et de sécurité des soins dans les établissements de santé, demeure incomplète et méconnue des patients comme des soignants.

Enfin, le critère de qualité des soins est trop faiblement pris en compte dans les financements des établissements de santé.

Une politique ne visant pas suffisamment les résultats et la pertinence des soins

Les indicateurs destinés à mesurer les résultats des actes, examens et interventions médicales ou chirurgicales prodigués en établissements de santé, représentent aujourd'hui une part très minoritaire, environ 10 %, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

Le calcul de ces indicateurs, qui repose à ce jour sur les bases de données médico-administratives nationales, telles que le programme de médicalisation des systèmes d'information, pourrait être développé à une plus grande échelle.

Les seuils d'activité minimale, définis pour certaines spécialités médicales et chirurgicales, qui constituent un levier pour la qualité des soins, ne sont quant à eux pas toujours respectés.

C'est le cas notamment de la chirurgie du cancer de l'ovaire (vingt actes par établissement par an) ou pour les accouchements (300).

Par ailleurs, l'enjeu de la pertinence des soins, qui consiste à prodiguer l'acte le plus adapté et le plus efficace, au bon patient, n'est pas assez intégré dans le pilotage de la qualité des soins, alors qu'il s'agit pourtant d'une dimension centrale.

En outre, la Cour relève que la chirurgie ambulatoire, aux nombreux avantages en matière de qualité des soins et de satisfaction du patient, doit faire l'objet d'un suivi renforcé des événements indésirables et infections nosocomiales, du processus de sortie de l'hôpital et de la bonne prise en compte du contexte socio-économique du patient.

La prise en charge médicamenteuse des patients reste quant à elle porteuse de risques, dans un contexte de recours trop limité à la pharmacie clinique et de suivi insuffisamment encadré des médicaments dits à risque.

Une culture de la qualité à renforcer chez les professionnels hospitaliers, en intégrant davantage la place du patient

La mesure de la satisfaction du patient lors de son hospitalisation a connu une évolution favorable avec la mise en place par la HAS des questionnaires à destination des patients « e – Satis ». Les taux de réponse obtenus sont cependant encore trop faibles pour être suffisamment représentatifs.

Par ailleurs, il est indispensable de mesurer les résultats des soins perçus par le patient, tels que les symptômes ressentis, les capacités fonctionnelles ou la qualité de vie après intervention.

Les avantages apportés par cette démarche sont reconnus tant par les patients que par les professionnels de santé qui, en ayant la possibilité de comparer leurs résultats, peuvent modifier leurs pratiques.

La Cour appelle en outre à ce que le rôle du patient partenaire se développe davantage.

Par son expérience, le patient, notamment le malade chronique, peut aider les autres patients, atteints de la même pathologie, à mieux supporter leur maladie, en complémentarité avec les professionnels de santé, qui restent les responsables des soins.

En outre, la culture de la qualité des soins chez les professionnels de santé est un enjeu majeur. Son appropriation, au quotidien, par les acteurs eux-mêmes, n'est aujourd'hui pas satisfaisante.

Le dispositif d'accréditation des médecins devrait évoluer, d'un fonctionnement individuel vers une logique pluriprofessionnelle, et être étendu à davantage de spécialités médicales.

Le volume d'heures consacré à la qualité au sein de la formation initiale des médecins est insuffisant. Enfin, les modalités de travail en équipe, l'optimisation de la charge de travail des professionnels de santé ou encore la stabilité des équipes, sont insuffisamment pris en compte à ce jour.

Mettre en place une gouvernance nationale de la politique nationale d'amélioration de la qualité des soins

La Cour relève l'absence de stratégie pluriannuelle de la qualité des soins, tout comme le manque d'un pilotage coordonné des parties prenantes à cette politique.

La Cour recommande donc de mettre en place, dès 2026, une gouvernance nationale de la politique d'amélioration de la qualité des soins au sein des établissements de santé, chargée d'élaborer et de suivre la mise en œuvre d'une stratégie pluriannuelle intégrant davantage la pertinence des soins et la place du patient

| 25/05/2026 | par Caducee.net | |

Présenté le 22 mai 2026, le plan santé des professionnels de santé promet de mieux protéger celles et ceux qui prennent en charge les patients. Ses 13 mesures couvrent la prévention, la formation, la santé au travail, la confidentialité des soins et le suivi statistique. Pour les directions, les cadres de proximité, les responsables des ressources humaines et les référents qualité de vie et conditions de travail (QVCT), l'enjeu consiste désormais à distinguer les leviers immédiatement mobilisables, les annonces encore dépendantes d'un cadrage national et les angles morts qui conditionneront les effets réels sur la santé des soignants.[1]

À retenir (lecture rapide)

- Le plan du 22 mai prévoit 13 mesures sur prévention, formation, santé au travail et données.
- DUERP, PAPRI Pact et confidentialité constituent les leviers les plus mobilisables en établissement.
- Le travail de nuit nécessite un pilotage dédié, au-delà des seuls rappels de prévention.
- Financement et calendrier restent incomplets, sans arbitrage public détaillé à ce stade.

Pour en savoir plus : consultez les chapitres et références de l'article très documenté de Caducee.net : [Partager](#)

- Un plan-cadre issu d'un diagnostic déjà documenté
- Confidentialité des soins : un levier rapide, mais pas automatique
- DUERP et PAPRI Pact : la prévention devient une décision de gestion
- Hôpital, médico-social et ville : des leviers inégalement accessibles
- Charge de travail et effectifs : une frontière à tracer sans l'effacer
- Financement : une absence à trois lectures possibles
- Santé mentale et tabou professionnel : la culture compte autant que l'outil
- Une séquence d'action pour les établissements

Références

- [1] [Ministère de la Santé](#), Plan pour la santé des professionnels de santé, dossier de presse, 22 mai 2026.
- [2] [Le Quotidien du Médecin](#), Anne Bayle-Iniguez, Portail et numéro unique, label, minutes prévention : le plan a minima de Ségur pour la santé des soignants, 22 mai 2026.
- [3] [Hospimedia](#), Clémence Nayrac, Un label devra inciter les établissements à s'engager dans la santé des professionnels, 22 mai 2026.
- [4] [Santé Mentale](#), 13 mesures pour améliorer la santé des soignants, 22 mai 2026.
- [5] [WEKA / AFP](#), Portail, numéro d'appel, « label » : des mesures pour améliorer la santé des soignants, 22 mai 2026.
- [6] [Sciences Po Chaire santé](#), Quel est l'état de santé des soignants et des personnels hospitaliers aujourd'hui ?, 4 novembre 2024.
- [7] [MNH / Odoxa](#), Santé mentale des professionnels de santé : des signaux préoccupants et des propositions pour agir, communiqué de presse, 5 mai 2025.
- [8] [SPS](#), Rapport sur la santé des professionnels de santé, par Alexis Bataille-Hembert, Marine Crest-Guilluy et Philippe Denormandie, 9 octobre 2023.
- [9] [Direction générale de l'administration et de la fonction publique](#), Le Document unique d'évaluation des risques professionnels et les actions de prévention, fiche n°6, février 2024.
- [10] [Caducee.net](#), La santé des soignants en 2024 : un mieux timide, 12 novembre 2024.
- [11] [Caducee.net](#), Hôpital et santé au travail : le plan pour soigner les soignants de Marisol Touraine, 2016.
- [12] [Caducee.net](#), Santé mentale des soignants : une crise qui s'aggrave, 12 mai 2025.
- [13] [Caducee.net](#), Violences contre les soignants : le gouvernement annonce un plan d'actions, 17 mars 2025.
- [14] [INRS](#), Travail en horaires atypiques. Effets sur la santé et accidents, mise à jour du 14 novembre 2023.

Publication de la liste des INDICATEURS QUALITE & SECURITE DE SOINS

Pour mémoire en établissement de santé à compter de l'année 2026 ces derniers doivent obligatoirement faire l'objet d'une diffusion publique

Cette diffusion est à minima par :

1. affichage dans les principaux lieux de passage, notamment dans les lieux d'accueil ;
2. insertion d'un feuillet dans le livret d'accueil (papier ou numérique) ;
3. mise en ligne sur le site internet de l'établissement, quand il en dispose.

La présentation doit être claire, compréhensible, et nettement distincte des autres informations mises à disposition du public. Ces résultats d'indicateurs affichés ne doivent pas dater de plus de 4 ans. Les résultats plus anciens sont réputés caducs, ne doivent plus être mis à la disposition du public, à l'exception du niveau de certification qui doit être diffusé pendant toute sa durée de validité, jusqu'à la publication du niveau suivant.

Un article récent publié dans la revue *Frontiers in Psychology* propose une réponse intéressante à la question suivante : peut-on objectiver ce qui fait, au fond, la qualité de l'expérience soignante au travail ?

Une équipe de chercheurs chinois s'est ainsi saisie de ce sujet en développant une échelle du "flow" (état d'engagement optimal) adaptée aux professionnels de santé

Jusqu'à présent, la littérature s'est surtout concentrée sur les dimensions négatives (burn-out, stress, dépression), ce regard "positif" est donc utile pour passer d'une logique de correction des risques à une logique de développement du capital psychologique positif

choses à retenir de leur étude :

Le "flow" constituerait une ressource psychologique interne encore peu mobilisée dans les politiques de santé au travail ;

Chez les soignants, il s'organiserait autour de quatre dimensions intégrées : concentration et feedback, sentiment de maîtrise, transformation du temps, et mise à distance de soi.

Cet état peut désormais être mesuré de manière robuste, via une échelle validée (15 items) de leur point de vue.

Il ouvre des perspectives concrètes pour le management : ajustement des exigences, clarté des objectifs, qualité du retour sur l'action.

De ce fait, le "flow" des soignants est un chantier largement ouvert, notamment en France. Sans doute que cette proposition chinoise d'un outil opérationnel ouvre la porte à de nouvelles recherches, tout particulièrement en management hospitalier et en santé au travail

Observatoire des Risques Psychosociaux dans la Fonction Publique (Post sur LINKEDIN)



L'article « Efficacité au travail et éthique professionnelle » de Irène Pereira entre particulièrement en résonance avec les travaux portés par l'Observatoire des RPS dans la fonction publique sur la dégradation du sens au travail, les risques psychosociaux et la nécessité de replacer l'éthique au cœur des organisations publiques. Irène Pereira Thomas Coutrot
HELPEN Education nationale

Le texte rappelle d'abord que l'efficacité constitue une valeur légitime de l'activité professionnelle. Un service public doit être capable d'agir utilement, de répondre aux besoins des usagers et d'assurer ses missions. Mais l'auteure montre surtout que la question essentielle n'est pas uniquement « être efficace », mais « efficace pour quoi ? ».

Cette interrogation rejoint directement les analyses développées par l'Observatoire des RPS sur l'affaiblissement progressif du sens du travail dans la fonction publique. Depuis plusieurs années, de nombreuses organisations publiques semblent concentrer leur pilotage sur les indicateurs de performance, la rationalisation budgétaire, l'efficience ou encore la réduction des coûts, parfois au détriment des finalités fondamentales du service public : l'intérêt général, la qualité du travail réalisé, la continuité du service rendu et le respect des agents.

L'article met précisément en garde contre cette dérive à travers la critique de ce que Theodor W. Adorno appelait le « voile technologique » : une logique où l'on ne questionne plus la valeur des finalités poursuivies, mais uniquement les moyens les plus efficaces pour atteindre des objectifs déjà fixés. Cette réflexion converge

fortement avec les constats régulièrement formulés par l'Observatoire concernant :

- la domination croissante des logiques gestionnaires dans les administrations ;
- l'obsession des indicateurs chiffrés ;
- la confusion entre qualité du travail et performance comptable ;
- ou encore la réduction des agents publics à des ressources d'ajustement organisationnel.

Le texte souligne également une distinction essentielle entre :

- l'efficacité ;
- l'efficience ;
- et la performance.

Cette nuance est particulièrement importante dans la fonction publique. Être efficace ne signifie pas nécessairement faire toujours plus vite, avec moins de moyens et moins de personnels.

Or, l'Observatoire des RPS alerte précisément sur les effets délétères de cette confusion : intensification du travail, perte de qualité, injonctions contradictoires, perte d'autonomie professionnelle, épuisement psychique et sentiment d'absurdité organisationnelle.

L'un des apports majeurs de l'article réside dans la place centrale accordée à la dignité de la personne humaine. En s'appuyant sur la pensée de Immanuel Kant, l'auteure rappelle qu'un travailleur ne peut jamais être considéré comme une simple variable d'ajustement ou un instrument au service de l'efficacité globale d'un système.

Cette approche fait écho de manière particulièrement forte aux positions défendues par l'Observatoire des RPS dans la fonction publique :

la prévention des RPS ne peut être réduite à une gestion statistique de l'absentéisme ;

- les agents publics ne peuvent être traités uniquement sous l'angle des coûts ;
- les organisations ont une responsabilité éthique dans la protection de la santé mentale ;
- la qualité du travail réel et le respect des professionnels doivent redevenir des priorités centrales du management public.

Au fond, cet article vient conforter une conviction centrale portée par l'Observatoire des RPS dans la fonction publique : la prévention des risques psychosociaux ne peut être dissociée d'une réflexion plus large sur le sens du travail, les finalités du service public, l'éthique des organisations et la dignité des agents. Il rappelle qu'une organisation peut être techniquement performante tout en étant humainement destructrice.

En ce sens, ce billet constitue une contribution particulièrement pertinente pour nourrir les réflexions actuelles sur :

- la crise d'attractivité de la fonction publique ;
- la perte de sens chez les agents ;
- les conflits de valeurs au travail ;
- l'épuisement professionnel ;
- ou encore les limites d'un management public exclusivement centré sur la performance et l'optimisation.



L'hôpital public prendrait-il le virage tant attendu par ses personnels ?

Observatoire des Risques Psychosociaux dans la Fonction Publique

« La Qualité de Vie au Travail sans prévention des RPS c'est du développement personnel »

Publié le 12 juin 2026

Dans le rapport « Quel avenir pour l'hôpital public ? » publié par Terra Nova, le think tank, son auteur Nicolas Revel aborde la reconnaissance explicite du management comme enjeu stratégique

L'affirmation centrale est probablement celle-ci : « L'hôpital jouera son avenir sur la question managériale. » Nicolas Revel établit un lien direct entre le climat de travail ; la réputation d'un service ; l'attractivité des postes ; la fidélisation des professionnels.

Il constate que la sanction du mauvais management n'est plus la résignation mais le départ des agents. Cette idée rejoint très fortement ce que nous défendons depuis longtemps au sein de l'Observatoire : Les difficultés d'attractivité ne sont pas uniquement salariales ;

Une rupture avec la culture historique de l'obéissance

Le texte décrit sans détour la culture hospitalière traditionnelle : Hiérarchique ; mandarinale ; fondée sur le prestige professionnel ; tolérant des comportements qui seraient aujourd'hui jugés inacceptables.

En réalité, ce diagnostic dépasse largement l'hôpital. On retrouve des mécanismes comparables dans certaines collectivités : Personnalisation du pouvoir ; verticalité décisionnelle, confusion entre autorité et autoritarisme ; faible culture du débat contradictoire.

Sous cet angle, ce texte pourrait presque être transposé à certaines administrations territoriales.

La valorisation du dialogue sur le travail réel

L'auteur insiste sur les espaces de discussion ; les remontées de dysfonctionnements ; la participation des équipes ; la construction de solutions collectives ; l'intelligence collective.

Autrement dit : la qualité du dialogue professionnel devient un déterminant majeur de la santé au travail.

Une idée essentielle : un excellent technicien n'est pas forcément un bon manager

Le texte affirme que les qualités managériales deviennent aussi importantes que les qualités techniques ou scientifiques.

C'est une évolution majeure. Dans la fonction publique territoriale, cela renvoie directement à une question rarement posée : Pourquoi continue-t-on à promouvoir des encadrants essentiellement sur leur expertise métier ?

Combien de chefs de service : excellents juristes ; excellents ingénieurs ; excellents financiers n'ont jamais été évalués sur leur capacité à réguler des conflits ; animer un collectif ; prévenir les RPS ; conduire un dialogue professionnel ?

L'Observatoire défend généralement une lecture plus systémique : Un manager peut devenir maltraitant parce qu'il est lui-même soumis à des injonctions contradictoires ; des objectifs irréalistes ; des réductions d'effectifs ; une pression politique ou financière.

Le risque est donc de personnaliser un problème qui est souvent organisationnel.

Une absence relative de réflexion sur la gouvernance

Le texte évoque la gouvernance mais sans l'approfondir.

Or beaucoup de difficultés naissent au-dessus du management intermédiaire ; dans les modalités de pilotage ; dans la chaîne décisionnelle ; dans les arbitrages stratégiques.

Autrement dit : Un mauvais management peut être la conséquence d'une mauvaise gouvernance. C'est une distinction essentielle.

Le risque d'une réponse essentiellement disciplinaire

La seconde partie du texte porte largement sur les sanctions. nous comprenons et partageons l'argument : harcèlement ; violences ; comportements sexistes ; comportements racistes doivent être sanctionnés. Cependant, la prévention ne peut pas se résumer à mieux sanctionner.

A NOTER & A CONSULTER

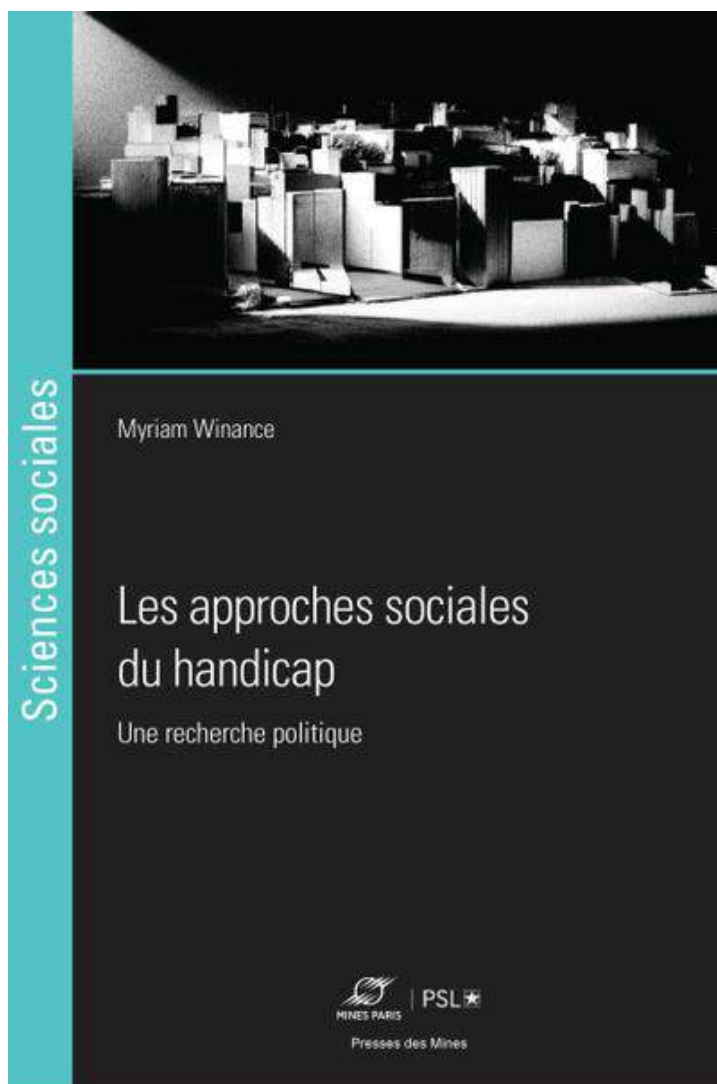
Le Décret du 27 février 2026, crée un système national unique pour centraliser les **réclamations et signalements** dans le champ sanitaire, social et médico-social.

Les réclamations des usagers et les signalements de maltraitance ne resteront plus seulement à l'échelle locale. Elles seront tracées dans un outil commun aux ARS, aux départements et aux services de l'État. Une lecture nationale sera désormais possible de ces données conservées, suivies, consolidées et la multitude des situations individuelles permettront une vision statistique des vulnérabilités et des dysfonctionnements.

Cela oblige tous les acteurs des établissements à être rigoureux dans le traitement des réclamations, dans la formalisation des transmissions et la traçabilité. Les plans de préventions des risques de violence et de maltraitance établis en interne pour les évaluations et certification des établissements par la HAS.

La protection - la prévention des risques - des patients, mais aussi des professionnels, repose sur un engagement sans faille des équipes à accompagner et contribuer à ce nouveau dispositif.

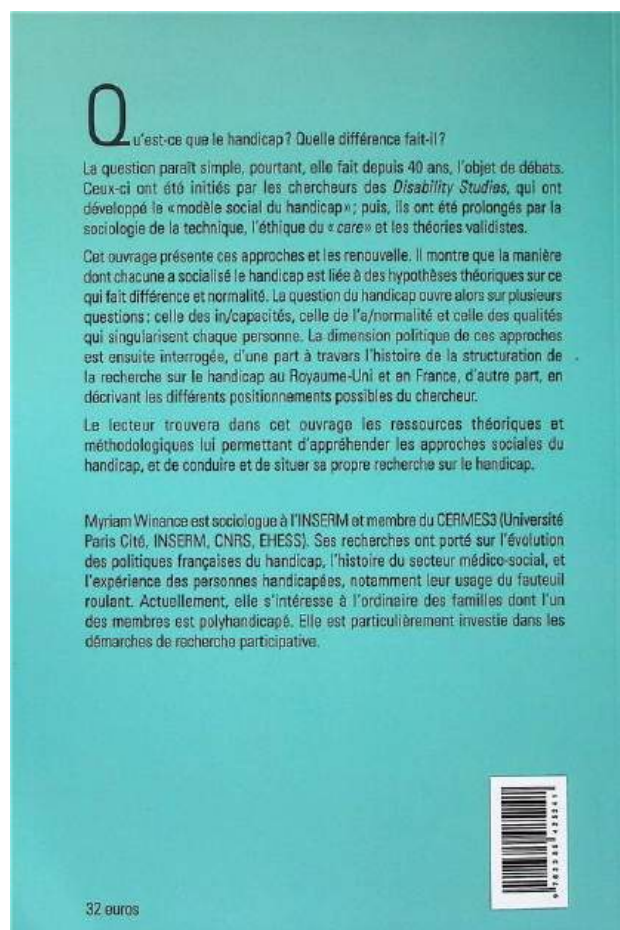
A LIRE ...



Myriam Winance explore dans son ouvrage les approches sociales du handicap, en renouvelant les débats théoriques sur les in/capacités, l'a/normalité et les qualités singulières, en lien avec les politiques et l'expérience des personnes handicapées.

Dans son ouvrage *Les approches sociales du handicap*, la sociologue Myriam Winance analyse quarante ans de débats autour de la question du handicap. Elle apporte sa réflexion, fruit de plusieurs années de recherche au sein de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale.

<https://www.hospimedia.fr/actualite/videos/20260410-codex-le-handicap-est-le-resultat-de-processus>



« DEMANDE SOCIALE,
DIMENSIONS DU HANDICAP & ACTEURS »

UN SUJET EN DIALOGUE

JP DEVAILLY, Pdt SYFMER
& PH HALLER, Pdt ACNKS

lors des JNKS 2026 LIBOURNE

Recherche Paramédicale

A la veille des 15 ans de la première consécration par les PHRIP : paroles, paroles, paroles ... encore et toujours de belles et douces paroles...quand il faudrait aussi des actes forts.

D'un côté des discours lénifiants - empreints d'une vraisemblable sincérité - sur l'intérêt de la recherche, depuis la création des PHRI puis PHRIP, sont égrainés par les ministres et les tutelles chaque année. Comment ne pas être d'accord avec ces discours ? ... nécessaires mais pas suffisants !

De l'autre côté des mesures « bricolées » : certes la « recherche » avance, grandit, mais les « chercheuses et chercheurs et apprenti-e-s » quant à elles et eux ne sont pas encore et surtout pas suffisamment soutenus et reconnus dans leurs spécificités et leurs diversités.

KINESCOPE, qui a consacré plusieurs numéros au panorama de la structuration de la recherche paramédicale en France, dans le public comme dans le privé, s'est aussi fait plusieurs fois l'écho des propositions de l'ACNKS en matière de reconnaissance statutaire des attentes de collègues salariés d'établissements de santé.


Lionel DA...
· 2e
Se connecter

Chef du bureau Organisati...
 14 h ·

 La recherche pluriprofessionnelle n'est pas une recherche "à côté" : c'est une recherche au cœur de la qualité des soins

Très heureux d'avoir participé ce matin, à **SantExpo**, à la table ronde « La recherche pluriprofessionnelle : vecteur d'excellence en santé », aux côtés de **Sébastien COLSON**, **Chloë Grunenwald** et **Lea Guivarch**, sous l'animation de **Damien Sarneo**

Un message fort est ressorti de nos échanges : les défis actuels du système de santé (vieillesse de la population, essor des maladies chroniques, complexité des parcours, attractivité des métiers) ne peuvent pas être pensés à partir d'une seule profession, ni d'un seul lieu de soins

C'est précisément ce que permet la recherche pluriprofessionnelle : partir des pratiques, des besoins des patients et des organisations de soins pour produire des connaissances utiles, robustes et directement mobilisables par les équipes

À la **Direction générale de l'offre de soins (DGOS)**, nous accompagnons cette dynamique depuis plusieurs années, notamment à travers le PHRIP, programme dédié à la recherche infirmière et paramédicale, mais aussi à travers les autres programmes de recherche appliquée en santé : PHRC, PRME, PREPS

Le PHRIP témoigne aujourd'hui de cette montée en puissance : diversification des professions impliquées, place importante des approches quantitatives et interventionnelles, publications de haut niveau, et effet structurant pour les équipes

« communiqué » officiel de Lionel Da CRUZ Chef de Bureau DGOS sur son compte LinkedIn, suite à table ronde à Sante EXPO 20 mai 2026

Et, à ce jour, le constat en la matière est loin d'être satisfaisant : les divers acteurs concernés (chercheurs eux-mêmes, organisations professionnelles syndicales, ordinales, et hiérarchies fonctionnelles, administratives, médicales, tutélaires, n'ont vraisemblablement pas encore fait « but et cause commune » tant de la démarche de recherche que de ses acteurs.

Au-delà des publications, ces projets contribuent à installer une culture de l'évaluation et de la preuve, et à faire émerger des questions directement issues du terrain 🌱

Cette dynamique est désormais bien engagée et doit continuer à s'amplifier 🎓🕒

L'enjeu est clair : consolider les conditions qui permettent aux équipes de s'engager dans la recherche : du temps, de l'accompagnement méthodologique, des financements lisibles, une structuration universitaire solide et une reconnaissance institutionnelle claire 🙌

🌟 Notre ambition collective : faire de la recherche une composante normale de l'exercice professionnel en santé, au service direct de la qualité des soins, pour les patients

#SantExpo #FHF #DGOS #Recherche
#RechercheEnSanté #RechercheParamédicale
#RechercheInfirmière #Pluriprofessionnalité
#QualitéDesSoins #PertinenceDesSoins
#InnovationEnSanté #AttractivitéDesMétiers
#FormationEnSanté



« communiqué » officiel de Lionel Da CRUZ Chef de Bureau DGOS sur son compte LinkedIn, suite à table ronde à Sante EXPO 20 mai 2026

Il est désormais urgent au-delà des discours de s'atteler à la création réfléchie, structurée, de statuts, de corps pour assurer aux « Cliniciens Chercheurs » et aux « Coordonnateurs de la recherche paramédicale » d'établissements de santé développement d'un plan de carrière et déroulement de carrière qui garantissent la bonne exécution de leurs missions.

C'est en tous cas le message porté par l'ACNKS et l'UIPARM dont la détermination reste intacte et se renforce quand on voit une personnalité comme France Mourey (*) s'exprimer sur LinkedIn* avec force amertume et dénoncer les dérives d'un système *** qui reste bancal, inachevé.

(*) republié ci-après dans nos colonnes avec l'aimable autorisation de France Mourey

(***) réellement initié par et à la suite des PHRIP même si quelques collègues précurseurs, pionniers, avaient pris par des chemins déjà complexes voire compliqués le chemin de la recherche

Les braves gens n'aiment pas que on suive une autre route qu'eux !

Le nombre de doctorants, de formation initiale paramédicale, augmente et je pensais ne pouvoir que m'en réjouir. Sur le territoire français leurs statuts, leurs parcours et leurs objectifs de thèse sont très différents. Cette hétérogénéité repose sur le type de financement (école doctorale, financement privé, CIFRE, région, établissements de santé..), sur le temps consacré à la recherche mais aussi sur les perspectives du doctorant souhaitant soit devenir enseignant-chercheur, soit s'orienter vers l'entreprise ou encore poursuivre concomitamment une activité clinique et une activité de recherche en établissement de santé. Ces derniers plus volontiers tournés vers recherche de type translationnelle sont parfois bien mal lotis.

Quand en des temps ancestraux j'ai fait soutenu un doctorat en travaillant dans un CHU, j'ai été regardée comme une extraterrestre ou plus exactement je n'ai pas été regardée du tout.

Cette transparence m'a au moins évité : mépris, rejet et contraintes hiérarchiques.

Quelque chose comme 30 ans plus tard à l'heure de l'universalisation des formations paramédicales, j'avais espéré que le chemin vers le doctorat, pour les quelques personnes passionnées de recherche, deviendrait une évidence.

Je suis fatiguée et attristée de voir des doctorantes et doctorants paramédicaux en établissement de santé s'effondrer en larme vaincus par la fatigue mais surtout par l'absence de reconnaissance de leurs institutions.

Si certains CHU on aujourd'hui une politique claire en ce domaine, avec des coordinateurs de la recherche paramédicale opérationnels, trop d'établissement ne veulent pas comprendre la place de cette recherche et de ces chercheurs dans l'évolution de notre système de santé.

Même si les discours de vitrine font la promotion de ces parcours, à l'échelle des financements et des organisations de travail offertes à ces doctorants le résultat est affligeant.

Un temps dont on fait bien sentir qu'il est volé à la clinique et donc au malade est négocié à la petite semaine comme un cadeau repris dès que les effectifs manquent.

Évidemment il semblerait bien que les freins, dits ou non dits, soient d'autant plus importants quand il s'agit de sujets concernant le vieillissement au sein de filières gériatriques.

L'âgisme serait-il plus fort que les points SIGAPS?

Je vais désormais déconseiller aux paramédicaux d'entamer des cycles de doctorat dans le contexte d'une activité professionnelle car j'ai peur de les pousser vers des situations profondément délétères pour leur santé mentale.

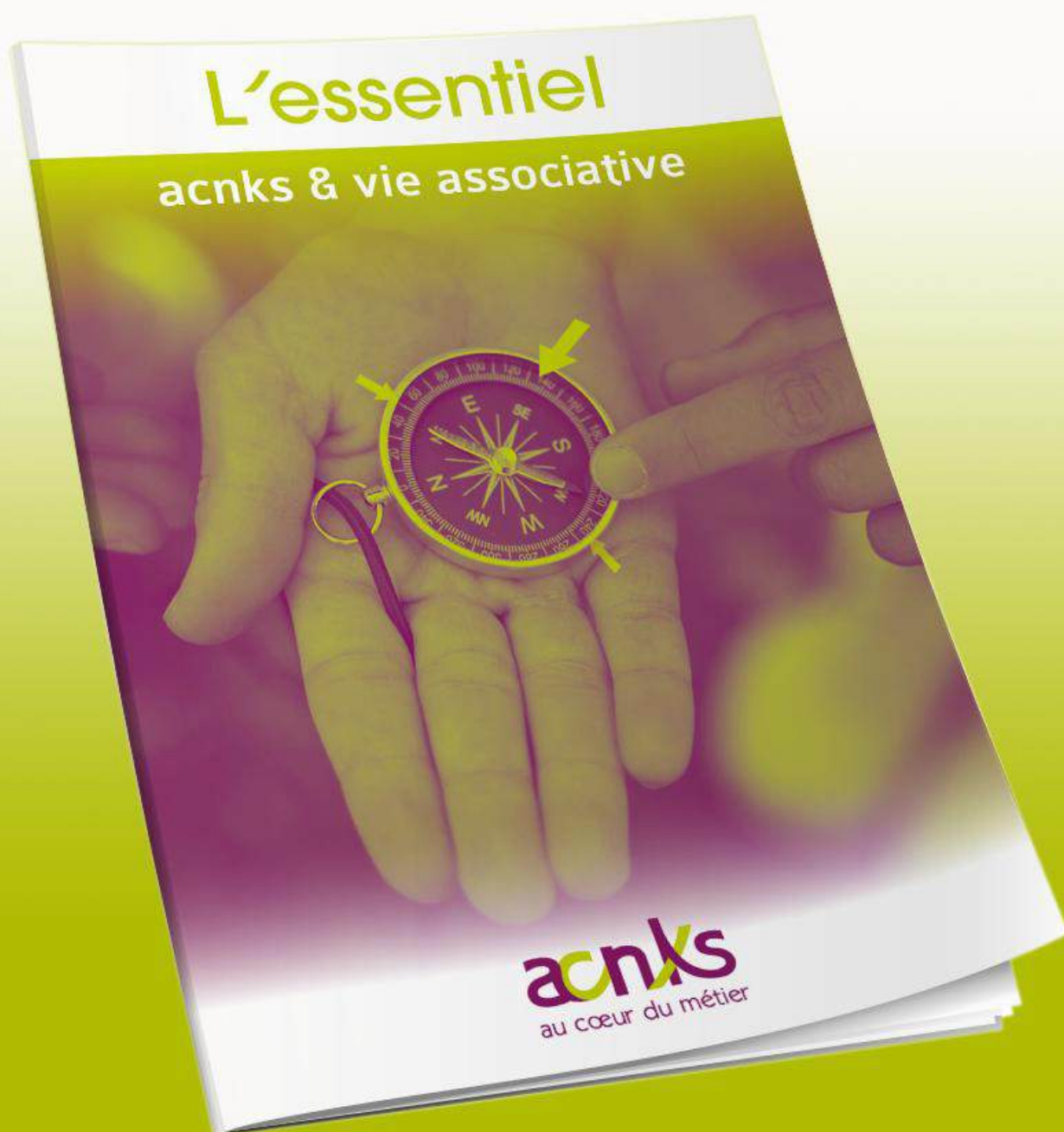
Ainsi donc les doctorats se feront avec des gens désolidarisés de la clinique avec les conséquences que l'on connaît en particulier sur la formation.

France Mourey
Cadre de santé, kinésithérapeute
Pr Emérite
INSERM UMR1093-CAPS,
Université Bourgogne Europe,

à paraître

à l'occasion des

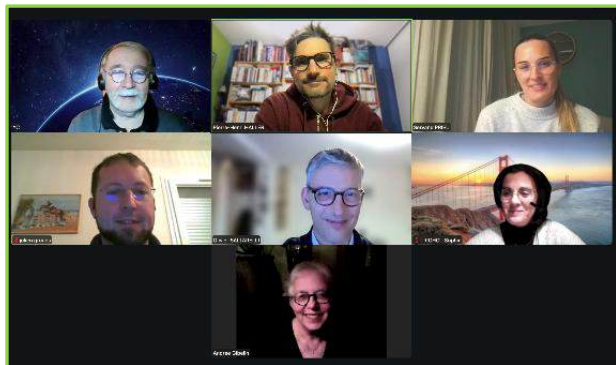
JNKS 2026 Libourne





**promouvoir la kinésithérapie salariée
accompagner et représenter
les kinésithérapeutes et cadres salariés**

Bureau National mensuel
le 1^{er} lundi de 20h 30 à 23 h



Conseil d'Administration trimestriel + séminaire au mois de mars (2 jours)

Association Collège National de la Kinésithérapie Salariée aCNKS
1992 abonnés
3 mois • 🌐

#KinésithérapeutesSalariés

Ce samedi 21 mars réunion du conseil d'administration à l'ordre du jour :

- 🟡 le point des relations avec AFDS, ANCIM, FFMKR, FNEK, CNOMK et
- 🟡 analyse du livre blanc sur l'évolution de la profession
- 🟡 point sur les dossiers en cours
- 🟡 adoption des axes stratégiques & nouveaux dossiers en mettant en chantier (encadrement, assistant de soins de réadaptation, professionnalisation clinique)
- 🟡 validation des nouvelles modalités de de méthode et de communication.

Notre équipe, soutenue par la démarche appréciative, entend valoriser l'historicité et les projets et avancées portées dans le cadre projet associatif 2024 - 2028

#l'intentionlegeste&latrace

affirmer
et afficher notre identité
et nos ambitions

acnks



STKS soirée thématique de la kinésithérapie salariée (3 par an)

Association Collège National de la Kinésithérapie Salariée aCNKS
1992 abonnés
3 mois · 🌐

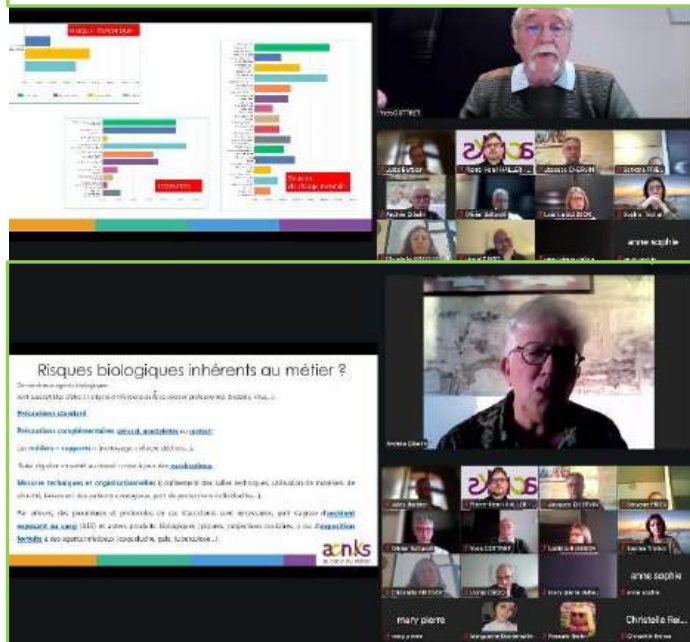
 **#KinésithérapeutesSalariés**
& risques professionnels

Hier soir, dans le cadre du séminaire annuel du CA de l'ACNKS, en visioconférence, après un rappel exhaustif de l'ensemble des « risques » présentation des résultats bruts de la première phase d'enquête nationale sur le sujet à propos des 70 premiers répondants confirmant :

- * une perception et une appropriation diaphanes de l'ensemble des risques subis et/ou générés par les **#MKsSalariés** ;
- * l'intérêt d'une poursuite de l'enquête, d'une réflexion sur les voies et moyens d'une meilleure appropriation par les professionnels et les étudiants dans le cadre de leur professionnalisation clinique
- * et de la production d'un dossier de référence.

Contribuer à la poursuite et à l'amplification d'enquête jusqu'au 30 avril 2026

👉 y contribuer (20/25 mn en moyenne) :
👉 <https://lnkd.in/eXgSf89u>



acnks
au cœur du métier

Association Collège National de la Kinésithérapie Salariée aCNKS ...

1992 abonnés
3 mois • ①

#KINESITHERAPEUTESSALARIES

Clap de fin de cette journée de séminaire du CA de notre association à Libourne.

Les propositions de **#dossiersprioritaires** 2026 -2027, et d'adaptation des moyens de communication ont fait consensus et seront soumis à l'adoption du CA à suivre de ce samedi.

Une délégation du comité d'organisation a visité les locaux & a été reçue par la direction du **Ch Libourne** pour peaufiner l'organisation des **#JNKS2026** [30 sept. 1 & 2 octobre].



acnks
au cœur du métier

Association Collège National de la... ...

1 sem • Modifié • ①

#ACNKS réunie en Conseil d'administration ce samedi 27 juin

Au menu le point des dossiers en cours suite au séminaire de mars 2026 :

- ✓ projet associatif [2027 - 2031] : instances, relations intra-inter-professionnelles et institutionnelles
- ✓ professionnalisation clinique, assistant de soins en réadaptation, encadrement mais aussi massage, téléconsultation, recherche, risque(s) professionnel(s), permanence des soins, ratios, ... & projet de livre blanc de la « profession »
- ✓ documentation & communication ACNKS : L'essentiel du kinésithérapeute salarié ; L'essentiel vie associative ;
- ✓ Événements : **#STKS** & **#JNKS2026**



acnks
au cœur du métier

PERIODE ESTIVALE 2026 : UN ETE STUDIEUX POUR L'EQUIPE DU BUREAU

A l'aune des travaux menés dans les GT
par les membres du conseil d'administration
sur les sujets et dossiers en cours et en vue de finalisation

- des différentes interventions associatives aux JNKS2026
- des projets de motions soumis à l'avis du forum JNKS2026
- de l'édition de « L'essentiel Exercice Salarié »
- d'un compendium « Jalons pour le MK salarié 2040 »

le Bureau National de l'ACNKS mène des enquêtes auprès des
kinésithérapeutes & cadres de santé de rééducation salariés,
sur :

- L'ASR (assistant de soins en réadaptation)
- L'ENCADREMENT DE REEDUCATION
- LE(s) RISQUE(s) PROFESSIONNEL(s)
- LA READAPTATION (en partenariat avec le SYFMER)

ON COMPTE SUR VOTRE PARTICIPATION

MERCI

**pour leur soutien
et leur fidélité**

aux partenaires

**de l'ACNKS
de Kinéscope
& des JNKS**

Célébrer ensemble
nos 10 ans de
partenariat, c'est
ça être assurément
humain.

Cécile,
infirmière.

BÉNÉFICIAIRES DU C.G.O.S

Offre anniversaire

-25%*

SUR VOTRE ASSURANCE AUTO, MOTO,
HABITATION OU ACCIDENTS ET FAMILLE
la 1^{re} année sur votre 1^{er} contrat souscrit

50€
OFFERTS*

lors de la 1^{re} échéance annuelle
de ce 1^{er} contrat



Assurément
Humain

* Réductions applicables pour le 1^{er} contrat AUTO PASS ou MOTO PASS ou Habitation DOMO PASS ou AMPHI PASS ou Accidents et Famille souscrit entre le 01/04/2026 et le 31/12/2026 par lequel le bénéficiaire C.G.O.S devient nouveau sociétaire GMF. La réduction de 25 % est valable sur le montant de la première année de cotisation (hors droit d'entrée, frais d'échéance et frais de mensualisation). Offres non cumulables avec toute offre en cours. En cas d'offre spéciale GMF, application de l'offre la plus avantageuse.

Conditions et limites des garanties de nos contrats AUTO PASS, MOTO PASS, habitation DOMO PASS, habitation AMPHI PASS et Accidents & Famille en agence GMF. Les Conditions Générales et les Conventions d'assistance de ces contrats sont consultables sur gmf.fr et disponibles en agence GMF.

GMF ASSURANCES - Société anonyme au capital de 181 385 440 € entièrement versé - Entreprise régie par le Code des assurances - R.C.S. Nanterre 398 972 901 - APE 6512 Z - Siège social : 148, rue Anatole France - 92 300 Levallois-Perret.

Les produits distribués par GMF ASSURANCES sont assurés par GMF ASSURANCES et/ou LA SAUVEGARDE et/ou GMF VIE et/ou Covéa Protection Juridique et/ou AM-GMF.

© AdobeStock.com - Avril 2026.



LA RÉÉDUCATION

NE SE LIMITE PAS À UN SEUL OUTIL.

TRAITEMENT DE LA DOULEUR • RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE
ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE • MAINTIEN DE L'AUTONOMIE



- ✓ TENS
- ✓ tSCS
- ✓ FES
- ✓ NMES
- ✓ Programmes personnalisables

Stim2Go

Stimulation électrique fonctionnelle (FES)

Soulager la douleur, restaurer la fonction et accompagner la rééducation.



MOTomed



TreaxPads



Stim2Go

4 SOLUTIONS COMPLÉMENTAIRES POUR UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE

MOTomed



Mobilisation active, assistée et passive

Stim2Go



Traitement de la douleur et stimulation du muscle

TreaxPads



Rééducation fonctionnelle et stimulation cognitive

Chaise VELA



Autonomie, sécurité et confort

DECouvrez NOS DIFFéRENTS DISPOSITIFS AVEC DES PRÊTS GRATUITS.



EKINNOX

Suivez le mouvement

CE 0123



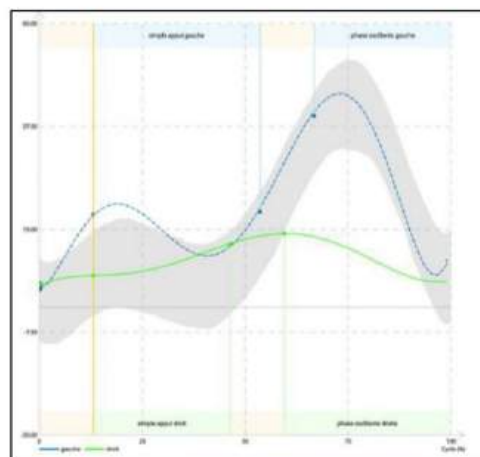
Distribué par :
Médimex
ÉVALUATION - RÉÉDUCATION - PERFORMANCE

inTrack

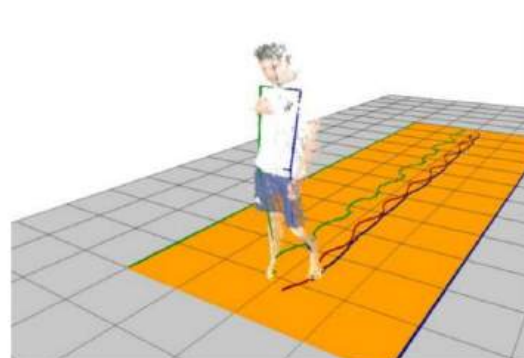
Dispositif Médical d'Analyse Quantifiée et Visuelle de la marche et de l'équilibre



Fonctionnalités vidéo
(zoom, comparaisons, ...)



Analyse graphique
(longueur/largeur des pas,
angles genoux/hanches)



Visualisation 3D



Rapports d'analyses
automatisés et personnalisables

SIMPLE et RAPIDE

Une seule caméra, aucune installation, résultats instantanés

Éligible aux financements des PTS (Analyse quantifiée de la marche, niveau 1) et réalisation d'actes référencés (CSARR et CCAM)

Plus d'informations et démos :

www.ekinnox.com

nicolas.maire@ekinnox.com

+33 (0)6 67 47 58 01

La santé des autres commence par la vôtre

© AdobeStock

Découvrez la complémentaire santé qui **préserve votre budget**, conçue par le 1^{er} assureur des professionnels de la santé.

- ✓ Remboursement des soins en 48 h⁽²⁾ et suivi en temps réel sur l'appli
- ✓ Lunettes et prothèses dentaires prises en charge à 100 %⁽³⁾
- ✓ Assistance psychologique et d'autres services pour prendre soin de votre santé (coaching tabac⁽⁴⁾, coaching nutrition⁽⁴⁾, etc.)

À partir de
7,40€⁽¹⁾
/mois



Ensemble, prenons soin de demain

macsf.fr

3233

Service gratuit
+ prix appel

PUBLICITÉ

DOCUMENT COMMERCIAL À CARACTÈRE NON CONTRACTUEL, POUR DE PLUS AMPLES INFORMATIONS, VOUS RÉFÉRER AUX CONDITIONS GÉNÉRALES OU AUX NOTICES D'INFORMATION.

(1) Exemple de tarif pour un infirmier hospitalier de 24 ans en formule générique. Tarif valable la 1^{ère} année d'adhésion pour une souscription jusqu'au 31/12/26.

(2) En cas de télétransmission et 72h dans les autres cas, à réception des données de votre caisse ou de votre demande complète de remboursement (hors délais bancaires).

(3) Pour les équipements ou prestations relevant du 100% santé et sous conditions contractuelles. (4) Tabac/alimentation : via une plateforme médico-sociale (suivi sur une période de 6 mois et jusqu'à 5 appels). Stress : traité dans le cadre d'un accompagnement psychologique. MACSF assurances - SIREN N°775 665 631 - Société d'Assurance Mutuelle - Entreprise régie par le Code des Assurances - Siège Social : Cours du Triangle - 10 rue de Valmy - 92800 PUTEAUX - Adresse postale : 10 cours du Triangle de l'Arche - TSA 40100 - 92919 LA DEFENSE CEDEX.

LORIO™

BREATHE BETTER. LIVE BETTER.



LORIO est un dispositif médical connecté de **rééducation respiratoire**, intégrant des techniques de kinésithérapie respiratoire **personnalisées** pour chaque patient.



Breathe&Play Technology



Des exercices ludiques et engageants
guidés par des biofeedbacks visuels et sonores



Un suivi personnalisé
adapté au besoin de chaque patient



L'enregistrement des séances
pour visualiser les progrès du patient

400+
patients

26+
centres
équipés



**PATHOLOGIES
RESPIRATOIRES**

BPCO, mucoviscidose,
asthme sévère, etc.



**POST-REHABILITATION
RESPIRATOIRE**

Maintenir les acquis
pour réduire les
ré-hospitalisations
(étude clinique sur la
version DTx en cours)



**SE SENTIR BIEN
CHAQUE JOUR**

Retrouver le plaisir
de rééduquer son souffle
de manière quotidienne
et ludique



**À LA MAISON OU
EN CENTRE MÉDICAL**

Des logiciels adaptés à
l'usage, en complète
autonomie ou supervisé
par un professionnel
de santé



**À TRAVERS
LE MONDE**

400 millions de patients
insuffisants respiratoires
concernés, un brevet à
l'international et LORIO
déjà identifié au Japon.



**Vous souhaitez participer
à notre développement ?
Discutons-en !**

Pour plus d'informations :
contact@happlyzmedical.com



appel médical, le spécialiste RH des métiers de la rééducation.

Chez Appel Médical, nous accompagnons au quotidien les établissements de santé dans le recrutement et le remplacement de professionnels de la rééducation pour assurer la continuité des soins.

→ notre mission.

Masseurs-kinés thérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens ou encore orthophonistes...

Notre rôle est de comprendre vos enjeux et ainsi dessiner le contour de vos besoins qu'ils soient orientés flexibilité, recrutement, remplacement, montée en compétences, ou encore planification.

prendre soin de vos
ressources humaines,
c'est nous !

in X f @

quand la compétence est vitale.



appel médical
par mediac