

**ANNONCE
D'ENQUETES
EXPRESS**

Aide en
rééducation
?

Encadrement
?

Professionalisation
clinique
?

Risques
professionnels
?

Rééducation
Réadaptation
?



**KINESITHERAPEUTE EN DEVENIR ?
ENQUETES POUR EN CONVENIR !**

acnks
au cœur du métier

Sommaire

PERISCOPE ELLIPSOSCOPE

L'éditorial, Pierre Henri Haller
Les Maux des mots, Justin Pertinent

pages 03 & 04
pages 05

TELESCOPE A PROPOS DE ...

- L'EVOLUTION DE LA PROFESSION MK
& DU METIER DE MK SALARIE ANNONCE D'ENQUETES
- JNKS 2026 LIBOURNE – SEMINAIRE – FORUM
Programme - Prix Posters – Partenaires & Bulletin d'inscription

pages 06 à 09
pages 10 à 15

AU SUJET...DE FORMATION INITIALE DEVENIR KINESITHERAPEUTE

Le point sur l'évolution de la formation

pages 16 à 18

RETROSOCPE Retours d'expériences

Dynamique & démarche d'un collectif cadre au CH du Havre

Mémoire de recherche cadre de santé à propos de l'interprofessionnalité

pages 19 à 25
pages 26 à 32

KALEIDOSCOPE PRATICOSCOPE

Textes & Contextes, rapports & articles

la rédaction

AU SUJET DE L'EXERCICE SALARIE

- Les maux des mots ...en gériatrie
- ASA (Autorisations Spéciales d'Absence) : du nouveau
- Circulaire n° DGOS/GOUV/2026/105 du 29 juillet 2026 relancer l'intégration des GHT
- Arrêté du 7 08 2026 Mise en application de protocoles de coopération nationaux entre professionnels de santé Internes au service de santé des armées
- Délégations départementales des ARS
- Décrets de l'été : arrêts de travail, rupture conventionnelle
& « Mutuelle des personnels hospitaliers : c'est peut être pour demain »

pages 34 & 35
page 36
page 37
page 38
page 39
page 40

MERCI aux partenaires de L'ACNKS, KINESCOPE & JNKS

pages 41 à 47

ACNKS au cœur du métier : nous rejoindre

page 48

« Qualité de vie, interprofessionnalité et fidélisation : repenser l'attractivité à l'hôpital »



Les établissements de santé « hospitaliers » en général, et l'hôpital public plus particulièrement, traversent depuis plusieurs années une période de turbulences ; des turbulences tout à la fois masquées et accentuées par la pandémie Covid 19.

Les chiffres parlent d'eux-mêmes : 30 % de postes médicaux vacants en établissement de santé public (FHF, 2022), un infirmier sur deux en reconversion après dix ans (DRESS, 2023), 35% des soignants en mauvaise santé psychologiques (Odoxa MNH, 2025), des effectifs de personnels médico-techniques et de rééducation en tension avec des difficultés de recrutement récurrentes et pour ceux qui sont en fonction une « insatisfaction au travail » qui touche 35% des soignants, contre 18% pour l'ensemble des actifs Odoxa MNH, 2025)

Pourtant, certains établissements échappent à cette désaffection, résistent à la morosité ambiante ; mieux encore certains attirent et fidélisent. Pourquoi eux ?

L'attractivité hospitalière ne peut plus être pensée sans une réflexion profonde sur la qualité de vie au travail. Les professionnels de santé sont aujourd'hui confrontés à une crise croissante. Les taux de burnout atteignent entre 40 et 60 %, et une intention de quitter la profession est exprimée par un médecin sur cinq et un infirmier sur quatre dans les années à venir. Ce chiffre, en hausse constante, est un signal d'alarme. Il traduit un déséquilibre entre les exigences des métiers, les marges de manoeuvre laissées aux soignants, et le soutien organisationnel perçu. La « blessure morale » (*Moral Injury*) désigne un conflit profond entre les valeurs éthiques des soignants et les réalités de leur pratique quotidienne. (Boyer, 2026)

Depuis les travaux fondateurs sur les « Magnet Hospitals », nous savons que l'attractivité ne se décrète pas, mais qu'elle se construit. Elle ne repose pas uniquement sur des incitations économiques, mais sur un environnement de travail porteur de sens, de reconnaissance et de perspectives. Les cadres de santé y jouent un rôle central, souvent sous-estimé, mais fondamental. Ils ne sont pas - ou ne devraient pas être - seulement des rouages administratifs : ils sont – ou devraient pouvoir être - leaders, facilitateurs, et garants du « bien travailler ensemble ». Ils doivent pouvoir incarner cette sagesse pratique chère à Ricoeur, faite d'écoute, de discernement et de responsabilité. On rejoint une entreprise, dit-on, mais on quitte un manager. Cette maxime, aussi brutale que lucide, nous rappelle que la qualité du management de proximité est un levier décisif.

Comment répondre aux attentes des nouvelles générations ? Comment articuler rythmes de travail et qualité de vie ? Comment faire de l'interprofessionnalité un levier de fidélisation ? Autant de défis qui appellent des réponses concrètes, co-construites avec les équipes, dans une logique de projet partagé. L'attractivité, ce n'est pas seulement la machine à café ou la salle de repos. C'est la capacité à donner du sens, à reconnaître les compétences, à offrir des perspectives. C'est aussi, et surtout, la qualité des relations humaines, la confiance, la reconnaissance mutuelle. C'est là que le cadre de santé devient un acteur stratégique, un artisan du lien, un bâtisseur de confiance.

Mais attirer, c'est aussi fidéliser. Et si l'hôpital de demain devenait, à nouveau, un lieu de désir professionnel ? C'est notre responsabilité collective. Et c'est, plus que jamais, le moment d'agir.

Le modèle de Karasek, qui croise demande psychologique, latitude décisionnelle et soutien social, reste un outil précieux pour comprendre ce malaise. 41% des professionnels de santé déclarent rencontrer « souvent » des situations de stress au travail (MNH Odoxa 2024), qui, combinées à une faible autonomie décisionnelle, entraînent un stress professionnel chronique.

C'est à cet effet que notre Association CNKS a mis en oeuvre en 2024 et 2025 et poursuivra en 2026 et 2027, de nouvelles enquêtes* comportant ce registre sociologique et psychologique d'investigation sur les métiers de kinésithérapeute et de cadre de santé kinésithérapeute salariés. Nous nous réjouissons qu'au salon SantExpo 2025 les communications (sante.gouv.fr, 2025) aient - enfin clairement - mis en lumière une réalité partagée, clamée depuis de nombreuses années par notre association : la fidélisation ne peut être dissociée de l'attractivité et vice-versa. Attirer, c'est bien. Faire rester, c'est mieux. Faire rester ... c'est attirer !

Et cela suppose de créer un environnement de travail porteur de sens, de reconnaissance et de perspectives. La Fédération Hospitalière de France y a rappelé que sans une politique ambitieuse de fidélisation, les efforts de recrutement resteront vains. (FHF 2022, 2025)

C'est ici que l'interprofessionnalité devient un levier stratégique. Non pas comme un mot-valise, mais comme une pratique concrète, structurée, soutenue par le management. En 2024, la HAS a intégré dans ses indicateurs de qualité des mesures spécifiques sur la coopération interprofessionnelle. Les établissements ayant mis en place des dispositifs formalisés de coordination interprofessionnelle affichaient une meilleure qualité des soins, une satisfaction au travail supérieure et un turn-over réduit (Pomare C, *Journal of Interprofessional Care*, 2020). Des établissements montrent la voie. Certains ont mis en place des binômes infirmier-kinésithérapeute dans les services de rééducation, avec des temps de coordination hebdomadaires ou encore instauré des « équipes-projets interprofessionnelles » autour de parcours patients complexes, intégrant médecins, paramédicaux et cadres voire ont développé des formations croisées entre professions, favorisant une culture commune du soin. Ces initiatives ont un impact mesurable : amélioration du climat de travail, renforcement du sentiment d'utilité, et surtout, une meilleure qualité des soins. L'attractivité se construit dans le quotidien du travail réel, dans la reconnaissance des compétences, dans la qualité des relations humaines.

Le cadre de santé, au-delà de l'incontournable fonction de gestionnaire, s'il agit en médiateur du collectif, en facilitateur de sens, et en pivot de la qualité de vie au travail, est au coeur de cette transformation. Il est celui qui peut réduire l'écart entre le prescrit et le réel, entre les attentes institutionnelles et les ressources disponibles.

Repenser l'attractivité et la fidélisation, c'est donc accepter de regarder en face la pénibilité, les conflits de valeurs, les tensions du quotidien. C'est aussi faire le pari de l'intelligence collective, de la confiance, de la responsabilité partagée. Il est urgent de permettre aux différents professionnels de santé, au rang desquels les kinésithérapeutes salariés, d'exercer leurs expertises professionnelles en pleine autonomie - et non en indépendance - et en pleine collaboration ; une collaboration dont la coordination des activités et la coopération des acteurs sont orchestrées par le levier essentiel qu'est le cadre de santé agissant, non pas en surplomb, mais au plus près du terrain.

Pierre-Henri Haller

M'en voudrez-vous beaucoup si je vous dis un monde où ...

d'une part les croyances & représentations forgées durant la formation initiale que ce soit en institut ou sur les terrains de stages, mues en certitudes véhiculées de "bonne foi"

et d'autre part les croyances & représentations campées et ancrées sur les premières confortées, déformées, amplifiées par l'expérience d'exercice(s)

sont tellement hétéroclites et protéiformes - loin de nous de prôner l'unicité utopique et sclérosante - qu'elles en deviennent délétères tant les vérités des uns s'affrontent, sans se confronter, **aux vérités** des autres et in fine ne traduisent pas la **réalité**.

L'objet, les objets, même des enquêtes et études sur les exercices et les pratiques professionnelles sont délicats à poser de façon "neutre" ; les biais dans les résultats ne sont jamais loin. Mais au moins ils ont le mérite de traduire des tendances. Reste que les mots mal posés ou mal compris altèrent l'identité de leur essence. Ce n'est pas une raison pour ne pas explorer les voies d'évolution d'une profession et de ses métiers, pour ne pas s'efforcer de didactiser leurs fondamentaux.

L'AssociationCNKS poursuit dans cette voie en exploitant les travaux menés depuis le Ségur de la Santé et en lançant dans le cadre du projet associatif 2025 - 2027 une série de consultations, enquêtes et sondages express et échanges lors de STKS *, aux fins de porter pleinement la voix et les attentes réelles des collègues salarié-e-s.

L'avis des MKs & CDS kinésithérapeutes salariés sera requis au travers des 5 enquêtes (ci-après par ordre alphabétique)

- ASR Assistant de Soins de Réadaptation ?
- Encadrement en rééducation ?
- Professionnalisation Clinique ?
- Risque(s) Professionnel(s) ?
- Rééducation – Réadaptation ?

Les premiers résultats bruts feront l'objet de communication lors des JNKS 2026 LIBOURNE (30 sept au 2 octobre 2026)

Et de présentation lors de Soirées Thématiques de la Kinésithérapie Salariée : visio - conférence(s) gratuite(s), ouverte à tout kinésithérapeute salarié, cadre de santé rééducateur, pré-inscription préalable obligatoire, dans la limite de 100 participants avec priorité aux adhérents à jour de cotisation

ENQUETES EXPRESS (1^{ère} phase)
du 20 sept au 27 sept 2026

Aide en
rééducation
?

Encadrement
en rééducation ?

Professionnalisation
clinique ?

Risques
professionnels ?

Rééducation
Réadaptation ?

**KINESITHERAPEUTE EN DEVENIR ?
ENQUETES POUR EN CONVENIR !**

L'EVOLUTION de la PROFESSION de MASSEUR - KINESITHERAPEUTE & du METIER de KINESITHERAPEUTE SALARIE

L'Association CNKS poursuit ses travaux dans le cadre de son projet associatif 2025 - 2027 et propose une série d'enquêtes express pour porter les attentes des collègues salarié-e-s.

MKs & CDS kinésithérapeutes salariés
du 20 septembre au 27 septembre
donnez votre avis au travers de 4 enquêtes :

- ASR Aide - Assistant de Soins en Réadaptation ?
 - Encadrement en rééducation ?
 - Professionnalisation Clinique ?
 - Risque(s) Professionnel(s) ?

PS : prochainement 1 autres enquête :

- Rééducation – Réadaptation ?

● **ENQUETE** sur les « **AIDES** » **EN REEDUCATION-READAPTATION**

AIDE(S) EN / DE (SUR PLATEAU DE) REEDUCATION & Kinésithérapeute(s) Salarié-e-(s)

de l'Aide en Rééducation...à l'ASR ("Assistant de Soins en Réadaptation", souhaité) :

Réalité(s) & Perspective(s) *une enquête de l'ACNKS*

ASR : QQOCQP..Q ??

Dans de nombreux services de rééducation - réadaptation, d'établissements de santé publics ou privés, les professionnels de santé rééducateurs bénéficient au quotidien de la participation "d'aides aux activités contributives à la prise en soins de rééducation-réadaptation" des patients.

Cette **enquête nationale**, à l'initiative de l'**ACNKS** (*Association Collège National de la Kinésithérapie Salariée*) concerne les **kinésithérapeutes & Cadres de santé kinésithérapeutes salariés, temps plein ou temps partiels**, d'établissements de santé (hôpitaux, en MCO ou SMR publics, privés à but non lucratif, privés à but lucratif) et d'établissements médico-sociaux, Elle a pour objectif de recueillir des éléments :

- de cette "réalité",
- des risques de confusions illégales d'activités et de dénominations
- des opportunités de plus value permettant aux PDS des actes à valeur ajoutée
- du vécu des professionnels et des attendus des professionnels rééducateurs sur ces emplois-fonctions de participation "d'aides ".

ENQUETE sur l'« **ENCADREMENT** » **EN REEDUCATION-READAPTATION**

en 4 volets auprès des MKs, des CDS rééducateurs, des CDS autres filières, des CSS, DS, DRH

Cette **enquête nationale**, à l'initiative de l'**ACNKS** (*Association Collège National de la Kinésithérapie Salariée*) a pour objectif de recueillir :

- le regard porté sur les **Cadres de Santé de/en Rééducation**
- et la représentation sur **la fonction d'encadrement en rééducation**

ENQUETE sur la « PROFESSIONNALISATION CLINIQUE »

PROFESSIONNALISATION CLINIQUE - KINESITHERAPEUTES & CADRES KINESITHERAPEUTES SALARIE-E-S Réalités, regards & représentations ... une enquête de l'ACNKS

"Professionnalisation Clinique "

QU'EN VIVEZ-VOUS, QU'EN DITES-VOUS, QU'EN PENSEZ-VOUS ?

Cette **enquête nationale**,

à l'initiative de l'**ACNKS** (Association Collège National de la Kinésithérapie Salariée
a pour objectif de recueillir :

- le regard porté **sur leur rôle** de professionnel-le **saliarié-e*** dans la " **professionnalisation clinique** " des étudiants stagiaires

(*) ayant au moins 1 an d'expérience de tuteur-trice et exerçant au sein d'un établissements de santé (hôpitaux, en MCO ou SMR publics, privés à but non lucratif, privés à but lucratif) et d'un établissement médico-social.

Ce questionnaire vise à identifier les conditions, écarts, obstacles et leviers qui permettent aux tuteurs de stage de construire les conditions d'une professionnalisation clinique progressive. Il ne cherche pas à évaluer une personne ou un terrain de stage en particulier.

ENQUETE sur les RISQUE(S) PROFESSIONNEL(S) (poursuite...)

Risque(s) Professionnel(s) & Kinésithérapeute(s) Saliarié-e-(s) VD Une enquête de l'ACNKS

RISQUE(S) PROFESSIONNEL(S) : QQOCQP..Q ??

Le(s) Risque(s) Professionnel(s) - que peut **subir** ou **générer** - du fait de son activité un professionnel **MK salarié en établissement de santé**, est/sont-il(s) bien connu(s), identifié(s), anticipé(s), prévenu(s) ?

Cette **enquête nationale**, à l'initiative de l'**ACNKS** (Association Collège National de la Kinésithérapie Salariée)

- concerne les **kinésithérapeutes & Cadres de santé kinésithérapeutes salariés, temps plein ou temps partiels**, d'établissements de santé (hôpitaux, en MCO ou SMR publics, privés à but non lucratif, privés à but lucratif) et d'établissements médico-sociaux,
- a pour objectif de mesurer l'appréhension, le vécu et les attendus que les professionnels ont du/des **risque(s) professionnel(s)**.

Elle conduira l'**ACNKS** à formuler lors du Séminaire-Forum des **JNKS2026 Libourne** - sous forme de motion - des recommandations, des articles dans sa revue **KINESCOPE** voire une édition spéciale de la collection "**L'essentiel de la kinésithérapie salariée.**"

Journées Nationales de la Kinésithérapie Salariée

XXIX^{ème} édition

JNKS 2026 LIBOURNE

**du mercredi 30 septembre
au vendredi 2 octobre**

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 déterminée, 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 GILLIAZEAU, 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

Session 4

8:30 - 12:30

- **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**
Clémence 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)

Session
POSTERS

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

Session 5

13:45 - 16:30

- **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

acnks

promouvoir la
kinésithérapie salariée

accompagner
et représenter
les kinésithérapeutes
et cadres salariés

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 €

SESSION POSTERS

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



EKINNOX



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.

« DEVENIR KINESITHERAPEUTE »

Le point sur l'évolution de la formation conduisant au DE MK

Véronique Grattard CSS MK
& Jules Barbier, MK

Préalablement à la réforme de 2015, la formation était organisée en modules répartis sur 3 ans.

Elle est universitarisée depuis 2015.

Modalités d'admission

- Les études se déroulent au sein d'un des 53 instituts de formation en masso-kinésithérapie (IFMK) publics ou privés sur l'ensemble du territoire, dont 4 pour les étudiants déficients visuels.
- Elles sont accessibles après une année de licence à l'université de type Licence Accès Santé (LAS) ou Parcours d'Accès Spécifique Santé (PASS), ainsi que par passerelle (article 25) ou pour les diplômes extra-communautaires (article 27).

Formation

- La formation universitarisée conduisant au Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute (DEMK) est organisée en **10 semestres**.
- Elle alterne cours théoriques, travaux pratiques et stages cliniques dans des structures de soins : il s'agit d'une alternance dite intégrative.

- Le référentiel de formation du DEMK :
 - s'appuie sur un référentiel de **11 compétences**
 - est constitué de **3 domaines** de formation (Enseignements fondamentaux, Sciences et ingénierie en kinésithérapie, Approfondissement et professionnalisation) composés de **32 unités d'enseignement (UE)** qui permettent une progression pédagogique cohérente.
- Les 11 compétences sont découpées en
 - **5** dites « **cœur de métier** »
 - **6** dites « **réflexives, en lien avec l'exercice professionnel** ».
- Chaque UE théorique, pratique ou clinique contribue à l'acquisition des compétences du référentiel.

Évolution

- Le DEMK s'est vu attribuer, depuis le décret n° 2021-1085 du 13 août 2021, le **grade de Master à 300 ECTS**.
- Le décret du 11 décembre 2025 met en conformité la valeur du DEMK évaluée en crédits européens avec le grade de master tenant compte de la première année universitaire.

Suite à la concertation nationale lancée le 20 octobre 2025, le Gouvernement annonce une réforme majeure de la première année d'accès aux études de santé.

Celle-ci sera applicable à la rentrée 2027.

Ce nouveau dispositif remplace le système PASS/LAS par un modèle harmonisé au niveau national. Cette réforme a pour but de simplifier les parcours et de garantir plus d'équité entre les étudiants.

(<https://www.service-public.gouv.fr/particuliers/actualites>)

Ce nouveau modèle
sera appelé **Licence Portail Santé**

Références bibliographiques : www.legifrance.gouv.fr

- Arrêté du 5 septembre 1989 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute
- Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute
- Décret n° 2025-1239 du 11 décembre 2025 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute ;
- Arrêté du 11 décembre 2025 modifiant l'arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute ;
- Arrêté du 11 décembre 2025 modifiant l'arrêté du 17 janvier 2020 relatif à l'admission dans les instituts préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute.

« RETOURS D'EXPERIENCES »

**Retour sur la dynamique et la démarche
d'un collectif de cadres de santé,
dont notre collègue Anne Sophie Despres CDSMK :
« de l'intention, du geste et de la trace * »
à propos de QVCT ... pour l'encadrement aussi !**

* prix de poster lors des JNCS, Lille 2025, de l'ANCIM.



Du huit clos à l'ancrage du collectif

Introduction

Dans le quotidien nous connaissons nos collaborateurs et si nous vous demandons « Connaissez-vous vos collègues ? », vous nous répondrez très certainement oui mais qu'en est-il réellement ?

Nous travaillons au sein d'une institution plus au moins grande et force est de constater, au grès des diverses réunions, que nous ne connaissons pas tout le monde d'autant plus avec les turn-over réguliers.

En revanche, nous savons tous interpellé un collaborateur par mail ou par téléphone sans même savoir à quoi il ressemble. C'est de ce constat que nos deux projets ont émergé.

I / Les « Cafés-Cadres » : un moment d'échanges entre cadres

A l'occasion d'une réunion « Direction Générale et encadrement », il nous a été proposé de travailler sur une thématique générale « **La place du cadre dans l'établissement** ». Nous nous sommes divisés en sous-groupes directeurs et cadres, de différentes filières (soins, supports, administratives et directions) afin de choisir une action pour mettre en avant l'encadrement au sein de l'institution.

Le collectif a de suite saisi l'opportunité de ce projet tel que peut le dire Jean-Pierre BOUTINET « **Le projet n'est pas uniquement un outil, mais un processus qui mobilise, relie, permet l'appropriation d'une vision commune** ». C'est ainsi que notre groupe s'est créé cadres de santé et directeur financier.

Dès les premiers échanges, il nous est apparu évident de rassembler les cadres autour d'un événement « festif » afin de faire connaissance les uns avec les autres d'une manière informelle.



Temps d'échanges conviviaux entre Cadres

CONTEXTE

Groupe de travail initié par la Direction Générale autour de la place du cadre dans l'institution (QVCT des cadres)



OBJECTIFS

Se connaître et se reconnaître

Partager un moment convivial entre cadres afin d'améliorer la QVCT et de favoriser les échanges entre cadres.



NIVEAU DE DIFFICULTÉ
De mise en place

3/10



H.Boulanger – A.S.Desprez – M.Fourn – H.Le Saos – C.Leyrolles Cadres de Santé



invitation à un moment convivial entre cadres

Vendredi 25 avril à partir de 13h
Salle Henri Poté 1er étage hall nord



infos pratiques :
merci de confirmer votre présence

arrivée pour 13h
le café est offert
l'équipe projet se charge du dessert !
Equipe projet : Pascal Lacroix, Nicolas Fourn, Marlène Boulanger, Céline Leyrolles,
Jeanne Bouillon-Dupont et Hélène Le Saos



EXPERIMENTATION

1^{er} café gourmand le 25 avril 2025

- Réservation de la salle
- Ajustement pour prévoir quantité et organiser le jeu Speed Dating
- Aide des fonctions supports pour le café gourmand et aménager la salle
- Invitations envoyées par mail

BILAN

60 participants sur 100 invitations
Evaluation de la journée :

100% de satisfaction

40% souhaitent refaire un Speed Dating, 97% sont prêts à revenir

ETAPES FUTURES

19/09 Accueil des nouveaux cadres sur JMonod
24/10 café d'automne dans la nouvelle salle de convivialité des cadres.

21/11 rencontre sur le site de la psychiatrie: P.Janet
19/12 Café de Noël

Nous avons beaucoup d'idées mais une a retenu notre attention : quel est le moment qui réunit les personnes sur le lieu de travail, qui est convivial et informel ? Le café ! Point de départ de notre projet. D'accord mais comment pouvions-nous rendre ce moment différent des autres cafés ? Un speed-dating ! Des post-it, des chaises, un chrono, une salle, des gourmandises réalisées par le groupe pour le collectif et le café offert par l'établissement Le projet écrit nous l'avons présenté à la Direction Générale qui a validé notre proposition.

Forts de cette validation, nous avons lancé les invitations auprès de tout l'encadrement du Groupe Hospitalier du Havre, soignants, administratifs, support et Directions.

Le jour J nous avons reçu 60 participants, à qui nous avons donné des post-it de couleurs différentes (jaune et bleu) afin de faciliter le « mélange ». Nous leur avons demandé de se répartir en binôme avec la consigne de ne pas se connaître et chaque binôme avait 5 min pour se présenter comme il le souhaitait. A l'issue de cette rencontre, les participants ont scanné un QR code pour recenser la satisfaction : sur 60 participants 47 ont répondu. Sur les 47 réponses :

- 100% ont apprécié le moment
- 40% étaient partant pour un nouveau speed-dating
- 97% souhaitaient de futures rencontres

Lors du speed-dating la qualité des interactions et des échanges entre les participants a participé à l'interconnaissance et la reconnaissance entre les professionnels de l'institution et ce quelle que soit leur filière d'origine.

Ce temps de rencontre a désacralisé certaines représentations des fonctions au sein du Groupe Hospitalier du Havre, fluidifiant ainsi les relations entre les acteurs de la prise en soins et aboutissant à une meilleure compréhension des missions et contraintes inhérentes aux différents métiers de l'Hôpital.

Mettre un visage sur un nom facilite la communication permettant de briser les barrières et de ne plus être uniquement dans le travailler ensemble mais également dans une relation plus singulière voire plus personnelle.

En lien avec les analyses de Zarifian et de Le Boterf, la compétence collective ne se réduit pas à l'addition des compétences individuelles, mais **« émerge de la synergie entre savoir-agir, pouvoir-agir et vouloir-agir, rendue possible par la qualité des interactions et de la coopération au sein du collectif de travail »** : notre volonté de rassembler a été possible par le soutien de la DG et a existé par la disponibilité des participants à venir à cet évènement.

Ainsi la mise en place des « Cafés-cadres » a eu pour objectif de favoriser la rencontre et l'interconnaissance au sein du collectif encadrement du GHH au-delà des cloisonnements organisationnels habituels. Ils ont permis d'installer un climat de confiance, de renforcer l'engagement des acteurs et de donner un sens à l'action managériale. Tout ceci contribue quotidiennement à l'adhésion aux projets institutionnels : un acteur reconnu dans ses missions et par ses pairs s'inscrit davantage dans des projets transversaux.

Les « Cafés-Cadres » ont vocation à être des actions ponctuelles.

En parallèle, au sein du GHH un autre projet a été mené, à l'initiative de collègues d'un Pôle, à vocation quotidienne lui, « La salle de convivialité ».

II/ « La Salle de Convivialité » : un espace pour les Cadres par les Cadres

Quelle place pour la qualité de vie au travail des cadres ? Ce projet nous tenait à cœur depuis longtemps. Jusque-là quelques initiatives avaient vu le jour comme un séminaire cadre mais vite endormies par la Covid or n'est-ce pas au quotidien qu'il faut revoir les choses ?

En lien avec le ressenti des cadres sur le manque d'échange et le besoin d'un lieu dédié à l'encadrement, nous, trois cadres d'un Pôle du GHH, avons pris l'initiative de lancer une enquête en juin 2024 qui a confirmé à 97% l'importance de créer un espace commun convivial.

Au grès des recherches nous avons constaté que le concept existait déjà dans de multiples entreprises mettant en avant de nombreux avantages tels que l'amélioration de la QVCT, la diminution du stress, la prise de recul et le renforcement du sentiment d'appartenance à l'entreprise.

Nous avons donc décidé de réfléchir à un projet autour de la création d'une « **Salle de convivialité** » comme un lieu chaleureux et accessible à l'ensemble de l'encadrement. Nous avons donc commencé par communiquer auprès de la Direction Générale sur cette proposition.

D'après Zarifian : « **La compétence émerge lorsque les professionnels s'autorisent à agir au-delà des prescriptions** ».

Le projet cadre décrit ici s'inscrit pleinement dans cette logique : initiative issue du terrain, portée par les cadres eux-mêmes, en réponse à un besoin formalisé.

La Direction Générale nous a soutenus et accompagnés dans cette démarche et la « Salle de Convivialité » a été inaugurée en Septembre 2025.

La « Salle de Convivialité » a été délibérément conçue à l'écart des services pour permettre aux cadres de sortir de leur unité : prise de recul, échanges libres pour faciliter la communication. Cette salle est voulue comme un lieu où le café coule et reconforte, où les émotions s'expriment pour le bien-être de chacun.



Son emplacement est central sur le site principal du GHH et facilement accessible par l'ensemble des spécialités. La Direction a mis à notre disposition des meubles de « récupération » répondant ainsi à la volonté de l'établissement de s'inscrire dans une démarche écoresponsable. Les cadres peuvent y prendre leur repas, le nécessaire étant mis à leur disposition. En offrant un cadre plus informel mais reconnu institutionnellement, cet espace renforce l'esprit de corps des cadres et favorise les échanges et la coopérations entre pairs.

Nous voyons bien dans ces deux exemples d'actions cadre que le besoin de se retrouver et de se connaître est primordial pour le collectif. Les projets « Cafés-Cadres » et « Salle de Convivialité » ont été menés parallèlement avec acteur commun Mme LE SAOS, cadre de santé, impliquée dans les deux groupes de travail. C'est tout naturellement qu'elle a fait le lien entre les deux projets et qu'ils sont fusionnés l'un faisant vivre l'autre.

Le « Cafés-Cadres » sous la forme du speed-dating est devenu le « Cafés-Cadres », sur une thématique (automne, Noël, printemps), et a migré de la salle polyvalente vers la « Salle de Convivialité ».

Ses deux projets ont pour objectif la connaissance et la reconnaissance entre pairs par des temps informels mais également de fluidifier le réseau, de fédérer autour du projet institutionnel et de faciliter l'arrivée des nouveaux cadres.

III Faire vivre les deux projets : un bénéfice pour les cadres

Forts de la mise en fonctionnement de la « Salle de Convivialité » et de la mise en place des « Cafés-Cadres » nous pouvons dire et déjà y voir la plus-value en termes de relations interpersonnelles.

En effet, ces deux actions ont permis d'enclencher un décroisement au sein des pôles mais également entre les sites. La rencontre des cadres des différents pôles et des multi sites a facilité les échanges et l'interconnaissance des missions de chacun. Nous ne sommes plus le cadre du Pôle X mais le cadre de santé du GHH exerçant au sein du Pôle X.

La nuance est infime mais essentielle dans le décroisement espéré par les deux groupes de travail.

La salle de convivialité vient affirmer l'appartenance à une institution et pas uniquement à un pôle, l'esprit collectif prend sa place, comme l'écrit Christophe Dejours **« la reconnaissance se fait par la reconnaissance par autrui »**.

Tout ceci contribue au bien-être du cadre au travail : être reconnu c'est être valorisé dans sa fonction, avoir sa place. Les « **Cafés-Cadres** » et la « **Salle de Convivialité** » ont favorisé la rencontre, le décroisement et a rompu l'isolement du cadre clé essentielle à la Qualité de Vie et des Conditions de Travail.

Nous sommes au début de ces temps de rencontre et il est essentiel de faire perdurer ces moments de convivialité mais comment cela peut-il se faire ?

L'objectif étant une dynamique cadre au sein de l'institution, il est primordial que ces événements vivent grâce à l'action des cadres. Ces derniers doivent être porteurs de ce projet en initiant des temps sur des moments clés de l'année : fêtes de fin d'année, la régularité telle que tous les premiers vendredis du mois ou encore les mois anniversaires

La créativité du cadre est essentielle dans la pérennisation de cette dynamique.

Pour cela les cadres doivent s'autoriser à lever la tête du guidon, à sortir de leur unité et à prendre le temps de faire vivre la salle de convivialité. Nous avons pu constater l'organisation de repas par des cadres de certains pôles ou la proposition d'événements par des cadres ne faisant pas partie du groupe à l'origine du projet.

De même, un projet salle de convivialité est en cours sur un site extérieur ainsi que les « Cafés-cadres ». Nous constatons ici que le besoin de faire corps est important sur l'ensemble de l'institution et prouve que ces deux projets ont fait sens auprès des cadres du GHH. Comme le dit Christophe Dejours « **Travailler, ce n'est pas seulement produire, c'est également vivre ensemble.** »

Cela a pris pleinement sens lors de la rencontre annuelle de l'ANCIM où nous avons eu la chance de présenter un poster sur ces temps de convivialité « Cafés-cadres ». Notre poster a été élu « Meilleur travail de l'année 2025 », c'est une belle reconnaissance de nos pairs, une belle valorisation de notre travail mais surtout de notre travail collectif pour le collectif.

Nous sommes satisfaits que notre action ait donné envie à d'autres sites de reproduire le concept et nous espérons que nous pourrions insuffler cette dynamique à d'autres établissements. Nous en serons que plus performant ensemble : « Seul on va plus vite, ensemble on va plus loin »

Ainsi Le passage d'un évènement ponctuel « Cafés-Cadres » à un dispositif pérenne « La Salle de Convivialité », illustre cette dynamique projective comme nous le partage Jean Pierre Boutinet.

En conclusion nous pouvons, aujourd'hui, présumer que le fait de se reconnaître mutuellement comme « cadres du GHH », au-delà des pôles, renforce l'identité collective.

Forts de cette volonté encadrante et avec le soutien de la Direction Générale, nous avons impulsé une dynamique bénéfique à la QVCT essentielle dans la vie professionnelle et dans le « bien-travailler » ensemble de l'encadrement.

Si nous devons accompagner d'autres groupes dans des projets similaires voici les « trucs et astuces » pour mettre en place ces temps :

- Soutien de la Direction : travailler avec la ou les Directions
- Créativité du cadre : oser, innover, tenter, réajuster mais toujours persévérer
- Audacieux : aller chercher l'autre et sortir de sa zone de confort

Au-delà de l'aspect relationnel entre pairs point de départ de nos projets, il est évident que la fluidité des relations entre cadres et la connaissance de l'autre agit sur la prise en soins de nos patients qui restent au cœur de nos préoccupations quotidiennes : le bon interlocuteur pour la bonne situation et le bon patient. En somme, le bien-être de tous les acteurs du soin est essentiel à la bonne prise en soins des usagers.

Helene Boulanger, Peggy Boulet,
Anne Sophie Desprez, Marie Fourn,
Hélène Le Saos, Céline Leyrolles, Frédérique Soufflet,
CDS au CH Le HAVRE



Retour sur le mémoire de recherche
pour le Diplôme Cadre de Santé,
de Carolina Tarés Salvador... CDSMK :

à propos de « interprofessionnalité : entre
discours et pratique, où en sommes – nous ?



Carolina Tarés Salvador
Cadre de Santé MK

2010 DE (Barcelone)
2011 DU Psychomotricité (Saragosse)
2019 DU Brûlologie (Lyon)
2026 DCDS Master 2 C3S (Pau)

Sept 2015 - Mai 2016	MK, Cabinet (974)
Juin 2016 - juillet 2018	MK, ASFA Hôpital d'Enfants (974)
Déc 2018 - Mars 2020	MK, CMR Pédiatrique (01)
Juin 2020 - Juil 2022	MK, CH de proximité (64)
Aout 2022 - Aout 2025	FFCDS, CH de proximité (64)
Aout 2026 à ce jour	CDS, CH de proximité (64)

Interprofessionnalité en milieu hospitalier : entre discours et réalité, comment dépasser les cloisonnements pour une prise en soins cohérente ? Cet article, résumé de mon travail visant l'obtention du diplôme de cadre de santé, ne prétend pas à une étude scientifique exhaustive. Il s'inscrit plutôt dans la continuité d'une réflexion personnelle, nourrie par mon expérience de kinésithérapeute puis de cadre de santé. Il interroge la pratique interprofessionnelle au sein d'une structure hospitalière, tout en ouvrant des perspectives applicables à d'autres champs d'exercice. À travers ces lignes, je souhaite partager les questionnements et les constats issus de ma pratique, pour contribuer à une dynamique collective autour de la collaboration interprofessionnelle.

Bonne lecture.



Dans un contexte hospitalier où la complexité des prises en soins exige une **coordination renforcée**, l'interprofessionnalité est souvent présentée comme une solution évidente.

Pourtant, sur le terrain, les réalités sont bien différentes : **équipes cloisonnées, incompréhensions des rôles**, et une collaboration souvent réduite à des échanges informels, voire inexistantes. Les masseur-kinésithérapeutes (MK) salariés, bien que présents dans les unités de soins, sont parfois perçus comme des **prestataires externes**, et leur expertise est rarement valorisée dans les projets de service. Ces dysfonctionnements ont un impact direct sur **l'adhésion des patients à leur projet thérapeutique**, qui se trouve fragmenté par manque de cohérence entre les professionnels, plus concrètement avec les infirmiers diplômés d'État (IDE) et les aides-soignants (AS)

Dans le cadre de mon travail de recherche je me suis interrogé : *En quoi les perceptions réciproques des rôles professionnels entre MK et IDE/AS conditionnent-elles la qualité de leur collaboration interprofessionnelle visant à renforcer l'adhésion des patients à leur prise en soins ?*

Des pratiques ... en décalage avec les discours

Des équipes qui ne se parlent pas

Les observations réalisées dans **une unité de court séjour gériatrique** ont révélé une **fragmentation des échanges**. Les transmissions entre professionnels se limitent souvent à des **informations échangées dans les couloirs** sans vision globale du patient ni consensus en équipe.

Les MK, par exemple, n'étaient pas associés aux staffs médico-soignants des unités de médecine et court séjour, malgré leur présence et intervention quotidienne pour tous les patients, ce qui limite leur capacité à adapter leur prise en charge aux besoins évolutifs des patients.

Contrairement, les unités de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) semblent adopter cette dynamique vis à vis de leur mission principale de rééducation/réadaptation. De plus, ils sont rarement - voire ne sont pas - associés aux **réunions de service**, ce qui impacte la cohésion au sein de l'équipe de soins.

Des rôles professionnels mal compris

De ce fait, les **représentations stéréotypées** persistent. Les **MKS** sont souvent **perçus** comme des **prestataires** dont l'intervention est ponctuelle et technique. Les IDE et AS détiennent des informations précieuses souvent peu ou mal partagées avec les MK et vice-versa.

Ces incompréhensions mutuelles **renforcent les cloisonnements** et empêchent une **prise en soins globale**. Le **patient** devient alors un **objet de soins fragmenté**. De plus, il existe **rarement des mutualisations ou de l'entraide** dans certains gestes relevant de la reprise d'autonomie entre IDE/AS et MK.

Un projet de service qui exclut les rééducateurs

J'ai pu constater également que lors de la formalisation du projet de service d'une unité de court séjour gériatrique, les MK n'ont pas été associés à sa conception.

Cependant, il apparaît dans ce projet de service un axe prioritaire concernant la rééducation et la réadaptation, visant la ré-autonomisation précoce pour un retour à domicile sécurisé.

Cette exclusion symbolise une **méconnaissance de leur expertise** et une **sous-utilisation de leur potentiel** dans la prise en soins globale des patients et dans le travail en équipe.

Ce point nous amène à réfléchir sur les stéréotypes des rôles professionnels ancrés dans les pratiques de soins.

Une recherche théorique visant à comprendre les freins à la collaboration

J'ai réalisé ensuite une recherche théorique pour **comprendre comment ces stéréotypes** souvent rigidifiés par des biais cognitifs (comme la corrélation illusoire ou l'erreur fondamentale d'attribution) créent des zones d'incertitude et des tensions.

Comme le soulignent Crozier et Friedberg, ces dynamiques révèlent des enjeux de pouvoir liés à la maîtrise de l'information ou des compétences ; des travaux récents (Eckenschwiller, Woodciag et Mercier, 2023) montrent que la collaboration interprofessionnelle dépend aussi de facteurs organisationnels (espaces partagés, formations communes...) et d'états émergents (confiance, motivation, reconnaissance mutuelle...).

L'enquête de terrain, outil incontournable : méthodologie et population

Pour répondre à mon hypothèse, j'ai mené ainsi une étude qualitative auprès de deux unités de soins (Soins Médicaux et Réadaptation Polyvalente et Médecine Gériatrique) d'un même CH. 17 entretiens semi-dirigés individuels (durée moyenne de 30 mn) ont été enregistrés et retranscrits pour faciliter l'exploitation des résultats. Le recueil de données a été réalisé à travers un modèle d'analyse explorant les perceptions des rôles, les freins à la collaboration, et les attentes en matière de travail d'équipe et vis à vis de la relation avec le patient.

La diversité des participants (Cadres, IDE, AS, MK et étudiants) m'avait permis de **croiser les points de vue** et d'identifier les **convergences et divergences** dans les perceptions. Cependant, l'échantillon reste anecdotique puisque d'autres variables (expérience professionnelle, gouvernance, motivation intrinsèque...) n'ont pas pu être affinées.

Les dysfonctionnements sont structurels et cognitifs

Ces entretiens menés auprès des professionnels de santé ont permis de dégager **six thèmes récurrents**, révélant les obstacles majeurs à une collaboration interprofessionnelle efficace.

Un manque criant d'espaces partagés

Les échanges entre professionnels se limitent souvent à des **rencontres informelles dans les couloirs**, sans temps dédié à une véritable coordination.

Les MKs, par exemple, soulignent qu'ils ne sont **jamais associés aux réunions de synthèse**, ce qui les prive d'une vision globale du projet thérapeutique du patient.

Cette absence de **moments formalisés** favorise les **oublis, les répétitions**, et parfois même des **contradictions** dans les prises en soins.

Des formations initiales cloisonnées

Les étudiants en soins infirmiers et en masso-kinésithérapie laissent comprendre avoir peu de **modules communs** pour apprendre à travailler ensemble.

Des initiatives concrètes existent, tels que les instituts de formations (IFMK, IFSI et IFAS) qui se trouvent dans les mêmes locaux, ou des initiatives de faire participer les professionnels du centre hospitalier dans certaines séquences pédagogiques.

La répartition inégale des instituts de formation favorise ce cloisonnement entre filières professionnelles.

Cette méconnaissance mutuelle des **rôles et compétences** persisterait et même s'amplifierait une fois en poste, renforçant les **stéréotypes** et limitant les initiatives collaboratives.

Des préférences de communication qui renforcent les cloisonnements

Dans certains cas, le manque de communication directe entre les professionnels renforce les pertes ou les distorsions dans les messages.

Lors de mon enquête sur le terrain, le plateau technique de rééducation, en rez-de-chaussée, et l'unité de soins, au 2ème étage, rendaient de fait les brancardiers les principaux **transmetteurs** d'informations **importantes** sur l'état de santé des patients, et donc un manque d'échanges entre pairs, professionnels de santé, sur des thématiques qui les concernent.

Des missions perçues comme cloisonnées

La **division des tâches** est souvent vécue comme une **frontière infranchissable**, les **soins et la rééducation**, illustrant une vision **parcellaire** de la prise en soins.

Les MK, quant à eux, estiment que leur rôle est **réduit à une intervention technique**, sans prise en compte de leur expertise dans l'évaluation globale du patient.

Cette **segmentation des missions** empêche une **approche globale** et nuit à la **cohérence** des soins. **Pourtant, plusieurs gestes**, comme les transferts, sont identifiés comme **nécessaires à apprendre ensemble** pour un **accompagnement optimal des patients**.

Cependant, les possibilités organisationnelles pour instaurer des dynamiques pérennes manquent, et ces initiatives restent souvent individuelles, ce qui renforce les stéréotypes que les professionnels entretiennent sur le rôle d'autrui.

Une transversalité peu valorisée

Bien que tous les professionnels interrogés reconnaissent l'importance de la **transversalité**, celle-ci reste **peu mise en pratique**.

Les **opportunités de collaboration** (réunions pluridisciplinaires, transmissions communes) sont **sous-exploitées**, faute de **volonté institutionnelle** ou de **temps alloué par manque de ressources humaines afin de répondre à la fois à ces impératifs de communication et à la prise en soins**.

Pourtant, ces moments pourraient **briser les silos** et favoriser une **meilleure compréhension** des enjeux de chacun et par conséquent améliorer la qualité des soins et l'expérience patient.

Des tensions sous-jacentes perpétuées par les biais cognitifs

Les **stéréotypes** persistent et alimentent les **incompréhensions**.

Les MKs sont parfois perçus comme des « **prestataires externes du mouvement** », tandis que les IDE et AS sont perçues uniquement dans leur rôle d'hygiène et de soins techniques.

Ces **représentations figées** créent des **tensions latentes**, qui se traduisent par un **manque de confiance** et une **réduction des échanges spontanés**. Sans **remise en question collective** de ces préjugés, la collaboration reste **superficielle** et **peu efficace**.

Une discussion ouverte : la collaboration est un acte volontaire dans un cadre contraignant

Ces résultats révèlent une collaboration par défaut : les professionnels s'adaptent aux contraintes organisationnelles, mais sans réelle synergie. L'absence de cadre structurant limite les initiatives individuelles.

La collaboration, un processus complexe

Cette étude confirme que **la collaboration interprofessionnelle ne peut se décréter** : elle repose sur deux piliers indissociables.

D'une part, **la volonté individuelle** (motivation à travailler en équipe et ouverture d'esprit) et, d'autre part, **le cadre organisationnel** (temps dédié, espaces partagés et formations communes).

Sans ces deux leviers, la collaboration est subie plutôt que choisie, et son efficacité s'en ressent.

Les biais cognitifs, un frein invisible

Les stéréotypes négatifs **persistent car ils sont profondément ancrés dans les habitudes de pensée**. En l'absence d'interactions régulières, ces représentations se perpétuent, **devenant une norme tacite**. La méconnaissance nourrit alors les préjugés, qui, à leur tour, **renforcent les cloisonnements et limitent les échanges**, créant un cercle vicieux difficile à briser.

Le patient, otage des dysfonctionnements

Pourtant, tous les professionnels interrogés placent le patient au cœur de leur pratique. Malgré cela, les cloisonnements persistent et entravent une approche globale :

- **Le manque de mutualisation des protocoles de rééducation/réadaptation/soins** entre les professionnels **entraîne des incohérences dans leur application** ;
- **L'absence de communication favorise des transmissions incomplètes**, source d'erreurs ou de redondances dans la prise en soins ;
- **Des attentes non harmonisées, faute d'échanges, peuvent perturber la compréhension du patient et limiter son engagement** dans son projet thérapeutique.

Vers une interprofessionnalité effective

Pour dépasser ces freins, j'ai voulu proposer **quatre axes concrets**, inspirés des besoins exprimés par les professionnels et des bonnes pratiques identifiées dans la littérature, mais aussi en étant consciente de leurs freins à sa mise en place concrète.

Développement de la culture interprofessionnelle en formation initiale

Pour renforcer la compréhension mutuelle des rôles et des compétences, il est proposé **d'intégrer des modules communs** dans les programmes de formation initiale des instituts (IFSI, IFMK, IFAS). Par exemple, des ateliers pratiques sur la prise en charge d'un patient AVC pourraient être organisés. Cependant, cette approche pourrait rencontrer une **résistance des institutions** à modifier leurs programmes existants.

Clarification des rôles professionnels

Afin de limiter les conflits et les malentendus, **l'élaboration d'une charte interprofessionnelle** définissant clairement les missions de chaque métier, validée en équipe, serait un levier efficace. En revanche, ce processus exige un **temps de concertation important**, ce qui peut représenter un frein à sa mise en œuvre.

Formation continue interprofessionnelle

La conception de dispositifs de formation continue communs, comme des séminaires annuels centrés sur des cas cliniques concrets avec rotation des professionnels, permettrait d'actualiser les pratiques et de renforcer la cohésion d'équipe. Toutefois, un tel dispositif implique des coûts logistiques et organisationnels non négligeables.

Institutionnalisation des échanges

Pour fluidifier la communication et réduire les erreurs, il serait pertinent d'institutionnaliser des temps de réunions interprofessionnels, par exemple des analyses de pratiques professionnelles. Cependant, cette mesure pourrait être perçue comme une charge de travail supplémentaire et des difficultés pour réorganiser la prise en soins des patients.

Faire émerger la collaboration

Conclusion : passer des discours aux actes

Cette étude met en lumière un **paradoxe** ; alors que l'interprofessionnalité est un **impératif** pour la qualité des soins, sa mise en œuvre bute sur des **freins**

- **structurels**
(manque de temps, formations cloisonnées)
- &
- **cognitifs**
(stéréotypes, méconnaissance).

Sans **volonté individuelle** et **soutien institutionnel**, la collaboration ne s'exprime pas réellement.

Pour aller plus loin :
Les cadres de santé, avec leurs propres stéréotypes et préjugés, ont un rôle clé à jouer : **fédérer les équipes** autour d'objectifs communs, et **placer l'usager au centre** – non pas en théorie, mais dans les actes quotidiens. Ainsi, **les directions hospitalières** pourraient **investir** dans des **dispositifs concrets** : formations en soins communes, espaces partagés, et reconnaissance des compétences de chacun.

En somme l'interprofessionnalité ne se décrète pas. Elle se **construit**, au quotidien, par des **actions ciblées** et une **volonté partagée** de placer le patient au cœur des pratiques.

Par ailleurs, les politiques de santé actuelles prônent l'ouverture ville-hôpital pour une coordination renforcée des parcours de soins, de santé et de vie. Encore faudrait-il commencer par en incarner les principes au cœur même des établissements de santé.

Le développement d'autres réseaux, comme les Communautés de Professionnels de Territoire de Santé (CPTS) pourrait faire l'objet d'une analyse de leur mode de communication et de collaboration interprofessionnelle des lors qu'il n'y a pas de cadre hiérarchique instauré.

Quelques références

- CROZIER (M.) et FRIEDBERG (E.). L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective. – Paris : Éditions du Seuil, 1977 (436 pages)
- ECKENSCHWILLER (M.)-WODOCIAG (S.)-MERCIER (S.).- Facteurs organisationnels et États émergents : étude de la collaboration interprofessionnelle hospitalière- Journal de gestion et d'économie de la santé, 2023/2, n° 2
- DESCHAMPS (J.C.) et MOLINER (P.). L'identité en psychologie sociale : Des processus identitaires aux représentations sociales – Paris : Armand Colin « Cursus », 2012. (224 pages)
- LEGAL (JB.) et DELOUVEE (S.). Stéréotypes, préjugés et discriminations – Paris : Dunod « Les Topos », 2025. (128 pages)

Lexique

- AS : Aide-Soignant
- IDE : Infirmier Diplômé d'État
- IFAS : Institut de Formation Aide-soignant
- IFMK : Institut de Formation Masseuse-Kinésithérapeute
- IFSI : Institut Formation Soins Infirmiers
- MK : Masseuse-Kinésithérapeute
- SMR : Service de Soins Médicaux et Réadaptation



LA COLLABORATION NE SE DÉCRÈTE PAS : ELLE SE CONSTRUIT, JOUR APRÈS JOUR, PAR LA POSTURE DU CADRE DE SANTÉ QUI FAIT LE PONT ENTRE LES MÉTIERS.

"INTERPROFESSIONNALITÉ : ENTRE DISCOURS ET PRATIQUE, OÙ EN SOMMES-NOUS ?"

UN CONSTAT

- Des équipes **cloisonnées** qui ne se parlent pas.
- Des **incompréhensions** des rôles professionnels de chacun.
- Des kinésithérapeutes salariés assimilés à des **prestataires de soins**
- **Pas d'inclusion** des rééducateurs dans la confection du projet de service.
- **Manque d'adhésion** du patient à son **projet thérapeutique interprofessionnel**.

RECHERCHE

En quoi les **perceptions réciproques stéréotypées des rôles professionnels** entre MK et IDE/AS conditionnent-elles la **qualité de leur collaboration interprofessionnelle** visant à renforcer l'adhésion des patients à leur prise en soin?

LES RESULTATS

- Manque de **espaces partagés**
- **Fragmentation** des formations des professionnels de santé
- **Insuffisance** de formations cliniques mutualisées
- **Préférences** en matière de communication entre les professionnels
- Missions et activités **cloisonnées**
- **Transversalité** peu mise en valeur

L'ENQUETE



Recueil qualitatif par des entretiens semi-dirigés.



Centre Hospitalier établissement support GHT
Unité SMR polyvalente (24 lits)
Unité Médecine Gériatrique (24 lits)



2 Cadres de Santé
3 IDE, 3 AS, 3 MK, 3 EMK, 3 ESI

QUE DISENT LES PROFESSIONNELS?

"Ce que nous rapportent nos collègues nous paraît pas toujours si compréhensible (différent) selon les équipes"
"Ce n'est pas parce que on est kiné qu'on est plus **soigné**"
"Je me souviens que le **même** **stage**, les échanges étaient plus fluides."
"Je pense qu'il faut se mettre d'accord avec nos collègues pour **favoriser** que la **patient** **collabore**"



LES MASSEUR

"Nous n'avons **pas** de réunions spécifiques avec les AS"
"Les **rencontres** **professionnelles** **dans** leur **soin** en **bas**"
"On **dit** **et** **faute** que **faute** **des** **AS** pour **obtenir** **des** **informations**"
"On **peut** **pas** **avoir** **pas** **de** **travail** **en** **collaboration** **avec** **les** **AS**"
"Il **est** **parfois** **difficile** **de** **coordonner** **avec** **nos** **collègues** **de** **travail**"



LES IDE/AS/ESI

AXES

- Développer la **culture interprofessionnelle** dans la formation initiale
- **Clarifier les rôles** professionnels et favoriser les **moment d'échange**
- Concevoir des **dispositifs de formation continue interprofessionnels** centrés sur l'usager
- Clarifier les rôles professionnels et favoriser les **moment d'échange**

CONCLUSIONS

- Le **patient** est **central** pour tous les professionnels.
- La collaboration est un **acte volontaire** nécessitant des espaces communs et des prédispositions individuelles.
- Si la **collaboration** n'est pas organisée ni valorisée, elle est **subie** sans réelle performance.
- Des **tensions sous jacentes** persistent et se perpétuent par des biais cognitifs.



AS: Aide soignant
ESI: Etudiant soins infirmiers
EMK: Etudiant masseur-kinésithérapeute
IDE: Infirmier Diplômé d'Etat
GHT: Groupement Hospitalier de Territoire
MK: Masseur-kinésithérapeute
SMR: Service Soins Médicaux et Réadaptation



• CROZIER (M.) et FRIEDBERG (F.) : *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*. - Paris : Editions du Seuil, 1977.
• ECKENSWILLER (M.)-WODOCIAZ (S.)-MERCIER (S.) : Facteurs organisationnels et Etats émergents : étude de la collaboration interprofessionnelle hospitalière- *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 2023/2, n° 2.
• DESCHAMPS (J.C.) et MOLINIER (P.) : *L'identité en psychologie sociale : Des processus identitaires aux représentations sociales* - Paris : Armand Colin « Cursus », 2012
• LEGAL (J.B.) et DELOUVEE (S.) : *Stéréotypes, préjugés et discriminations* - Paris : Dunod « Les Topos », 2025.

Carolina TARES SALVADOR - Cadre de santé et Kinésithérapeute. Master 2 Cadre du Secteur Sanitaire, social et médico-social

PRATIQUES PROFESSIONNELLES

&

REGLEMENTATIONS

Alors voilà

Eléonore Durand, Kinésithérapeute salariée, au sein de la Polyclinique Sainte-Barbe, se déclarant sur son profil linkedin *spécialisée* en gériatrie depuis plusieurs années et travaillant autour du maintien de l'autonomie et la prévention des chutes chez la personne âgée* vient à nouveau de publier, en cette fin août, ce type de post dont elle a le secret et que d'ailleurs nombre de commentaires saluent toujours de remerciements.

Le secret, le génie et la simplicité, de dire, d'écrire et d'illustrer, tout haut ce que d'autres pensent parfois tout bas ou que d'autres encore pensent faire sans admettre que d'écouter ne suffit pas il faut aussi entendre ;

Un post « qui relève et révèle les « maux des mots » avec tact et justesse accompagné d'exemples ancrés dans le quotidien et de suggestions pour mieux faire.

Eléonore que notre rédaction suit avec attention, intérêt et gratitude pour ses accords à republication dans nos colonnes

Alors ...Merci encore Eléonore.

(*) même si l'affichage (fréquent par d'autres collègues dans d'autres domaines) du terme, non officiellement admis, peut être discuté sur la forme il est évident que l'expérience de plusieurs années dans l'accompagnement et la prise en soins « populationnelle » exclusive - avec enthousiasme, passion, et complément de formation - même, pour Eléonore et d'autres, à un niveau d'expertise qui vaudrait bien reconnaissance officielle d'un nouveau métier - issu de la profession - de « spécialisation en ... », de « Pratique Avancée en ... » ... mais c'est un autre débat auquel l'ACNKS est particulièrement attachée.



Eléonore Durand ✓ · 1er

Kinésithérapeute, Gériatrie - Gérontologie

1 j · 🌐



Elle comprend rien !!!

En rééducation gériatrique nous sommes souvent confrontés à des personnes âgées qui ont des difficultés à comprendre nos consignes, nos exercices... Bien sûr les troubles cognitifs évolués rendent parfois les choses difficiles, mais ce n'est pas tout le temps la cause des soucis de compréhension!

Et si c'était notre communication qui pose problème ?

▶ Des mots utilisés non évidents pour les personnes âgées : vocabulaire trop médical ou peu adapté aux habitudes de la personne, décalage de génération... Et parfois le patois du coin ! (pour les ruraux 😊)

▶ Trop de choses dites en même temps : trop de mots, trop de consignes perdent la personne...

👉 Les consignes doivent être simples et consises, et parfois le changement de mot utilisé peut tout débloquent !

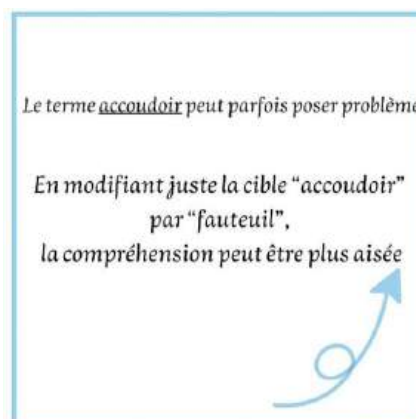
💡 Et certaines fois, faire varier le focus aide grandement ! Par exemple, une personne qui a du mal à soulever le pied du côté opéré, va plus facilement peut se concentrer plus facilement à lever haut le genou. On dévie son attention (focalisé sur l'appui sur son pied en appui au sol) sur son genou qui ne pose pas forcément de " problème "

▶▶ Alors si la personne en face ne comprend pas ce qu'on demande...

On ne s'énerve pas, on ne crie pas plus fort.

On change de mot, on recommence, on montre, on fait avec la personne...

.... Iconographie du post d'Eléonore Durand :



DU NOUVEAU POUR LES AUTORISATIONS SPECIALES D'ABSENCE (ASA)

Par le **décret 2026-604 du 6 juillet 2026** (très attendu depuis 2019 !)
le gouvernement fixe pour les 3 Fonctions Publiques (Etat, Territoriale et Hospitalière)
un cadre réglementaire unique qui sécurise et harmonise les pratiques dans divers cas **d'autorisations spéciales d'absence (*)** et **aménagement d'horaires (*)**
liés à la parentalité et à certains événements familiaux.

Applicable à partir du 1^{er} janvier 2017

il va engendrer une mise à jour dans nombre d'établissements
des règlements intérieurs et procédures, une information des agents
et une formation d'accompagnement des encadrants pour s'approprier
les **nouvelles ASA de droit** et **ASA accordables sous nécessité de service**.

(*) aujourd'hui reposant principalement sur des dispositifs locaux : circulaires, accords internes et autres pratiques locales disparates d'un établissement à l'autre.

Des dispositions particulièrement **importantes**

dans la **FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE (FPH)**

où la féminisation des métiers - dont celui de **Kinésithérapeute** - est très importante.

autorisations spéciales d'absence **de droit** :

- **Grossesse - examens médicaux prénataux et postnataux obligatoires** : si ces rendez-vous pendant le temps de travail.
- **Procédure d'adoption** : pour se rendre aux entretiens obligatoires nécessaires à l'obtention de l'agrément si ces entretiens doivent avoir lieu pendant le temps de travail (**5 jours au maximum par procédure d'agrément**).
- **Annonce d'un handicap**, d'une **pathologie chronique** ou d'un **cancer** touchant son enfant : **5 jours**.
- **Décès du conjoint** (vie maritale, mariage ou Pacte civil de solidarité-Pacs) : **5 jours**.
- **Décès d'un membre de la famille** (père, mère, beau-père, belle-mère, frère ou sœur) : **3 jours**
- **Mariage ou Pacs** : **5 jours**.

autorisations spéciales d'absence **sous réserve des nécessités de service** dans les cas suivants :

- **Grossesse** : 1 heure par jour à compter du 1^{er} jour du 3^e mois de grossesse et jusqu'à la date de début de congé de maternité.
- **Soin ou garde d'un ou de plusieurs enfants de moins de 16 ans** : **6 jours maximum par an** (agent exerçant à temps plein ou à temps complet ; dans les autres cas, durée réduite au prorata de la quotité de temps de travail). Aucune limite d'âge n'est fixée lorsque l'enfant est en situation de handicap. La durée est doublée si l'agent assume seul la charge du ou des enfants.

aménagement d'horaires sont **possibles sous réserve** de l'accord de l'employeur (heures non travaillées sont ensuite récupérées)
sont prévus notamment dans les cas suivants :

- Pour **allaiter son enfant** : une femme peut allaiter son enfant **pendant 1 année** à compter de la naissance, avec un aménagement horaire permettant d'interrompre son travail **1 heure par jour** (pas de récupération d'heure dans ce cas).
- Pour **assister** aux séances de **préparation à la naissance** et à la **parentalité** (disposition s'appliquant aussi au partenaire marié, pacsé ou vivant maritalement).
- Pour **assister** aux **réunions** ou aux **élections**, en tant qu'élu représentant ou délégué de parents d'élèves.
- Pour pouvoir **accompagner son enfant** scolarisé le jour de la **rentrée scolaire** (école maternelle et élémentaire).

La circulaire n° [DGOS/GOUV/2026/105](#) du 29 juillet 2026 vise à relancer l'intégration des GHT, 10 ans après leur création, en imposant à chaque groupement un autodiagnostic (15 nov. 2026) suivi d'un plan d'actions de consolidation de l'offre publique... (1^{er} jan. 2027).

Intégration territoriale, mutualisation des fonctions et efficience médico-économique sont les maîtres mots de cette « instruction » (8 pages + 6 pages d'annexes) signée de la Ministre de la santé, pour faire évoluer les GHT au-delà de l'outil de coopération initial. 5 grands axes soutiennent ces objectifs :

1. La structuration des parcours et la gradation des soins avec comme leviers
 - les périmètres de coopération & le projet médico-soignant revus et plus articulés,
 - le renforcement des outils d'accès aux soins de proximité,
 - Les consultations avancées, la téléexpertise, le bed management territorial et le recours aux IPA.
2. Le développement accéléré des équipes médicales de territoire en filières intégrées, ciblant notamment gériatrie, urgences, imagerie, biologie, anesthésie-réanimation, gynécologie-obstétrique, et pharmacie.
3. Les directions communes comme outil de structuration managériale à généraliser, de réelles coordinations territoriales.



Circulaire n° DGOS/GOUV/2026/105 du 29 juillet 2026 relative aux groupements hospitaliers de territoire (GHT)

UN SUJET A SUIVRE DE PRES :
Les professionnels de santé, et leur encadrement, seront impactés dans leurs pratiques professionnelles et leurs organisations de travail notamment en termes de mutualisations et de recompositions des filières de soins.

4. La mutualisation des **fonctions médico-techniques et support** notamment en biologie, imagerie ou pharmacie ainsi que convergence des systèmes d'information, de gestion commune des données, de coordination des achats ainsi que d'harmonisation des plans de formation.
5. Intégration financière et budgétaire : programme d'investissement unique, plan global de financement pluriannuel commun, CPOM unique et gestion mutualisée de la trésorerie.

Références à retrouver sur bulletins-officiels.social.gouv

- Code de la santé publique, art. L6132-1 à L6132-7. (2016). *Groupements hospitaliers de territoire*.
- Décret n° 2017-701 du 2 mai 2017 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L. 6132-3 du code de la santé publique, au sein des groupements hospitaliers de territoire. (2017). *Journal officiel de la République française*.
- Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale. (2026). *Circulaire n° DGOS/GOUV/2026/105 du 29 juillet 2026 relative aux groupements hospitaliers de territoire*.

Arrêté du 7 08 2026

Mise en application
de protocoles
de coopération
nationaux
entre professionnels
de santé
internes au service
de santé des armées
dont ceux relatifs à la

prise en charge MK

- de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines
- du traumatisme en torsion de la cheville

20 août 2026 JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE Texte G sur 30

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES ARMÉES ET DES ANCIENS COMBATTANTS

Arrêté du 7 août 2026
relatif à l'autorisation des protocoles de coopération nationaux entre professionnels de santé internes au service de santé des armées
NOR : ARMK26214904

La ministre des armées et des anciens combattants,
Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 4011-1 à L. 4011-5 ;
Vu la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 modifiée relative à l'organisation et à la transformation du système de santé ;
Vu la loi n° 2020-1525 du 7 décembre 2020 modifiée relative à l'accélération de la santé par la confiance et la simplification de l'action publique ;
Vu l'ordonnance n° 2018-20 du 17 janvier 2018 relative au service de santé des armées et à l'institution nationale des invalides ;
Vu le décret n° 2025-936 du 8 septembre 2025 relatif aux conditions de déclaration et de suivi des protocoles de coopérations nationaux et locaux ;
Vu l'arrêté du 29 novembre 2019 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Evaluation du bilan radiologique requis et sa demande anticipée par l'infirmier ou l'infirmière organisateur de l'accueil (IOA), en lieu et place du médecin, pour les patients se présentant avec un traumatisme de membre dans un service d'urgences » ;
Vu l'arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Réalisation de sutures de plaies simples par un infirmier en lieu et place d'un médecin » ;
Vu l'arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle » ;
Vu l'arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle » ;
Vu l'arrêté du 11 juin 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Première consultation d'alcoologie par une infirmière, pour des patients adressés par un service des urgences » ;
Vu l'arrêté du 7 septembre 2020 modifiant l'arrêté du 1^{er} septembre 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Contrôle des dispositifs implantables rythmologiques par une infirmière associant une prise en charge en présentiel et en télémedecine » ;

Arrête :

Article 1^{er}

En application du deuxième alinéa du A du III de l'article 66 de la loi du 24 juillet 2019 susvisée, les protocoles de coopération issus des arrêtés listés ci-dessous sont autorisés sur le territoire national au sein du service de santé des armées.

Ils s'appliquent à l'ensemble des établissements du service de santé des armées placés sous l'autorité du directeur central du service de santé des armées, dans les conditions prévues à la section 1 du chapitre unique du titre I^{er} du livre préliminaire du code de la santé publique.

1. Contrôle des dispositifs implantables rythmologiques par un infirmier associant une prise en charge en présentiel et en télémedecine - Arrêté du 7 septembre 2020 modifiant l'arrêté du 1^{er} septembre 2020 relatif à

l'infirmière du centre de santé ».

14. Prise en charge d'une pollakiurie et de brûlures mictionnelles par un infirmier - Arrêté du 17 juin 2024 relatif au protocole de coopération « Prise en charge par l'infirmier diplômé d'Etat de la pollakiurie et des brûlures mictionnelles non fébriles chez la femme de 16 à 65 ans dans le cadre d'une structure d'exercice coordonné ou d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS).

15. Prise en charge d'une odynophagie par un infirmier - Arrêté du 17 juin 2024 relatif au protocole de coopération « Prise en charge par l'infirmier des patients de 6 à 50 ans se présentant pour odynophagie (douleur de gorge ressentie ou augmentée lors de la déglutition) dans le cadre d'une structure d'exercice coordonné ou d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS).

16. Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par un masseur-kinésithérapeute - Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle ».

17. Prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines par un masseur-kinésithérapeute - Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle ».

Les protocoles et leurs annexes sont consultables sur le site internet du ministère chargé de la santé.

Article 2

Les établissements et autres éléments du service de santé des armées mettant en œuvre ces protocoles déclarent à leur direction de composante la participation des professionnels volontaires et en informent l'agence régionale de santé territorialement compétente, conformément aux dispositions de l'article D. 4011-4 du code de la santé publique.

Article 3

Le présent arrêté sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 7 août 2026.

Pour la ministre et par délégation :
Le directeur central du service de santé des armées,
J. MARGER

Décret du 1^{er} 08 2026

à propos

des délégations

départementales

des ARS :

missions des directeurs

dont au 7) la promotion

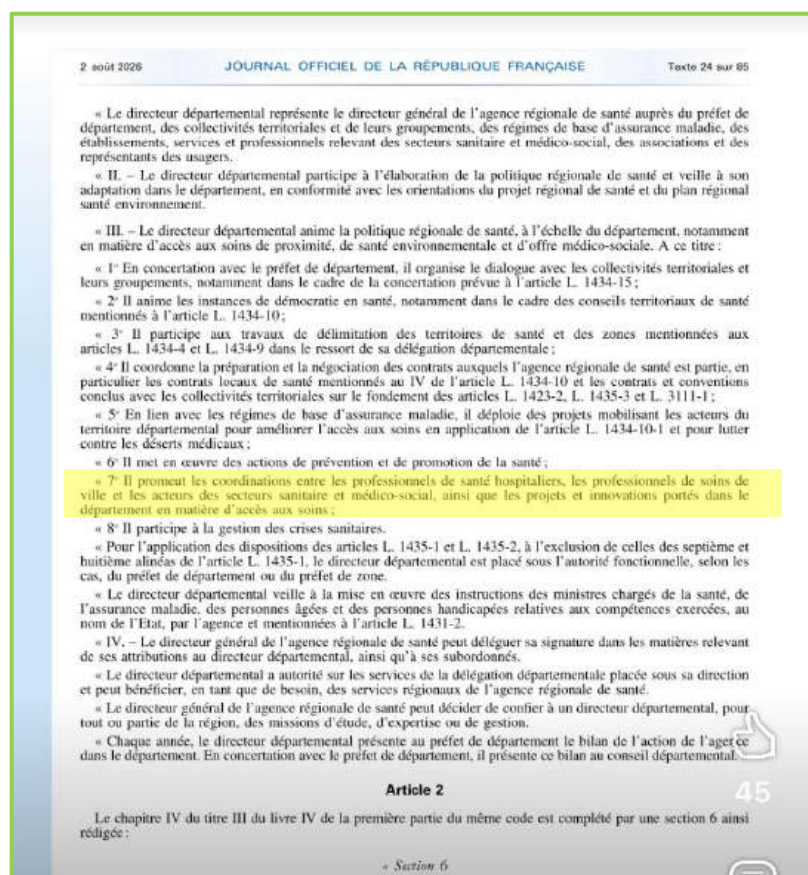
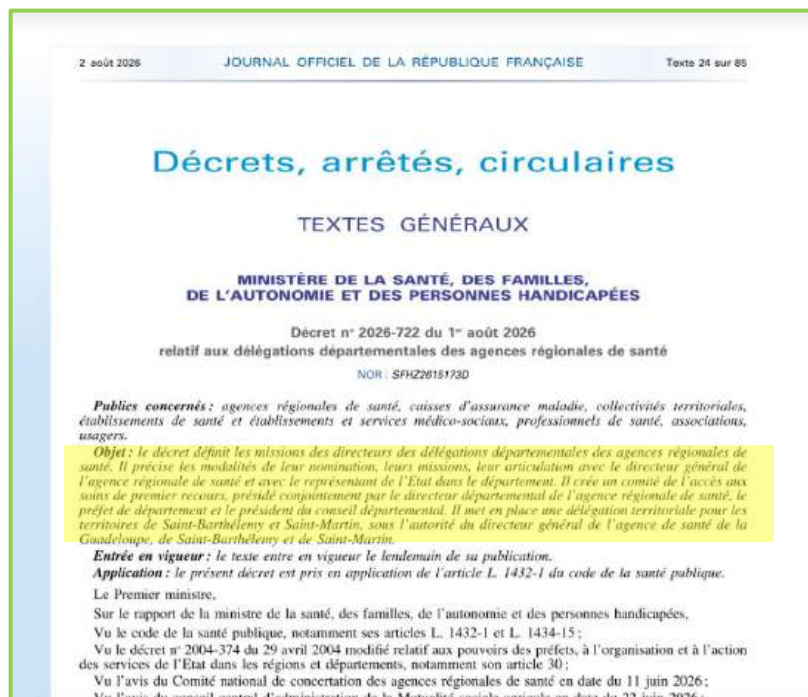
de coordinations entre

les professionnels

de santé hospitaliers,

les professionnels

de soins de ville



A NOTER AUSSI plusieurs réformes annoncées mises en œuvre au cours de l'été

❖ **Décret n°2026 - 705 du 29 juillet 2026 :**

- à propos des arrêts de travail
durée initiale plafonnée à 1 mois et à 2 mois pour la prolongation
- à propos du temps partiel thérapeutique (TPT)
l'employeur doit statuer dans les 30 jours à réception de la demande de TPT

❖ **Décret n°2026 - 745 du 6 août 2026**

- à propos du dispositif de rupture conventionnelle
 - la procédure de rupture conventionnelle est pérennisée
 - la modalité de calcul de l'indemnité spécifique est révisée
 - les dispositions relatives au remboursement en cas de ré-emploi dans la FPH dans les 6 ans

La « Mutuelle » des personnels hospitaliers partiellement prise en charge par les établissements : c'est (peut-être) pour demain

Une enveloppe de 489 millions d'euros pour financer la future mutuelle des personnels hospitaliers aurait été proposée aux syndicats de la FPH soit une 40aine d'euros par agent ; une somme qui couvrirait, à partir de 2028, « 100 % du panier de soins minimal * » légal mais qui ne comprend pas la prévoyance (risques lourds : invalidité, incapacité, décès), déjà obtenue par les autres fonctionnaires.

Alors que les autres fonction publiques (Etat et Territoriale) ont déjà mis en place cette disposition les agents de la fonction publique hospitalière sont aujourd'hui « *les derniers travailleurs* », à ne pas bénéficier d'une prise en charge à 50 % par l'employeur du coût de la « complémentaire santé ».

Voilà plus de 10 ans que l'on parle !

Et l'entrée en vigueur serait repoussée à début 2028, alors que la dernière loi de financement de la Sécurité sociale prévoyait cette évolution début 2027.

Les négociations se poursuivent ... jusqu'au 7 octobre indiquent les organisations syndicales.

(*) prise en charge du ticket modérateur, l'ensemble du reste à charge hospitalier, ainsi que des garanties sur le dentaire et l'optique, mais pas les dépassements d'honoraires.

Les agents pourront choisir de payer pour des garanties supplémentaires.

MERCI
pour leur soutien
et leur fidélité
aux partenaires
de l'ACNKS
de Kinéscope
& des JNKS 2026

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 - 92300 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



i Avec capteur de mouvement intégré !

- ✓ 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



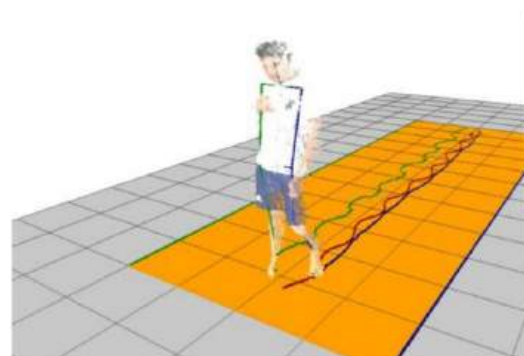
Distribué par :
Médimex
ÉVALUATION - RÉÉDUCATION - PERFORMANCE

inTrack

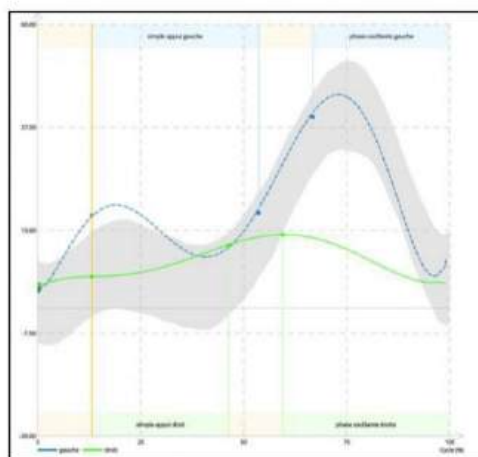
Dispositif Médical d'Analyse Quantifiée et Visuelle de la marche et de l'équilibre



Fonctionnalités vidéo
(zoom, comparaisons, ...)



Visualisation 3D



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



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 démonstrations :

www.ekinnox.com

-

nicolas.maire@ekinnox.com

-

+33 (0)6 67 47 58 01



MACSF

MUTUELLE SANTÉ HOSPITALIERS

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 réduire 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-kinésithérapeutes, 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 néoélec

acnks

au cœur du métier

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

Merci aux fidèles adhérent-e-s de notre association
soutiens inestimables de toutes nos actions
au bénéfice du métier et de la profession

Merci à nos **lecteurs** qui d'un clic peuvent devenir eux
aussi adhérents et militants :

 [https://www.helloasso.com/associations/cnks/
adhesions/acnks-2026-adhesion-individuelle-2](https://www.helloasso.com/associations/cnks/adhesions/acnks-2026-adhesion-individuelle-2)