

Structurez une prise en charge lombaire en 15 minutes !

Accédez au mini-cours offert !



(publicité)

OFFRE SPÉCIALE

Thérapie par Ondes de Choc Focalisées



Développez votre activité avec une solution thérapeutique avancée

La thérapie par ondes de choc focalisées est une solution reconnue pour le traitement de nombreuses **pathologies musculo-squelettiques**. Une prise en charge de vos patients : **non invasive, efficace** et **rapide**. Avec la solution BTL Focused Shockwave FSWT, offrez à votre cabinet une technologie performante et fiable pour élargir votre offre de soins et améliorer les résultats cliniques.

Pour toute commande pendant la période de l'offre, une pièce à main FSWT est **offerte!**

Offre valable du 15 mars au 30 avril 2026

Scannez le QR code pour être recontacté par notre équipe.

OFFRE SPÉCIALE



CONTACTEZ-NOUS



Le travail c'est la santé... Ou Pas !

« **L**e travail, c'est la santé, rien faire c'est la conserver ! Les prisonniers du boulot ne font pas de vieux os. » Henri Salvador, en 1965 déjà, semblait avoir tout compris. Avec ses mimiques et son grand sourire, il mettait en musique les paroles de Maurice Pon, qui raisonnent étonnamment aujourd'hui, avec force d'études malheureusement beaucoup plus sérieuses...

C'est l'objet de notre dossier. L'étude internationale Wellpass, réalisée par YouGov sur l'influence du travail sur le bien-être des salariés (lire en page 26). Certes, le travail structure nos vies. Il donne un cadre, une identité, une trajectoire... Mais le constat établi en 2026 n'est pas clairement en faveur de cette forme de structuration. Pire, mais on s'en doutait, il apparaît que c'est le travail qui fragilise la santé. Santé physique, mais également santé mentale. Et les chiffres sont terribles : 87% des personnes interrogées dans différents pays dont la France, considèrent que leurs conditions de travail nuisent à leur santé à long terme. Heureusement, il existe des leviers de correction...

Autre étude, pas forcément réjouissante, également prise en compte avec des mesures de correction, celle de la lutte contre les violences sexistes et sexuelles dans le sport... Ici c'est le ministère concerné qui réagit (à découvrir en page 35)...

Et puis, dans le même registre des travailleurs du sport, cette étude Kantar qui pointe le grand décrochage des adolescentes vis-à-vis du sport. Près d'une jeune femme sur deux abandonne le sport par contrainte sociale (voir le détail en page 36).

Pas question, pour autant de terminer sur une note triste. Les bonnes nouvelles font front, témoins Cinésis, cette structure spécialisée dans la prévention santé en entreprise, qui visent à corriger les maux évoqués plus haut (page 10) ; ou encore l'évolution majeure de l'organisation des soins de kinésithérapie que constitue l'accès direct (lire le détail en page 21).

Mais au-delà de ces contre-feux, la vraie bonne nouvelle à laquelle s'accrocher, immuable et symbole de renouveau reste que le mois de mars est celui du retour du printemps.

L'avenir c'est deux mains



Pascal Turbil

DES FORMATIONS
PENSÉES
POUR VOUS

Augmentez vos compétences
et améliorez vos pratiques

KINÉ SPORT

pour soigner au cabinet et être
un spécialiste des terrains

**THÉRAPIE
MANUELLE**

du diagnostic précis à l'articulation
des techniques efficaces pour un
traitement en sécurité

D.U. ERGONOMIE*

pour devenir consultant-expert en
ergonomie et diversifier sa pratique

À LA CARTE

des formations courtes pour
optimiser vos compétences
(Fascia, Crochetage, Rachis,
Neurodynamique...)

itmp

Infos, concepts et matériels	08
Cinésis, la prévention santé en entreprise	10
Kin'Éveil	18

ÉTUDES

<i>Le Baromètre Santé Publique France</i>	14
<i>Le travail c'est la santé ?</i>	26

CAHIER SPÉCIAL Santé-Sport



<i>L'actualité du sport santé</i>	33
<i>La course du cœur</i>	34
<i>Lutter contre les violences dans le sport</i>	35
<i>Les adolescentes et le sport</i>	36
<i>Formation des coachs sportifs</i>	38
<i>Nutrition et performance</i>	41



Livres Lîle lettrée 50

Formation Pourquoi le Dry-needling est indispensable en kinésithérapie ? 20

Accès direct en kinésithérapie 21

Savoirs Entre thérapie manuelle et ostéopathie : enquête qualitative sur la spécialisation des kinésithérapeutes français 42

Magazine pour la Rééducation, Réadaptation et le Fitness.
Réservé au corps médical, paramédical et aux professionnels du sport

fmt mag'
LE MAGAZINE DE LA RÉÉDUCATION

Directeur de la Publication Michel FILZI
Responsable de Rédaction S.A.S. So Com - Pascal Turbil
Comité de Rédaction M. Chapotte - B. Faupin - F. Thiebault - P. Turbil
Publicité Pascal Turbil - pturbil@mac.com - 06 50 89 88 36
Maquette Marie Poulizac pour So Com
Éditeur RX France 52-54 Quai de Dion-Bouton - CS 80001 - 92806 Puteaux cedex
Diffusion 15 000 exemplaires - Imprimé par ROTO CHAMPAGNE
Revue éditée par RX France. Tous droits de reproduction, textes et illustrations même partiels restent soumis à l'accord préalable de son directeur de publication. Les opinions ou les prises de position exprimées dans les rédactionnels n'engagent que la seule responsabilité des auteurs. Les manuscrits insérés ne sont pas rendus.
ISSN 1778-915X

Les informations personnelles recueillies sur ce formulaire sont recueillies sur la base de l'intérêt légitime et sont enregistrées, dans un fichier informatisé, par RX France (52 Quai de Dion Bouton, 92800 Puteaux). Elles sont nécessaires à l'envoi de la newsletter du salon et seront traitées conformément à la Politique de Confidentialité de Reed Expositions France. Les données à caractère personnel à fournir de manière obligatoire sont indiquées comme telle sur le formulaire. Sans ces données, notre société ne sera pas en mesure de satisfaire votre demande. Ces informations personnelles sont conservées aussi longtemps que nécessaire pour vous fournir le Service commandé et répondre à vos demandes. Conformément au Règlement Européen pour la protection des données personnelles (UE) 2016/679 – RGPD et autre loi de protection des données, vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'opposition, d'effacement et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en cliquant sur le lien <https://app.onetrust.com/app/#/webform/0c3a1ef7-191f-4781-af27-a22efb1eb768>

concept 2 **Strength** **ERG**



**FORCEZ ET RÉÉDUQUEZ
AVEC FINESSE**

Disponible chez

iNCEPT

RÉÉDUCA C'EST ÇA !

Le salon Réeduca 2026 se tiendra du 17 au 19 septembre prochains à Paris, Porte de Versailles. Le succès de l'édition 2025 a d'ores et déjà poussé de nombreux exposants à réserver leur stand. Et, comme l'an dernier, la programmation viendra compléter l'événement avec du contenu riche et varié.

C'est désormais un classique, le salon Réeduca met l'accent sur les innovations. Nouveautés sur les stands des exposants en premier lieu, au sein de l'Espace Start-Up, ou avec les Trophées Réeduca Innov'. Et si les visiteurs se déplacent pour voir et tester les nouveautés, ils viennent également pour faire le point sur leur secteur d'activité, leur marché. C'est notamment en cela que le salon Réeduca se réinvente chaque année, en améliorant d'une année sur l'autre la carte des propositions. Les habitués retrouveront ainsi leurs espaces d'informations et d'échanges que sont : les Ateliers Pratiques et leurs mises en situation de gestes techniques ; l'Espace Formations, avec 6 formations certifiantes dispensées durant les trois journées ; le Forum Démonstrations & Innovations pour une mise en situation des concepts et matériels et enfin, les Spots Sport Santé et ses essais grandeur nature.



Ici Olivier Decourcelles, (ergonome / MKDE) et le docteur Anne Delépine (médecin du travail) ou le docteur Stéphane Cascua (médecin du sport) sur l'Espace Conférences.

TOUS LES MAILLONS DE LA CHAÎNE DE SOINS REPRÉSENTÉS

Depuis quelques années déjà, le salon Réeduca a fait le choix de réunir en un même lieu tous les acteurs de la santé qui composent la chaîne de soin. Les médecins, responsables d'établissements de soins ou de structures sportives, chirurgiens, chercheurs, infirmiers, préparateurs physiques, et bien sûr kinésithérapeutes se côtoient, échangent leurs points de vue et expertises durant trois jours pour renforcer la chaîne de soins pour le bien-être des patients, mais aussi des praticiens. Réeduca reste certainement le seul endroit en France où tous les professionnels de santé se retrouvent pour faire progresser l'univers de la rééducation dans son ensemble, y compris dans le registre de la prévention. C'est le cas depuis plus de 10 ans avec les Conversations Multidisciplinaires, qui rassemblent un public toujours plus nombreux autour de thématiques dédiées et plus récemment, avec les Conférences, sur l'espace du même nom, qui attirent des personnalités du secteur médical, scientifique, ou du sport santé et qui font salle comble. La programmation 2026 confirme cette tendance...



MASSAGE MASTERS & MASSAGE CHALLENGE ACADEMY 2026

Le concours Massage Masters 2026, organisé par le salon Réeduca, est l'événement phare dédié à l'excellence des techniques manuelles en masso-kinésithérapie. Cette deuxième édition mettra en lumière le savoir-faire des praticiens à travers une compétition de haut niveau selon deux catégories.

- **Massage Masters (Professionnels)** : destiné aux kinésithérapeutes diplômés d'État en activité. Ici, l'accent est mis sur la maturité du geste, l'expérience clinique et l'innovation technique. 6 kinésithérapeutes aguerris s'affronteront pour démontrer leur signature thérapeutique.

- **Massage Academy Challenge (Étudiants)** : ouvert aux équipes d'étudiants issus des IFMK (Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie). Les étudiants concourent en équipe de 3 étudiants par école, pour défendre les couleurs de leur établissement. Épreuves en relais sur des thèmes préparés en amont où chaque membre de l'équipe prend la main successivement. Plus qu'un simple concours, les Massage Masters sont entrecoupés de «Masterclass». Ces interludes didactiques permettront de décrypter en temps réel les enjeux physiologiques du massage, pilier de la rééducation.

De plus avant chaque épreuve, un des membres du jury donnera un point fort sur des critères d'évaluation.

UN CHALLENGE EN 5 ÉPREUVES

Maîtrise gestuelle

Les candidats devront démontrer leur capacité à exécuter les manœuvres essentielles avec : Précision - Fluidité - Adaptabilité - Contrôle du geste - Économie gestuelle - Connexion avec le receveur à travers le Solfège du massage : Pression - Effleurage - Glissé superficiel et profond - Pompage - Modelage - Pétrissage - Friction - Étirement - Palper / Rouler - Vibration - Percussion - Crochetage.

Épreuve 1 : expression analytique (Battle).

Épreuve 2 : combinaison technique.

Épreuve 3 : massage à visé circulatoire.

Épreuve 4 : massage sportif

Épreuve (version Professionnels) : libération énergétique et vitalité - Kinés Pro

Épreuve 5 (version étudiants) : Massage à 4 mains (thème libre - votre massage signature)

Un jury de spécialistes et formateurs composé de (de gauche à droite) : Arnaud Cérioli, MK, directeur d'IFMK ; Frédéric Zenouda MK, ostéopathe et Bérange Bonvallet, MK, ostéopathe, présidente de GPM Kiné.

CRITÈRES D'ÉVALUATION

Les candidats seront évalués selon une grille de notation basée sur 100 points (20 points par épreuve), répartis sur 4 piliers fondamentaux que sont :

1. Technique & Maîtrise
2. Ergonomie & Posture
3. Anatomie & Sensibilité
4. Créativité - Expression & Identité





Gil Amsallem, MK et ostéopathe, partenaire organisateur, formateur, conférencier et créateur de massages et de concepts de soins pour les centres de thalassothérapie, thérapeute de terrain depuis plus de 30 ans.

Massage MASTERS by Reduca

Professionnels et étudiants, envoyez votre candidature avant le 30 juin 2026 et préparez-vous à vivre une expérience inoubliable !

*Pour vous inscrire,
c'est par ici*



*Toutes les informations du salon sur :
www.salonreduca.com*

POURQUOI PARTICIPER EN TANT QU'ÉTUDIANT ?

1. Sortir du cadre académique

Le concours est le terrain de jeu idéal pour sortir des salles de cours et tester votre créativité. C'est l'occasion de passer de la théorie à une véritable identité de praticien avant même l'obtention du diplôme.

2. Maîtriser la gestion du stress

Réaliser des séquences de massage (thèmes imposées) de 20 minutes sous le regard d'un jury est un excellent exercice pour les futurs examens et la pratique en cabinet.

Gagnez en confiance en vous et apprenez à rester serein et précis, même sous pression.

3. Développer une cohésion d'équipe

Le massage à 4 mains (pour la 5^{ème} épreuve) exige une synchronisation parfaite.

Apprendre à masser à plusieurs développe une écoute non-verbale et une fluidité de groupe que vous ne retrouverez nulle part ailleurs. C'est une expérience humaine forte.

4. Booster son CV

Mentionner une participation ou une victoire au Massage Academy Challenge sur votre premier CV est un signal fort pour vos futurs employeurs, cela prouve votre passion, votre audace et votre maîtrise manuelle.



Sonde vaginale



Sonde vaginale
abréviée



Sonde anale



Sonde vaginale
Tampone



Sonde vaginale
abréviée



Sonde anale

*Fabriquant depuis plus de
40 ans de sondes de rééducation.
Prises en charge par
les caisses d'Assurance Maladie.*

DISPONIBLES
CHEZ VOTRE
DISTRIBUTEUR
HABITUEL



E.M.C EVOLUTION

Tél. 04 73 80 14 94 - contact@emc-evolution.com

Toute notre gamme sur : www.emc-evolution.com



INFOS, CONCEPTS & MATÉRIELS



Exosquelette robotisé signé BTL pour la rééducation de la marche

Le BTL EXO est un exosquelette médical innovant, libre de mouvement, qui soutient et améliore dynamiquement les fonctions motrices des membres inférieurs. Cet exosquelette robotisé de pointe aide les patients souffrant de troubles neurologiques ou de mobilité à réapprendre les schémas de marche naturels grâce à un soutien actif du mouvement.

www.btlmed.fr/exo

Physioboost, vitalité et performance

Physioboost, lancée en 2021, révolutionne le bien-être avec ses applications de LED de lumière rouge pour le corps entier, fruit de 30 ans de recherche en sport, bien-être, médecine et esthétique par l'usine JK, leader mondial depuis 1927. Choisir un appareil de luminothérapie, Physioboost offre une expérience client améliorée : déconnexion, énergie et détente optimales. Une offre facile à intégrer sans grands changements d'installation, garantissant qualité et efficacité. En effet, la lumière joue un rôle important pour l'ensemble de l'organisme. Parmi les effets de la lumière rouge et du proche infrarouge figurant l'augmentation de la production de collagène et de l'ATP (le carburant cellulaire dans les mitochondries ainsi que la stimulation du métabolisme et de la circulation sanguine). Des centaines d'études scientifiques confirment les effets revitalisants de la lumière rouge et du proche infrarouge en matière de performances, de régénération et de santé de la peau. Disponible en blanc ou noir.



www.cryojetsystem-france.fr

Table animalière « ostéo'pattes »



Il s'agit la première table électrique d'Ostéopathie Animale. L'Osteopathy Animal Academy (OAA) est fière d'annoncer l'intégration de la Première table électrique d'Ostéopathie Animale de Franco & Fils dans sa formation à la Bergerie Nationale de Rambouillet. Cette collaboration est une étape importante dans l'amélioration de l'expérience d'apprentissage des étudiants et dans le confort offert aux animaux soignés.

www.francofils.com



Partenariat Doctolib et CHU de Nantes

Le CHU de Nantes, Nantes Université et Doctolib lancent un partenariat en recherche et innovation pour développer et évaluer en conditions réelles des solutions d'IA en santé. Cette collaboration vise à co-développer, déployer et évaluer des solutions numériques innovantes dans un environnement hospitalo-universitaire en conditions réelles, avec un objectif central : produire des preuves scientifiques robustes de leur bénéfice pour les soignants et patients, leur sécurité, leur acceptabilité et leur impact organisationnel. Ce partenariat, inédit pour Doctolib, s'inscrit dans une démarche de recherche appliquée et d'évaluation en vie réelle, associant l'expertise clinique et académique du CHU de Nantes et de Nantes Université, à la capacité d'innovation technologique de Doctolib et à ses équipes de chercheurs. Les partenaires entendent construire des solutions pensées pour répondre à des besoins opérationnels clairement identifiés au sein des services hospitaliers et documenter leur effet sur les parcours de soins,

le vécu et les résultats rapportés par les patients, l'expérience des soignants et l'organisation hospitalière dans une logique scientifique fondée sur la preuve appliquée au numérique. Les premiers projets seront initiés dans l'année. Ils s'articuleront autour de plusieurs axes prioritaires, conçus pour être testés prospectivement et évalués selon des protocoles prédéfinis.

FIRN

FABRICANT/CONCEPTEUR

DE MATÉRIEL DE RÉÉDUCATION

DEPUIS 1958

La qualité française au service du bien-être et de la rééducation

+ D'INFOS
SUR FIRN.FR



**photo non contractuelle*





Pierre-Jacques Lyon (à gauche) et Frédéric Valette, les animateurs de Markus santé

SANTÉ AU TRAVAIL

Cinésis est une structure spécialisée dans la prévention santé en entreprise, composée d'intervenants kinésithérapeutes, ergonomes, médecins du travail. Sa mission est d'apporter l'expertise du mouvement et de l'ergonomie directement au sein des organisations pour réduire les risques professionnels, améliorer la qualité de vie au travail et accompagner les salariés vers des pratiques durables.

D'autre part, la structure propose une formation pour les professionnels de santé : kinés, ostéos, infirmier(e)s, ergothérapeutes, psychomotricien(ne)s, podologues afin de devenir préventeurs santé en entreprise. Cette formation a été créée par des médecins du travail, ergonomes, kinésithérapeutes pour répondre aux exigences du terrain et des enjeux de la prévention santé au travail. L'idée est simple : ne pas seulement accompagner ponctuellement les organisations, mais aussi former des acteurs capables de diffuser durablement la prévention sur le terrain avec cette expérience santé.

Cette double activité permet d'allier expertise pratique et transmission, avec une approche très opérationnelle, inspirée du sport de haut niveau : observer, analyser le geste réel, ajuster l'environnement et prévenir plutôt que réparer.

« J'ai compris que l'on arrivait trop tard »

C'est Johann Divaret, kinésithérapeute, préparateur physique, ostéopathe qui a créé le concept Cinésis : « Au départ, mon métier était celui de soignant. En cabinet, je traitais quotidiennement des douleurs liées au travail : lombalgies, tendinites, troubles de l'épaule, épicondylites... Et très souvent, les patients revenaient avec les mêmes problématiques. J'ai alors compris qu'on arrivait trop tard. Mon expérience du sport de haut niveau m'avait appris l'inverse : on optimise le geste, on ajuste la charge, on prépare le corps en amont pour éviter la blessure. J'ai donc commencé à intervenir directement

en entreprise pour agir sur les causes plutôt que sur les conséquences. » De fait, en plus de son activité en libéral comme kiné/ostéo à Paris, Johann Divaret a travaillé comme kiné-ostéo-préparateur physique pour l'équipe de France Olympiques de kayak (Olympiade Tokyo), mais également comme préventeur santé en entreprise depuis 2007...

Puis, très vite, une autre évidence lui est apparue : il fallait aussi former d'autres soignants pour multiplier l'impact. C'est ainsi qu'est né Cinésis, avec cette double mission : prévenir sur le terrain et transmettre les compétences de prévention.

Aujourd'hui Johann Divaret veut mettre en place des outils, issus du sport de haut niveau, adaptés au monde de l'entreprise : « Mon objectif est redonner la place aux praticiens de santé, en particulier les kinésithérapeutes, dans la prévention en entreprise mais également dans les cabinets libéraux. »

La population cible de ce concept de prévention dépasse ainsi les seuls kinésithérapeutes... Pour accompagner salariés terrain (BTP, industrie, logistique, tertiaire...) ; les managers et encadrants ; les services RH et prévention ou les référents sécurité pour réduire les TMS, lutter contre la sédentarité, améliorer la performance durable et développer une culture santé intégrée au travail, Cinésis se propose de former des kinésithérapeutes, mais également des infirmier(e)s, des ostéopathes, des podologues, des ergothérapeutes, des psychomotriciens, soit tous les


ecopostural
mobilières pour la santé



www.ecopostural.fr





soignants qui souhaitent élargir leur pratique vers la prévention en entreprise.

Johann Divaret intervient notamment à l'ENKRE pour donner des cours aux K4 sur la sédentarité et le travail du kiné en entreprise et dès l'année prochaine je le ferai également avec les élèves kinés et ergothérapeutes d'ASSAS Paris et Saint Quentin.

En parallèle de ses interventions en entreprise, Cinésis a développé une formation spécifique : « *Préventeur Santé en entreprise* », destinée aux professionnels de santé souhaitant agir en prévention, directement sur le terrain.

Sa particularité réside dans son approche pluridisciplinaire et opérationnelle, encore rare voire unique en France. La formation a été co-construite et animée par une équipe issue de métiers complémentaires : médecin du travail, ergonomiste, kinésithérapeute / ostéopathe, podologue, ergothérapeute. Cette diversité permet de croiser les regards médicaux, biomécaniques, ergonomiques et organisationnels, pour proposer une vision globale et réaliste des situations de travail. L'objectif

n'est pas seulement d'apporter des connaissances théoriques, mais de donner aux participants des outils directement applicables en entreprise.

Sur 4 jours (28 heures), les professionnels apprennent à :

- comprendre le cadre légal et réglementaire de la prévention
- analyser concrètement un poste de travail et les contraintes réelles
- identifier les risques TMS, sédentarité et RPS
- construire un plan d'actions ergonomiques et organisationnelles
- concevoir et animer des ateliers de prévention et de sensibilisation
- accompagner managers et équipes dans le changement de pratiques
- évaluer l'impact de leurs actions

Un module spécifique est également dédié à un aspect souvent oublié dans les formations santé : savoir communiquer et développer son activité en entreprise.





Mon assistance professionnelle
et ma sécurité fiscale



Adhésion dès
175€ TTC
/AN

Tous les services
ANGAK

Optionnel



angak
compta

17€ TTC
/MOIS
MICRO BNC OU RÉEL

ANGAK Compta,
plateforme de comptabilité
automatisée, web et mobile
100% sécurisée.

L'offre **100% Assistance**

Pour les professionnels libéraux de santé

- ✓ Accompagnement comptable, fiscal et juridique
- ✓ ECF (Examen de conformité fiscale)
- ✓ Télétransmission 2035 et DECLOYER
- ✓ Audit comptable personnalisé
- ✓ Ressources documentaires et partenariats

Pour les jeunes diplômés en début
d'activité professionnelle,
en micro-bnc

L'offre Start Pack
à **40€** TTC/AN

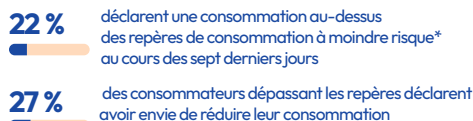


COMPORTEMENTS, CONNAISSANCES ET OPINIONS DE LA POPULATION EN LIEN AVEC LA SANTÉ

« Le Baromètre de Santé publique France offre une photographie des comportements, connaissances et opinions de la population en lien avec la santé. Les résultats 2024 vont permettre de guider les politiques publiques notamment en matière de prévention, éclairer les professionnels de santé, et informer chaque citoyen. Ces indicateurs vont également aider à identifier les populations les plus vulnérables, pour ainsi contribuer à réduire les inégalités sociales de santé. Notre objectif est clair : rendre les environnements plus favorables à la santé, pour tous et partout. Et les données régionales produites par ce Baromètre sont un levier précieux pour adapter les réponses au plus près des besoins des territoires. » Dr Caroline Semaille, directrice générale de Santé publique France.



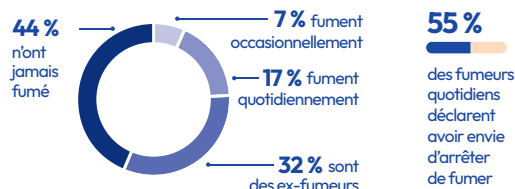
Consommation d'alcool



* Consommation :
- plus de 2 verres le même jour au moins 1 fois dans la semaine,
- ou plus de 5 jours dans la semaine,
- ou plus de 10 verres au total dans la semaine.



Consommation de tabac



Depuis plus de trente ans, le Baromètre de Santé publique France est une enquête, unique en son genre, qui permet de disposer d'informations impossibles à recueillir par ailleurs : comportements individuels, opinions, connaissances, ou encore événements de santé qui ne sont pas collectés par les systèmes de surveillance existants. Désormais actualisés tous les deux ans, les résultats produits éclairent les enjeux de santé publique, enrichissent les connaissances sur l'état de santé et fournissent des informations nécessaires pour guider les politiques de prévention et aider à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Avec 35 000 personnes interrogées, l'édition 2024 du Baromètre de Santé publique France recueille des données sur 20 grands enjeux de santé publique, tels que la consommation de tabac et d'alcool, la pratique d'activité physique, le sommeil, l'adhésion à la vaccination, la santé mentale, etc. Les résultats dressent une photographie nationale et pour la première fois régionale de ces enjeux. Ces résultats sont déclinés en synthèses thématiques et via une infographie reprenant des chiffres clefs. Un observatoire des comportements, connaissances et opinions de la population, indispensable pour guider les politiques de prévention et d'information. Le Baromètre de Santé publique France aborde une grande diversité de thématiques (20 grands enjeux de santé publique au total en 2024), et accorde une attention particulière aux comportements modifiables, comme le tabagisme, la consommation d'alcool, l'inactivité physique, le manque ou les problèmes de sommeil. Ces habitudes de vie sont des facteurs de risque à long terme pour des maladies cardiovasculaires, le diabète ou certains types de cancers. L'observation et l'analyse de ces comportements permettent aux autorités sanitaires d'orienter les actions d'information et de prévention de la population autour de ces thématiques ciblées. Santé publique France y contribue via notamment la mise en place de dispositifs de prévention et l'animation de ses différents sites d'information et d'aide à distance, tels que Tabac-info-service.fr ; Alcool-info service.fr ; MangerBouger.fr ; SanteMentale-Info-Service.fr...

Par exemple, l'édition 2024 du Baromètre de Santé publique France permet d'obtenir une nouvelle estimation du nombre de personnes déclarant fumer ; un élément indispensable de suivi du troisième Programme national de lutte contre le tabac (PNLT) 2023-2027. Des indicateurs sur le vapotage et sur l'efficacité comportementale de la campagne Mois sans tabac sont également fournis. La consommation d'alcool est évaluée au regard du dépassement des repères de consommation à moindre risque. Une actualisation des données épidémiologiques caractérisant l'état de santé perçu, le bien-être, la santé mentale (épisodes dépressifs caractérisés, troubles anxieux généralisés, conduites suicidaires), le temps moyen de sommeil et les plaintes d'insomnie, les traumatismes (chutes, accidents, traumatismes crâniens) est en outre disponible. De plus, les informations en lien avec les connaissances et le suivi par la population des recommandations concernant l'activité physique sont également mises à jour. Ces nouveaux indicateurs seront utiles au suivi du Programme national nutrition santé (PNNS).

Par ailleurs, cette édition permet de disposer d'une nouvelle estimation de la prévalence du diabète déclaré, en incluant la part non traitée pharmacologiquement, et apporte un éclairage sur le recours aux mesures hygiéno-diététiques dans le traitement du diabète. Elle met aussi à jour l'estimation de la prévalence de l'hypertension artérielle (HTA) déclarée, tout en estimant le taux de dépistage et de traitement médicamenteux de la HTA.

Des indicateurs pour toutes les régions

L'édition 2024 offre aussi une nouvelle estimation pour le suivi de l'adhésion vaccinale, effectué depuis 2000 en France hexagonale ; suivi qui s'inscrit plus globalement depuis 2010 dans la mesure de l'acceptabilité de la population face aux évolutions majeures des politiques vaccinales en France. Cette enquête intègre également des modules inédits : l'impact ressenti des événements climatiques

Sommeil



7h32
C'est le temps de sommeil moyen sur 24 heures (incluant les siestes)

33% sont en situation de plainte d'insomnie (difficultés à s'endormir et/ou réveils nocturnes)

21,5% sont considérés comme « courts dormeurs » (dormant 6 heures ou moins en moyenne par nuit)

Sédentarité

28%

déclarent passer plus de 7 heures par jour en position assise

Activité physique

40%

déclarent pratiquer régulièrement des activités physiques pendant leurs loisirs

Adhésion à la vaccination

80% sont favorables à la vaccination en général

37% sont défavorables à certaines vaccinations en particulier

Évènements climatiques extrêmes

79% déclarent avoir été confrontés à au moins un évènement climatique extrême (inondation, tempête, canicule, feu de forêt, sécheresse) au cours des deux dernières années

71% pensent être confrontés à un évènement climatique extrême dans les deux prochaines années pensent en souffrir physiquement ou psychologiquement

Prévention canicule

89% déclarent avoir été exposés aux messages de prévention « canicule »*

91% déclarent limiter leur activité physique en période de canicule*

*Périmètre France hexagonale

extrêmes sur la santé physique et mentale, l'insécurité alimentaire, les discriminations. En interrogeant un nombre conséquent de personnes dans chaque région, le Baromètre de Santé publique France permet désormais de disposer de l'ensemble des indicateurs pour chaque région (sauf Mayotte), afin d'appuyer efficacement les acteurs locaux. Cette enquête offre aussi une opportunité inédite d'approfondir la compréhension des inégalités sociales de santé, un enjeu central pour l'agence. Grâce à cette édition, Santé publique France renforce sa capacité à mesurer l'association entre les déterminants sociaux (âge, sexe, niveau d'éducation, ...) et les comportements/connaissances de la population en lien avec la santé. Les résultats de l'édition 2024 révèlent ainsi des inégalités socio-économiques marquées, selon le niveau de diplôme, la catégorie socio-professionnelle ou encore la situation financière perçue.

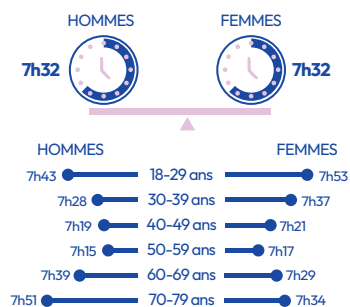
Ces inégalités ne sont pas toujours au détriment des mêmes catégories sociales :

- le tabagisme et la plainte d'insomnie concernent davantage les catégories sociales défavorisées.
- le dépassement des repères de consommation d'alcool et la sédentarité concernent davantage les catégories sociales les plus favorisées.

Ces résultats permettent de mettre en évidence les personnes qui ont des besoins spécifiques en matière de prévention. Elles sont un levier pour cibler et renforcer les actions de prévention au plus près des besoins des territoires et des populations qui en ont le plus besoin. A l'occasion de la publication de ces résultats, Santé publique France affirme son engagement à mieux comprendre ces inégalités, afin d'agir plus efficacement en faveur de leur réduction.

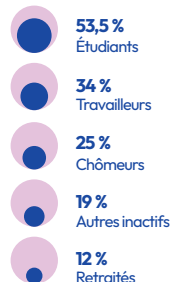
Sommeil

Temps de sommeil moyen sur 24 heures (incluant les siestes)



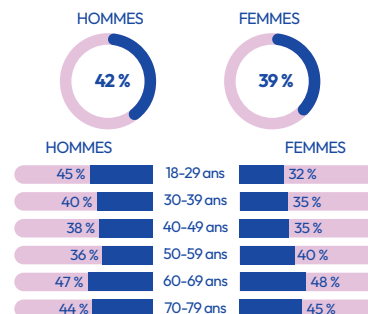
Sédentarité

Personnes déclarant passer plus de 7 heures par jour en position assise



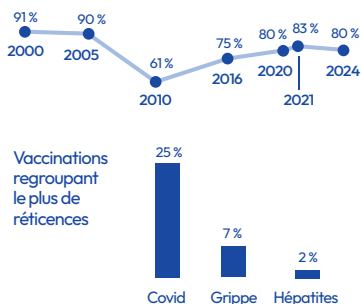
Activité physique

Personnes déclarant pratiquer régulièrement des activités physiques pendant leurs loisirs



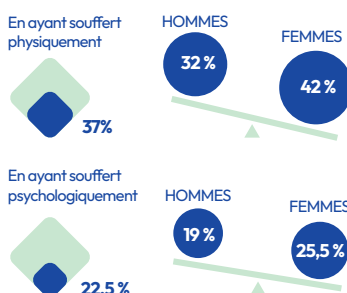
Adhésion à la vaccination

Évolution de la proportion de personnes favorables à la vaccination en général en France hexagonale



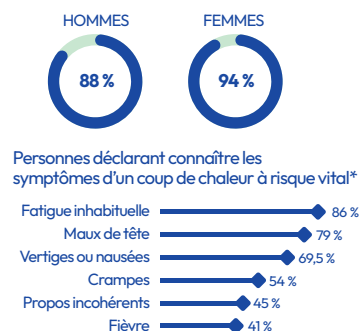
Évènements climatiques extrêmes

Personnes déclarant avoir souffert parmi celles ayant déclaré avoir été confrontés à un ou plusieurs évènements climatiques extrêmes au cours des deux dernières années



Prévention canicule

Personnes déclarant limiter leur activité physique en période de canicule*



*Périmètre France hexagonale

ESPACE
CHARENTON
PARIS 12

12^e CONGRÈS & SALON BtoB FITNESS CHALLENGES PARIS 2026 4&5 JUIN

CONFÉRENCES
STANDS BUSINESS
TABLES RONDES EXPOSITION
RENCONTRES
INNOVATION ATELIERS



FITNESS CHALLENGES
MAGAZINE • WEB • CONGRÈS

EN PARTENARIAT AVEC



BEHRING WATERS
LES EAUX ENGAGÉES



cdm
stravitec
HAMMER
STRENGTH



E G Y M



E G Y M
WELLPASS



KINÉS, C'EST UN SALON POUR VOUS !

La frontière entre la rééducation, la réathlétisation et la remise en forme n'a jamais été aussi mince qu'aujourd'hui...

Venez découvrir les dernières innovations en équipements de remise en forme pour la rééducation, la réathlétisation et la diversification des pratiques.

Ce salon vous offrira l'opportunité de rencontrer les principaux équipementiers, de tester de nouveaux produits, d'échanger sur les solutions les plus adaptées à vos besoins et de participer aux ateliers de nos partenaires.

Que vous cherchiez à optimiser vos séances ou à diversifier vos approches thérapeutiques, cet événement est un incontournable pour enrichir votre pratique et offrir à vos patients des solutions de qualité.



RÉÉDUCATION

Découvrez les équipements les plus innovants pour la **rééducation fonctionnelle**.

Des solutions adaptées pour améliorer la mobilité, la récupération et la gestion de la douleur, afin de soutenir vos patients dans leur rétablissement avec des outils performants et ciblés.



RÉATHLÉTISATION

Des équipements spécialisés pour la **réathlétisation**, visant à renforcer et à préparer vos patients à reprendre des activités physiques après une blessure.

Vous pourrez explorer des dispositifs permettant d'optimiser la récupération musculaire, de prévenir les rechutes et d'améliorer les performances athlétiques.



DIVERSIFICATION

Pour enrichir vos séances, ce salon propose des matériels qui vous permettront de **diversifier vos approches thérapeutiques**. Que ce soit pour travailler la proprioception, la force, ou la coordination, vous trouverez des outils novateurs pour varier les exercices et mieux répondre aux besoins variés de vos patients.

Kinésithérapie et remise en forme sont la nouvelle médecine !

Cet événement rassemble majoritairement des exploitants et managers de clubs de fitness, dans le cadre du **12^e Congrès professionnel Fitness Challenges**, et propose des conférences sur l'évolution du marché du fitness, la vente, le management, le marketing digital, l'IA ou encore la fidélisation client.

Tarifs

SALON BtoB Innovation : > 30 € HT

Ce tarif comprend l'accès au Salon BtoB Innovation et aux ateliers professionnels des partenaires.

CONGRÈS : > consulter notre site

Inscription en ligne :
fitness-challenges.com

MATRIX

PANATTA

renewfit

SHUA

sportigo

TANITA

TECHNOGYM

TOPSEC

Training Series
Innovative & Premium Solutions

WATERROWER | HOKRD

xplor

FITNESS



RD/2 : DÉTERMINER L'OBJET DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Cet article s'inscrit dans une série de plusieurs articles destinés à aider les praticiens de terrain à mieux accéder et utiliser l'information professionnelle.

Michel Gedda,
lanceur d'attention

POURQUOI CLARIFIER SON BESOIN DOCUMENTAIRE ?

Une recherche documentaire mal ciblée peut mener à une perte de temps, des informations inadaptées, voire des erreurs de prise en charge. Chercher l'information professionnelle ne s'improvise donc pas : la diversité des données, la complexité des supports et l'exigence de qualité pour le patient imposent une démarche réfléchie.

Avant de commencer, prenez le temps d'identifier et de formaliser précisément vos besoins. Cette étape, souvent négligée, est la clé pour gagner en efficacité et en pertinence.

Les étapes pour définir son objet de recherche

1. Identifier le cœur du sujet

Ce préalable à toute recherche documentaire n'est pas spécifique à l'interrogation des banques de données : il concerne aussi la consultation de bibliothèques, d'institutions ou de personnes ressources, etc.

Commencez par lister les éléments centraux de votre recherche, du plus général au plus précis, sous forme de brainstorming.

Formulez vos idées de façon simple par items, avec des termes significatifs (dont certains serviront de mots-clés). Par exemple :

- Pathologie, Problème de santé : AVC, séquelles motrices
- Population : personnes de plus de 65 ans
- Organe, région anatomique : membres inférieurs, bassin

- Fonction, activité humaine : équilibre bipodal
- Technique : kinésithérapie motrice, rééducation fonctionnelle
- Effet : efficacité thérapeutique, innocuité, modalités pratiques, posologie, effets secondaires
- Contexte : en cabinet libéral ou en EHPAD

Utilisez un fichier unique ou un support écrit (un « cahier de manip ») pour noter vos idées et y revenir régulièrement. Cela favorise l'itération créative (ou effet d'incubation) et affine votre réflexion.

2. Définir les limites de la recherche

Précisez ce que vous excluez (ex. : études sur les enfants, techniques chirurgicales) et le degré de précision :

- Type de données recherché : théoriques, cliniques, statistiques, graphiques ?
- Période et zone géographique (ex. : études publiées après 2015 en Europe) ?
- Public cible : grand public ou professionnel ? quelle discipline ?

N'oubliez pas de prévoir un budget et un temps réalistes : l'accès à certaines bases de données peut coûter plusieurs centaines d'euros par an.

3. Ajuster en cours de route

Les premiers résultats peuvent vous amener à réorienter, recentrer ou élargir votre recherche. Restez flexible !

Outils pour formuler une question de recherche

Pour structurer votre question, utilisez des modèles adaptés :

Modèle	Utilisation	Exemple
PICO Patient ou Problème, Intervention, Comparateur, Outcome	Questions cliniques	Chez les personnes âgées (P) après un AVC, la rééducation motrice (I) est-elle plus efficace que les exercices à domicile (C) pour améliorer la mobilité (O) ?
ECLIPSE Expectation, Client, Location, Impact, Professionals, Service	Services et organisations	Quelles sont les attentes (E) des patients en EHPAD (C) concernant la kinésithérapie (P-S) à domicile (L) ?
SPICE Setting, Perspective, Intervention, Comparaison, Evaluation	Évaluation de services	Dans quel cadre (S) la télé-rééducation (I) est-elle préférée (E) par les kinésithérapeutes libéraux (P) ?

Conclusion : un gain de temps et de rigueur

Ce temps préalable est souvent sous-estimé, rarement rédigé.

Prendre le temps de formaliser votre besoin documentaire, même de manière informelle, vous offre :

- un support d'affinement pour votre recherche ;
- une garantie de conformité et une preuve de votre travail ;
- une base solide pour identifier les mots-clés (voir le prochain article).

À vous de jouer ! En suivant ces étapes, vous optimiserez vos recherches et vos prises de décision.

TECHNOGYM CHECKUP



ÉVALUATION PHYSIQUE ET COGNITIVE:

- COGNITIF
- COMPOSITION CORPORELLE
- MOBILITÉ
- ÉQUILIBRE
- FORCE
- CARDIO

AMÉLIOREZ VOTRE WELLNESS AGE™

Technogym Checkup est le nouvel appareil d'évaluation piloté par l'intelligence artificielle qui exploite des tests physiques et cognitifs pour créer automatiquement des programmes d'entraînement personnalisés grâce au Technogym AI Coach.

Appelez 01 45 29 90 00 (FR)
ou visitez le site [technogym.com](https://www.technogym.com)



En savoir plus





Par Xavier Dufour

POURQUOI LE DRY-NEEDLING EST INDISPENSABLE EN KINÉSITHÉRAPIE ?

Le dry needling occupe désormais une place croissante dans la prise en charge des douleurs neuromusculosquelettiques. Pour le masseur-kinésithérapeute, se former à cette technique ne relève pas d'un effet de mode, mais d'une évolution logique vers une pratique plus précise, plus intégrative et résolument fondée sur les preuves.

Défini comme une technique consistant à insérer une aiguille fine au sein d'un point gâchette, encore appelé syndrome douloureux myofascial, le dry needling possède différents effets bénéfiques. Le DN contribue à moduler la douleur, à restaurer la fonction et à améliorer la qualité du mouvement. Les travaux récents de Jan Dommerholt et de César Fernández-de-Las-Peñas ont largement contribué à documenter les différents mécanismes d'actions et tout comme les nombreuses indications cliniques. Plusieurs revues systématiques publiées dans *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy* et *Pain Medicine* mettent en évidence une réduction significative de la douleur à court et moyen terme, notamment dans les cervicalgies, lombalgies et douleurs d'épaule d'origine myofasciale.

Pour le patient, les bénéfices sont concrets. La diminution rapide de la douleur favorise la reprise du mouvement, réduit les phénomènes d'inhibition musculaire et facilite l'engagement dans l'exercice thérapeutique. En agissant directement sur les zones de dysfonction, le dry needling permet souvent de lever un verrou algique qui limitait jusque-là la progression. Cette amélioration précoce renforce l'adhésion au traitement, la motivation et le sentiment d'efficacité personnelle. Intégré dans une stratégie globale (éducation, thérapie manuelle, reconditionnement), il participe à une récupération plus complète et plus durable.

Pour le praticien formé, les avantages sont multiples. Sur le plan clinique, le dry needling affine le raisonnement et la palpation, impose une rigueur anatomique accrue et enrichit la boîte à outils thérapeutique. Ce sont là, les points développés en formation complémentaire. Il permet d'individualiser davantage la prise en charge et d'intervenir de manière ciblée sur des tableaux complexes ou persistants.

Sur le plan professionnel, il constitue un facteur de différenciation et de valorisation de votre expertise. Dans un contexte d'exigence croissante en matière de qualité et de résultats thérapeutiques, maîtriser une technique validée scientifiquement renforce la crédibilité auprès des patients, des prescripteurs et des partenaires de soins. La formation est encadrée par le conseil de l'ordre. Les 50h de formation garantissent également la sécurité du geste, la connaissance des contre-indications et l'intégration cohérente dans un parcours de soins responsable.

ITMP vous propose le meilleur cursus de formation

en dry-needling. Ça ne se limite pas à acquérir une technique supplémentaire. C'est investir dans une pratique plus précise, plus efficace et plus alignée avec les données actuelles de la science, au bénéfice direct du patient comme du kinésithérapeute.



Pour aller plus loin :

<https://youtu.be/DxrylQOp-OO?si=TfQZo2xrB5Qxg6kr>



Par Stéphane Fabri, Masseur-kinésithérapeute ; Vice-Président FFMKR
à la certification, la qualité et la formation ; Formateur/Enseignant INK
Pages coordonnées par Pierre Riou

ACCÈS DIRECT EN KINÉSITHÉRAPIE : UN CADRE RÉGLEMENTAIRE DÉSORMAIS STABILISÉ

L'accès direct en kinésithérapie marque une étape majeure dans l'évolution du cadre d'exercice de la profession. Longtemps pratiqué sur le terrain malgré l'absence de réglementation, il est aujourd'hui inscrit dans la loi et repose sur un socle réglementaire clair, progressif et sécurisé, qui vise avant tout une meilleure organisation du parcours de soins. Le principe est désormais connu : l'accès direct permet à un patient de consulter un masseur-kinésithérapeute sans prescription médicale préalable, dans des cadres précisément définis par les textes. Il ne s'agit ni d'une délégation de tâches médicales, ni d'une extension des compétences médicales du kinésithérapeute. Les compétences professionnelles restent inchangées : l'accès direct s'exerce à compétences constantes, dans le respect de l'ensemble du champ d'intervention du masseur-kinésithérapeute. Le fondement juridique de l'accès direct repose sur la loi du 19 mai 2023, dite loi Rist 2, qui a autorisé l'accès direct en établissements de santé et dans les structures de soins coordonnées. Une expérimentation complémentaire permettant l'accès direct en CPTS a été précisée par le décret du 27 juin 2024, qui en a fixé les modalités pratiques. Cette nouvelle étape, avec le lancement d'une expérimentation territoriale de l'accès direct en CPTS, est seulement étendue à vingt départements par arrêté ministériel. Aujourd'hui, l'accès direct s'inscrit dans deux cadres distincts. D'une part, un accès direct de droit commun, applicable dans les établissements de santé, les maisons et centres de santé, les équipes de soins primaires (ESP), les équipes de soins spécialisés (ESS) et certaines structures médico-sociales. D'autre part, un accès direct expérimental, déployé dans le cadre des CPTS volontaires situés dans les départements pilotes, après déclaration auprès de l'ARS. Le cadre réglementaire fixe également

des limites claires à la prise en charge. En l'absence de diagnostic médical préalable, le kinésithérapeute peut assurer une prise en charge limitée à huit séances maximums. Le cadre conventionnel précise que ces 8 séances sont réalisables sur une période de trois mois, pour un même épisode de soins. En cas de diagnostic médical établi, aucune limite stricte de séances n'est fixée, sous réserve du respect des recommandations professionnelles, notamment celles de la HAS. L'accès direct renforce par ailleurs le rôle de la décision clinique du kinésithérapeute. Celui-ci devient souvent le premier professionnel de santé consulté et doit assurer un triage rigoureux, incluant le repérage des drapeaux rouges. La réglementation impose une réorientation vers un médecin, voire vers un service d'urgence, en cas de signes d'alerte, d'absence d'amélioration ou de suspicion de pathologie non fonctionnelle. Cette obligation de réorientation constitue un élément central de la sécurité du dispositif. Sur le plan administratif et financier, les modalités de facturation sont clairement définies. Le kinésithérapeute utilise son propre numéro professionnel comme prescripteur, les actes sont cotés selon les règles habituelles de la NGAP, sans justificatif particulier, et le remboursement par l'Assurance maladie et les complémentaires est identique à celui d'une prise en charge prescrite.

L'accès direct en kinésithérapie s'inscrit ainsi dans une logique de transformation progressive et maîtrisée du système de soins. L'expérimentation pour 5 ans en CPTS doit être évaluée avant un éventuel déploiement national, en consolidant un modèle fondé sur la responsabilité, la traçabilité et la coordination des soins. Les kinésithérapeutes peuvent poser leurs questions sur : acesdirect@ffmkr.org

Par Stéphane Fabri, Masseur-kinésithérapeute ; Vice-Président FFMKR
à la certification, la qualité et la formation ; Formateur/Enseignant INK
Pages coordonnées par Pierre Riou

ACCÈS DIRECT EN KINÉSITHÉRAPIE : RAISONNEMENT CLINIQUE, TRIAGE ET REPÉRAGE DES DRAPEAUX, FONDEMENTS SCIENTIFIQUES ET SÉCURITAIRES DU DISPOSITIF

L'accès direct en kinésithérapie constitue une évolution majeure de l'organisation des soins. En permettant au patient de consulter un masseur-kinésithérapeute sans prescription médicale préalable dans un cadre coordonné, il reconnaît pleinement la profession comme acteur de premier recours. Toutefois, cette reconnaissance réglementaire ne saurait suffire à elle seule. La solidité du dispositif et de sa réussite repose avant tout sur la qualité du raisonnement clinique et sur la capacité du professionnel à identifier précocement les situations à risque. La première consultation en accès direct devient un acte structuré de triage. Le kinésithérapeute n'est plus uniquement le professionnel qui met en œuvre une prise en charge prescrite ; il est celui qui analyse la situation initiale, formule des hypothèses, évalue leur plausibilité et décide d'engager ou non un traitement. Cette démarche s'inscrit dans les modèles contemporains du raisonnement clinique décrits par Bernard Charlin et son équipe de l'Université de Montréal, qui mettent en évidence la construction de script clinique et l'organisation dynamique des connaissances nécessaires à la formulation d'hypothèses [1,4]. Les travaux d'Audétat, Lubarsky et Durning soulignent que le raisonnement clinique mobilise reconnaissance de patterns, analyse les situations sur le principe des probabilités et met en place des modèles de métacognition [2,3,7].

Appliqué à l'accès direct, ce cadre théorique prend une dimension opérationnelle. Dès l'anamnèse, le professionnel doit rechercher les éléments susceptibles d'orienter vers une pathologie sérieuse, confronter les données subjectives et objectives, puis hiérarchiser les hypothèses. Il ne s'agit pas de poser un diagnostic médical nosologique, mais de déterminer si la situation relève d'un trouble fonctionnel compatible avec une prise en charge kinésithérapique, ou si elle nécessite un avis médical. Parfois même, certains motifs de consultation ne relèvent d'aucune thérapeutique car les recommandations professionnelles indiquent qu'il est surtout nécessaire de rassurer les patients, proposer des exercices à reproduire domicile et conseiller de reprendre



progressivement l'activité physique et professionnelle. Les ouvrages de référence en raisonnement clinique et en formation des professionnels de santé rappellent que cette compétence est structurée, enseignable et évaluable [5,6]. Le repérage des drapeaux rouges constitue à cet égard un élément central. Le cadre international proposé par Finucane a permis de structurer l'identification des signes d'alerte pour les pathologies rachidiennes sérieuses [8]. Les travaux de Henschke montrent que la prévalence des pathologies graves en soins primaires est faible, mais que leur détection précoce conditionne la sécurité du patient [10,20]. Deyo et Weinstein rappellent que certaines affections graves peuvent se manifester initialement par des symptômes banals, ce qui renforce l'importance d'une vigilance raisonnée [14]. La littérature souligne également la nécessité d'une interprétation nuancée des drapeaux rouges. Greenhalgh, Shenouda et Cook

ont montré que certains signes isolés présentent une faible valeur prédictive s'ils ne sont pas analysés dans leur contexte clinique global [11,15,16]. Le raisonnement clinique consiste précisément à intégrer ces indices dans une démarche probabiliste cohérente, évitant à la fois le surdiagnostic anxiogène tout aussi néfaste que la banalisation excessive. En accès direct, cette compétence de raisonnement clinique devient structurante. La décision en santé respecte une démarche EBP et impose une réorientation vers un médecin en cas de suspicion de pathologie qui ne relève pas d'un traitement kinésithérapique ou lors d'absence d'amélioration voire d'aggravation des symptômes. Les ouvrages de Boissonnault et de Goodman rappellent que le triage et le diagnostic différentiel font partie intégrante de la responsabilité des kinésithérapeutes exerçant en premier recours [9,27]. Reconnaître les limites de son champ d'intervention constitue un élément essentiel de la sécurité professionnelle. Au-delà des drapeaux rouges, l'identification précoce des facteurs psychosociaux influence directement le pronostic des troubles musculo-squelettiques. Les modèles stratifiés de prise en charge décrits par Foster et Hancock démontrent l'intérêt d'intégrer ces dimensions dès la première évaluation [18]. En accès direct, le kinésithérapeute ne doit donc pas seulement écarter la pathologie grave ; il doit également anticiper les risques de chronicisation et autonomiser le plus vite possible le patient, quitte

à s'abstenir d'une prise en charge rééducative. La traçabilité du raisonnement constitue un autre enjeu majeur. Les travaux de Lebec et Childs montrent que l'explicitation des hypothèses et des critères décisionnels améliore la qualité du triage et renforce la sécurité des pratiques [23,24]. Documenter l'absence de signes d'alerte, préciser les critères de réévaluation et formaliser les motifs de réorientation participent à la sécurisation du dispositif et à sa légitimité institutionnelle.

Ainsi, l'accès direct ne doit pas être appréhendé comme une simple évolution organisationnelle. Il constitue l'expression d'une maturité professionnelle fondée sur l'autonomie décisionnelle et la responsabilité clinique. Ces aspects sont directement liés à la progression de la formation initiale qui a permis de passer d'un niveau d'étude en 3 ans, en rapport avec une qualification de technicien qui exécute la savoir prescrit, à un niveau d'étude en 5 ans relatif au statut d'ingénieur qui décide du savoir et qui peut même le prescrire. Le repérage des drapeaux et le triage structuré ne sont pas des options ; ils sont la condition même de la sécurité des patients et de la crédibilité du modèle. La pérennité du dispositif dépendra de la capacité collective de la profession à démontrer la qualité de ses pratiques. C'est dans la rigueur du raisonnement, dans la vigilance face aux signes d'alerte et dans la coordination effective avec les médecins que l'accès direct trouvera sa pleine légitimité scientifique et institutionnelle.

Références bibliographiques

- Charlin B, Lubarsky S, Millette B, Crevier F, Audétat MC, Charbonneau A, et al. Clinical Reasoning Processes: Unravelling Complexity through Graphical Representation. *Med Educ*. 2012;46(5):454-463.
- Audétat MC, Charlin B. Diagnosis and Management of Clinical Reasoning Difficulties: Part I. *Med Teach*. 2013;35(3):567-570.
- Audétat MC, Charlin B. Diagnosis and Management of Clinical Reasoning Difficulties: Part II. *Med Teach*. 2013;35(3):571-574.
- Lubarsky S, Dory V, Audétat MC, Custers E, Charlin B. Using Script Theory to Cultivate Illness Script Formation. *Can Med Educ J*. 2015;6(2):e61-e70.
- Higgs J, Jensen GM, Loftus S, Christensen N, editors. *Clinical Reasoning in the Health Professions*. 4th ed. Elsevier; 2018.
- Rencic J, Trowbridge RL, Durning SJ, Olsen A, editors. *Teaching Clinical Reasoning*. American College of Physicians; 2019.
- Durning SJ, Artino AR, Schuwirth L, van der Vleuten C. Clarifying Assumptions to Enhance Understanding of Clinical Reasoning. *Acad Med*. 2013;88(3):442-448.
- Finucane LM, Downie AS, Mercer C, Greenhalgh SM, Boissonnault W, Pool-Goudzwaard AL, et al. International Framework for Red Flags for Potential Serious Spinal Pathologies. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2020;50(7):350-372.
- Boissonnault WG. *Primary Care for the Physical Therapist: Examination and Triage*. 2nd ed. Elsevier; 2010.
- Henschke N, Maher CG, Refshauge KM, Herbert RD, Cumming RG, Bleasel J, et al. Prevalence of and Screening for Serious Spinal Pathology. *Arthritis Rheum*. 2009;60(10):3072-3080.
- Shenouda C, Hendrick P. The Role of Red Flags in Diagnosis and Management of Musculoskeletal Conditions. *Phys Ther Rev*. 2018;23(4):256-261.
- Deyo RA, Weinstein JN. Low Back Pain. *N Engl J Med*. 2001;344(5):363-370.
- Greenhalgh S, Selfe J. Red Flags II: Identification and Interpretation of Red Flags in Physiotherapy. *Physiotherapy*. 2006;92(3):174-180.
- Cook CE, Funabashi M. Red Flags for Low Back Pain: A Review. *J Man Manip Ther*. 2015;23(1):11-17.
- Foster NE, Hill JC, O'Sullivan P, Hancock MJ. Stratified Models of Care. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2013;27(5):649-661.
- Lebec MT, Jogodka CE. Evaluating Therapists' Clinical Reasoning. *J Man Manip Ther*. 2009;17(2):84-91.
- Childs JD, Whitman JM, Sizer PS, et al. Physical Therapists' Knowledge in Managing Musculoskeletal Conditions. *BMC Musculoskelet Disord*. 2005;6:32.
- Goodman CC, Snyder TEK. *Differential Diagnosis for Physical Therapists: Screening for Referral*. 5th ed. Elsevier; 2013.

L'AUTONOMIE N'A PAS DE PRIX.. ?

En France, des personnes restent exclues du système de soins. Face à cette réalité, des professionnels de santé bénévoles Rééducateurs Solidaires s'engagent afin de préserver l'autonomie, éviter des séquelles irréversibles, accompagner des patients en grande précarité. Une action collective, discrète et essentielle, rendue possible par un cadre associatif structurant.



Une association indépendante et engagée

Rééducateurs Solidaires ne bénéficie d'aucune subvention de l'État ni des collectivités. Son fonctionnement repose uniquement sur les adhésions, les dons et les revenus de sa boutique en ligne. Cette indépendance est un choix fort, garant d'une liberté d'action et d'une capacité d'adaptation aux réalités du terrain, dans le cadre de prises en charge de rééducation menées en France.

Deux salariées pour soutenir l'action bénévole

Marie-Anne, enseignante à la retraite, assure la gestion de la boutique en ligne. Son activité suit le rythme des commandes : environ 1h30 par semaine de janvier à septembre, et jusqu'à 8 heures hebdomadaires sur les trois derniers mois de l'année.



Aurélia, directrice salariée de l'association, travaille 28 heures par semaine sur quatre jours. Basée au siège à Grenoble, elle assure la coordination opérationnelle de l'association et le lien entre les bénévoles, les réseaux locaux et les instances de gouvernance.

Elle contribue à la communication, à la gestion du fonctionnement courant et accompagne la mise en œuvre des orientations définies collectivement par le Groupe de Pilotage et l'Assemblée Générale.

Initiatives bénévoles, soutien salarié : un équilibre essentiel

La présence d'une salariée permet aujourd'hui de structurer, d'accompagner et de soutenir l'engagement d'une vingtaine de bénévoles – masseurs-kinésithérapeutes et ergothérapeutes – qui prennent en charge chaque année une quinzaine de patients sans couverture médicale.

L'enjeu n'est pas de rendre l'action dépendante d'une personne, mais de préserver un cadre de fonctionnement commun, de capitaliser l'expérience acquise et de faciliter la continuité des réseaux existants.

L'impact des soins : préserver l'autonomie

Chaque rééducateur offre bénévolement quelques heures de soins professionnels par an (jusqu'à 30 heures). Ces prises en charge concernent des personnes sans droits ou en situation de grande précarité.

Sans rééducation, le risque est la perte d'autonomie définitive. L'impact de Rééducateurs Solidaires se mesure avant tout en termes humains, en évitant des séquelles lourdes et irréversibles.

Des réseaux de proximité

Face aux exclusions du système de santé, les bénévoles développent des réseaux locaux de rééducation solidaire. Grâce à ce maillage, des patients peuvent bénéficier de soins adaptés à Chambéry, Grenoble, Lyon, Paris, Montauban et Toulouse.

Pourquoi nous avons besoin de vous

La baisse des adhésions, des dons et des revenus de la boutique ne permet plus d'assurer seule le financement du poste de direction. Or, disposer de ce temps de coordination est essentiel pour :

- maintenir un cadre commun d'accès aux soins,
 - soutenir l'engagement bénévole dans la durée,
 - consolider et transmettre l'expérience des réseaux existants.
- Si notre action vous touche, vous pouvez contribuer à sa pérennité en nous mettant en relation avec une entreprise ou une structure souhaitant s'engager à nos côtés, via du mécénat financier ou un co-financement de structure. Ensemble, sécurisons ce poste clé pour que l'autonomie ne devienne jamais un luxe.

Aurélia TROLEZ

Directrice de l'association Rééducateurs Solidaires

RÉÉDUCATEURS SOLIDAIRES

Pôle de Solidarité Internationale

5 rue Federico García Lorca - 38100 Grenoble, France

contact@reeducateurssolidaires.org

www.reeducateurssolidaires.org

Facebook : ReeducateursSolidaires

Instagram : @reeducateurs_solidaires

#ReeducateursSolidaires

LA SANTÉ EST UN DROIT

AGISSONS POUR RENDRE
LA RÉÉDUCATION ACCESSIBLE À TOUS.



Association indépendante
créée en 1987

Anciennement nommée
Kinés du Monde

Faciliter l'accès aux soins
des personnes en grande précarité
ici, en France.

 www.reeducateurssolidaires.org



**Rééducateurs
Solidaires**

LE TRAVAIL C'EST LA SANTÉ ?



Le travail structure nos vies. Il donne un cadre, une identité, une trajectoire. Mais en 2026, une évidence s'impose : il peut aussi éroder la santé. L'étude internationale Wellpass Future Fit Employer 2026 analyse la manière dont les employeurs doivent, à l'avenir, répondre aux besoins de leurs collaborateurs pour rester performants durablement. Les résultats montrent un écart marqué entre ce que les salariés vivent et ce qu'ils attendent. Beaucoup évoquent de la fatigue, une surcharge de travail et un manque de soutien — tout en exprimant un fort besoin de prévention, de flexibilité, de reconnaissance et de leadership bien-veillant. Ce "Health Gap" apparaît dans les trois pays étudiés (France, Allemagne, États-Unis) et illustre à quel point le monde du travail moderne peine encore à protéger durablement la santé de ses collaborateurs. Réalisée auprès d'environ 3 000 actifs répartis équitablement entre les trois pays, l'enquête met en lumière une tendance nette : le travail, longtemps perçu comme un moteur d'accomplissement, est devenu pour beaucoup un facteur d'usure latente. Mais cette usure ne s'exprime pas partout de la même manière. En France, la tension est la plus forte : les salariés ne parlent plus seulement de pression ou de stress, mais d'un risque tangible pour leur santé physique, mentale et émotionnelle. Ils n'attendent plus des intentions, mais des preuves d'action. La santé n'est plus un avantage périphérique. Elle devient le nouveau fondement stratégique de la performance durable, et un marqueur de maturité organisationnelle. Néanmoins, si le travail peut user, il peut aussi régénérer. Les organisations qui intègrent la prévention dans leur culture, leurs espaces, l'aménagement des temps de travail, et le leadership deviennent les Future Fit Employers — celles qui concilient performance et conscience, énergie et durabilité. 2026 marquera une bascule décisive : le futur du travail, en France comme ailleurs, sera humain ou ne sera pas. Pendant longtemps, le travail a été perçu comme un espace de progression, de lien et de reconnaissance. Mais pour une majorité de salariés français en 2026, il pèse aujourd'hui autant sur la santé qu'il structure le quotidien. Les collaborateurs tirent la sonnette d'alarme. La question n'est plus de savoir s'il faut agir, mais combien de temps les entreprises peuvent encore attendre. Une tendance qui se vérifie également en Allemagne et aux États-Unis, selon les résultats de l'étude Wellpass 2026. En France, les indicateurs sont au rouge et au-dessus de la comparaison avec l'Allemagne et les États-Unis.

Les inégalités de santé au travail se jouent aussi à l'échelle des profils

87%

des actifs déclarent que leurs conditions de travail nuisent à leur santé à long terme, même pour chronique et sentiment d'impuissance (+7% vs Allemagne/États-Unis)

48%

se disent "très inquiets" (+31% au niveau Allemagne/États-Unis, et 52% chez les femmes)

57%

plus d'un salarié sur deux estime que leur performance au travail a déjà été affectée par des problèmes de santé (+8% vs niveau Allemagne/États-Unis, et 65% chez les femmes)

39%

estiment que leur emploi affecte leur santé mentale (+22% au niveau Allemagne/États-Unis, et 45% dans les TGE)

49%

constatent des troubles du sommeil liés au travail (+6% dans les TGE)

46%

des salariés jugent que si leur emploi actuel nuit à leur santé physique

Ces résultats ne traduisent pas un malaise passager, mais un basculement structurel. La santé du capital humain devient une variable stratégique, à la fois économique, managériale et culturelle. Elle s'impose plus que jamais comme le premier indicateur de durabilité des organisations — et comme le premier levier de performance réelle. Mais la santé ne relève pas uniquement de l'entreprise : les salariés français ont aussi conscience que leur bien-être global dépend également de leurs comportements individuels (organisation du temps de travail, hygiène de vie, récupération, activité physique en général). La prévention devient ainsi un contrat partagé entre organisations, managers et individus. La photographie 2026 de la santé au travail en France révèle un déséquilibre structurel. Les signaux sont clairs, convergents, préoccupants. Derrière l'engagement affiché, c'est l'énergie humaine qui s'érode. Trois symptômes d'un système sous tension : fatigue physique et mentale, déficit de récupération, sédentarité accrue — où la performance repose encore trop souvent sur les réserves individuelles plutôt que sur un modèle soutenable. Chacun de ces symptômes représente une dégradation progressive de la santé — et donc un coût économique croissant pour l'organisation. 57% des salariés français déclarent que leur performance a été freinée par des problèmes de santé en 2026 (+ 8% vs Allemagne/États-Unis).

PROFILS	DONNÉES FRANCE	ÉCART OU PRÉCISION
Femmes	Fatigue mentale 56%	+ 3% VS moyenne nationale
45-54 ans	Stress lié au surmenage 62%	+ 6% VS moyenne nationale
Grandes entreprises	Impact négatif du travail sur la qualité du sommeil 57%	+ 8% VS moyenne nationale

En tête des causes citées :

FATIGUE MENTALE ET STRESS

53 %

(vs 49 % en Allemagne/États-Unis)

CHARGE DE TRAVAIL EXCESSIVE

36 %

(vs 41 % en Allemagne/États-Unis)

Avec des pics observés :

56 % CHEZ LES FEMMES

57 % DANS LES GRANDES ENTREPRISES (+250 SALARIÉS)

49% des actifs français (57% dans les entreprises de +250 salariés) déclarent que leur travail altère la qualité de leur sommeil : un score supérieur à Allemagne/États-Unis (46 %). Difficile dans ces conditions de parvenir à récupérer pleinement entre deux journées. Les symptômes qui en découlent sont connus : troubles du sommeil, irritabilité, perte de concentration. Mais le fond du problème tient au rythme que le travail impose : surcharge cognitive, hyperconnexion, urgence continue. Le sommeil est un signal : quand il se dégrade, c'est que l'organisation dépasse les limites biologiques du corps. Les frontières travail-récupération se dissolvent. L'hyperconnexion rend la déconnexion quasi impossible. Le corps accumule une « dette physiologique » qui s'exprime par la fatigue chronique. Impact direct sur la santé physique et mentale : système immunitaire affaibli, dégradation de la santé mentale, risque accru de dépression et d'anxiété. Les salariés restent performants, mais souvent à découvert : leur efficacité repose sur leurs réserves, pas sur la régénération.

Cycle de la récupération



La sédentarité est aussi un signal culturel : là où le mouvement est légitimé, les marqueurs de stress reculent. Les Entreprises Régénératives réintègrent la mobilité au cœur du quotidien (marches d'équipe, pauses actives, espaces ouverts). Là encore, la santé physique durable repose aussi sur des réflexes individuels simples, qui préviennent le risque de sédentarité au quotidien : penser à se lever régulièrement, s'activer, varier les postures et fractionner les temps d'écran.

Sédentarité : les chiffres clés France vs Global

INDICATEUR	FRANCE	ALLEMAGNE ÉTATS-UNIS
Population professionnelle jugée sédentaire	71 %	66 %
Longues heures de travail (taux de risque élevé)	50 %	54 %
Temps passé en télétravail (taux élevé)	54 %	52 %
Manque d'activité physique (taux élevé)	- 49 %	- 49 %

Le coût de la mauvaise santé

La corrélation est nette : plus la santé se détériore, plus la motivation fléchit. Absences, désengagement, turnover — les effets sont mesurables et durables. 57% des salariés français déclarent que des problèmes de santé ont déjà affecté leur performance cette année (+8 % vs Allemagne/États-Unis). La fatigue chronique, le stress ou le manque de récupération figurent parmi les trois premières causes citées. À cela s'ajoute une baisse de concentration, une moindre créativité, et un effet domino sur la cohésion des équipes. La santé se traduit directement en impact économique.

Absences

Un salarié épuisé → **+30 %** d'absences (coûts directs + désorganisation)

COÛT → **2-3 %** de la masse salariale

Productivité réduite

Performances altérées chez **57 %**

COÛT → **5-10 %** de la production

Climat social dégradé

Stress contagieux

COÛT → **risque de crise RH**

Turnover

Un départ → **50-200 %** du salaire annuel (recrutement, formation, perte de productivité)

COÛT → **15-20 %** de la masse salariale

Créativité et innovation

Esprit fatigué → **moins d'idées**

COÛT → **risque compétitif accru**

Les Entreprises Régénératives le savent : préserver la santé n'est pas un coût, c'est un investissement stratégique vers une croissance plus saine. ROI estimé de la prévention : 1€ investi en prévention = 3-5€ économisés en absences, remplacement et productivité retrouvée. La santé au travail ne produit jamais de résultats "quick and dirty" : c'est un investissement de long terme, avec un ROI élevé et un impact direct sur l'attractivité employeur.

La France sait ce qu'il faut changer, mais doute encore de comment y parvenir. La France conjugue conscience élevée et sentiment d'impuissance. La volonté d'agir est là, mais le cadre mérite d'être renforcé (engagement, qualité des dispositifs santé et bien-être, enjeu d'équité et de visibilité, transparence). Le Health Gap s'observe à travers quatre dimensions interdépendantes qui, ensemble, traduisent le désalignement entre expérience vécue et promesse organisationnelle.



01 Santé physique
un corps trop statique

Journées immobiles, TMS, fatigue corporelle : l'immobilité organisationnelle épuise et use plus qu'elle ne stabilise. C'est un signal que le design du travail ne correspond plus aux besoins physiologiques humains.

SANTÉ PHYSIQUE DÉGRADÉE

↓

coûts d'arrêt maladie, reconversion, troubles musculo-squelettiques

02 Santé mentale
un esprit sous tension

Surcharge cognitive, sommeil dégradé : le stress chronique est devenu le bruit de fond du travail moderne. Ce bruit de fond révèle une organisation qui demande plus qu'elle ne donne.

SANTÉ MENTALE DÉGRADÉE

↓

burn-out, dépression, anxiété, turnover accru

03 Santé sociale
un collectif qui s'effrite

Isolement, manque de cohésion : la cohésion ne disparaît pas, elle se désynchronise. Le télétravail, les silos, l'urgence réduisent les occasions authentiques de lien.

SANTÉ SOCIALE DÉGRADÉE

↓

désengagement, perte de sens collectif, départs accélérés

04 Santé managériale
un leadership sous pression

Le leadership agit comme un multiplicateur : il peut protéger ou fragiliser encore plus. Des managers sous pression deviennent vecteurs involontaires de fatigue collective.

SANTÉ MANAGÉRIALE DÉGRADÉE

↓

contagion du stress, culture d'usure, quête de nouvelles opportunités

La génération Z

Les 18-34 ans incarnent un nouveau rapport au travail : lucides sur ses limites, exigeants sur ses promesses, parfois plus vulnérables aussi. Leur vision du bien-être diffère profondément de celle de leurs aînés : davantage tournée vers le lien, la cohérence et la confiance.

4 visions de la santé au travail 18-30 ans, le sport comme valeur santé

Ils refusent la normalisation du stress et cherchent à préserver leur équilibre. Pour eux, la santé n'est pas qu'une affaire de prévention ou de flexibilité : elle repose sur la capacité à maintenir une énergie physique et mentale stable. Comme leurs aînés, ils placent le leadership, la flexibilité, le soutien psychologique et la prévention parmi leurs priorités santé. Mais l'activité physique occupe pour eux une place encore plus centrale (32% vs 28% toutes générations confondues) : elle représente un levier de bien-être, de régulation et d'appartenance plus fort que pour les autres générations. Le sport devient un indicateur de vitalité personnelle et un marqueur d'équilibre collectif. Ils sont prêts à s'engager individuellement, mais attendent de l'entreprise qu'elle crée les contextes et les dynamiques propices : initiatives, temps dédiés, culture de l'énergie.



35-44 ans, la prévention comme condition d'équilibre

C'est la génération «point d'équilibre» : carrière qui s'accélère, responsabilités familiales, charge mentale croissante. Pour eux, la santé n'est pas un «sujet bien-être», mais un arbitrage permanent de ressources : temps, énergie, attention. Leur conception de la santé au travail repose sur les fondamentaux (leadership, culture d'entreprise, flexibilité, collaboration, soutien psychologique) mais la prévention y occupe une place encore plus cruciale (35% vs 32% toutes générations confondues). À cette étape de vie, il ne s'agit plus seulement de préserver, mais de tenir dans la durée. Ils recherchent des environnements capables d'ajuster l'organisation du temps de travail, de reconnaître la fatigue, et de donner à chacun la possibilité de récupérer avant de s'épuiser. Initiatives, temps dédiés, culture de l'énergie.



45-54 ans, la santé dépend du leadership

À ce stade de la carrière, la santé est moins un sujet de convivialité qu'un sujet de qualité de pilotage. Près de 70 % citent le comportement du manager et la culture d'entreprise comme premier facteur de santé (vs 64% toutes générations confondues). Ils attendent de la clarté, de la reconnaissance et une justice managériale tangible : la confiance devient leur premier baromètre de bien-être. Ils demandent un leadership qui protège. Ils reconnaissent, plus que les plus jeunes, qu'ils doivent gérer leur énergie (gestion du temps de travail, charge, rôle dans les équipes), mais estiment que sans soutien managérial, cette gestion reste fragile.

55 ans et plus, la prévention pour durer

Enfin, pour les seniors, plus que pour les autres générations (57% vs 54% au global), le lien social est un véritable facteur de vitalité : il maintient l'élan, nourrit l'utilité, renforce la confiance. À mesure que la carrière avance, la santé au travail se joue moins dans la performance que dans la connexion aux autres. Le bien-être dépend avant tout de la qualité des relations et du sentiment de continuer à compter. Les 55 ans et plus valorisent les environnements où transmission, coopération et reconnaissance sont encouragées. Ils attendent de l'entreprise qu'elle leur permette de rester connectés, utiles et visibles dans le collectif.

Illustration 13



10 actions à mener pour combler le « health Gap »

01. LA SANTÉ EST UN KPI STRATÉGIQUE : MESUREZ CE QUI COMPTE

Ce qui se mesure se protège. Les entreprises qui mesurent leur capital humain avec la même rigueur que leurs résultats financiers préservent leur performance et assurent leur avenir.

EXEMPLE DE KPI CONCRET : % salariés déclarant une "bonne santé globale" / % équipes avec plan d'action santé.

Créez un Health Dashboard trimestriel : sommeil, charge, sédentarité, cohésion.

Ajoutez un indicateur santé au conseil de direction.

Prenez un œil d'alerte sur la fatigue et le stress perçus.

02. LA PRÉVENTION PRIME SUR LA RÉACTION : PRÉVENEZ AVANT DE RÉPARER

De l'urgence à l'anticipation : chaque action préventive (mouvement, repos, écoute) est un investissement dans le stabilité future des organisations. La prévention coûte moins cher que la réparation.

EXEMPLE DE KPI CONCRET : % équipes disposant d'un rituel de prévention formalisé.

Cartographiez les risques santé par métier.

Mettez en place des rituels de micro-récupération (5 min matin / après-midi).

Allouez 70 % du budget santé à la prévention.

03. LE LEADERSHIP DONNE LE TON : FORMEZ DES LEADERS "SANTÉ-FIRST"

Un leader en bonne santé inspire la confiance. Les managers sont les premiers garants de la santé au sein de leurs équipes : leur exemplarité peut changer la donne. Former des leaders "santé-first", c'est aligner la performance sur l'humain et non l'inverse.

EXEMPLE DE KPI CONCRET : score de soutien perçu / ancrage managérial.

Intégrez le module "santé-first" au parcours manager.

Vérifiez les comportements de soutien dans les entretiens annuels.

Évaluez la charge réelle des équipes, pas seulement les objectifs.

04. LA FLEXIBILITÉ EST UN MOTEUR DE SANTÉ : FAITES-EN UNE RESSOURCE

Le travail flexible n'est pas un caprice générationnel : adapter les temps de travail, les lieux et les formats de travail permet aux collaborateurs de gérer leur énergie et leur bien-être à la fois physique et mental.

EXEMPLE DE KPI CONCRET : baisse du travail hors horaires / satisfaction équilibre vie pro-perso.

Co-créez des chartes d'équipe : plages flexibles, jours sans réunion, travail hybride équilibré.

Testez une "semaine à temps plein de travail ajusté".

Protégez le droit à la déconnexion.

05. L'ACTIVITÉ ET LE SOMMEIL SONT INDISPENSABLES : TRAITÉZ-LES COMME DES ACTIFS

On ne performe pas quand on ne récupère plus. Le Future-RI Employer intègre la régénération au cœur des cadences de travail : pauses dynamiques, cycles naturels, temps de récupération.

EXEMPLE DE KPI CONCRET : % collaborateurs déclarant un sommeil satisfaisant.

Encouragez les pauses actives et les "walk meetings".

Genérez du sommeil et de la récupération.

Créez des espaces de respiration et de détente accessibles à tous.

06. LA SANTÉ MENTALE EST UN SUJET DE LEADERSHIP : FAITES-EN UN INDICATEUR

Le stress n'est pas un badge d'engagement, mais un signal d'alerte : celui du sur-engagement. Les managers "santé-first" en font un indicateur central de leur leadership : ils écoutent, veillent, régulent et stabilisent.

EXEMPLE DE KPI CONCRET : taux de détection précoce / taux de résolution des alertes.

Formez les managers à repérer les signaux faibles.

Créez des cellules d'écoute et de soutien.

Intégrez la charge mentale dans les bilans QVCT.

07. LE FEEDBACK ET LA PAROLE RENFORCENT LA CONFIANCE : CULTIVEZ-LES

La parole est le premier outil de prévention. Les organisations qui cultivent l'écoute active, le feedback et la transparence réduisent les risques psychosociaux et renforcent l'engagement durable.

- Mettre en place un baromètre "santé & climat social" mensuel
- Organiser des sessions "Ask-me-anything" entre salariés et directeur
- Garantir un canal anonyme d'aide

EXEMPLE DE KPI CONCRET : taux de réponse / score de confiance dans l'écoute

08. L'ACCÈS AU BIEN-ÊTRE DOIT ÊTRE ÉQUITABLE : MISEZ SUR L'INCLUSION

Le bien-être n'a de valeur que s'il est partagé. Les politiques de santé doivent être accessibles à tous, quelle que soit le statut, le genre ou le lieu de travail.

- Auditer l'accès aux programmes de santé par population
- Équilibrer les budgets entre le siège et le terrain
- Proposer des dispositifs adaptés aux horaires atypiques

EXEMPLE DE KPI CONCRET : % d'accès équitables par population

09. LES DONNÉES GUIDENT LA PERSONNALISATION : UTILISEZ LA DATA AU SERVICE DU CARE

La santé organisationnelle s'appuie sur la donnée : l'écoute des signaux faibles, le suivi des tendances, le mesure du climat social. Les données ne remplacent pas l'humain, elles facilitent pour le soutenir et l'aider à mieux performer.

- Suivre les tendances d'équipe, pas individuelles
- Analyser mensuellement les signaux faibles (longs absences, feedback)
- Respecter l'anonymat et la confidentialité

EXEMPLE DE KPI CONCRET : nombre de plans d'action déclenchés et suivis

10. LA SANTÉ SE CONSTRUIT ENSEMBLE : RENDEZ LES SALARIÉS CO-AUTEURS DE LEUR SANTÉ

Préserver la santé au travail n'est pas une responsabilité unilatérale, mais partagée. Les Future Fit Employers co-construisent leurs programmes santé et mesurent leur impact pour en faire un levier réel de transformation.

- Créer des Health-Units ou comités santé locaux
- Co-créer un référentiel santé-formation (jeux collectifs, actions qualifiantes, etc.)
- Mesurer l'impact avec l'adhésion : l'énergie perçue et l'engagement

EXEMPLE DE KPI CONCRET : taux de participation / satisfaction collective

Étude internationale pour Wellpass – Janvier 2026. Données collectées par YouGov pour le compte de Wellpass en septembre 2025, dans le cadre du programme international Future Fit Employer. L'enquête couvre trois pays représentatifs de contextes culturels et organisationnels distincts : la France, l'Allemagne et les États-Unis.

CAHIER SPORT SANTÉ



Le rôle de la Fondation de France Sport et Santé

Facteur de prévention ou outil thérapeutique, l'activité physique est bénéfique pour la santé. Elle constitue également un levier d'intégration sociale et de développement personnel. C'est pourquoi la Fondation de France s'attache à faciliter l'accès de tous à la pratique sportive y compris les jeunes femmes, les personnes malades ou isolées. Renforcer ses capacités cardiovasculaires, réduire le risque de diabète et de certains cancers, prévenir les maladies psychiques, lutter contre le stress et l'anxiété, améliorer la confiance en soi, renforcer les liens sociaux...le sport a tout bon ! Mais en matière de pratiques sportives, tout le monde n'est pas sur la même ligne de départ ! Par exemple pour les malades, et particulièrement en zone rurale, il est difficile de se déplacer pour faire du sport. Par ailleurs, les stéréotypes de sexe persistent : les filles pratiquant un sport en club sont trois fois moins nombreuses que les garçons La Fondation de France encourage les actions permettant d'utiliser le sport pour favoriser l'insertion sociale et professionnelle des jeunes femmes et améliorer la santé des malades. Notre action se décline autour de deux priorités :

- En territoires fragiles, pour les publics fragiles

Ce premier axe a pour but d'améliorer la santé et lutter contre la récurrence en soutenant les activités physiques régulières des personnes malades vivant en milieu rural ou en quartiers prioritaires et en participant à la dynamique territoriale par la création de réseaux multiprofessionnels.

- Aider les femmes à se reconstruire physiquement et mentalement

Ce 2^e axe a pour objectif d'aider les femmes et les jeunes filles en situation de vulnérabilité à se reconstruire grâce au sport. L'activité physique permet à la fois de renforcer l'estime de soi, de se réapproprier son corps mais aussi de retrouver une confiance dans sa capacité d'agir, primordiale dans la réussite d'un parcours global d'insertion. Compte tenu de l'impact de la crise sanitaire sur les personnes, l'activité physique est également une opportunité de recréer du lien social, particulièrement dégradé à ce jour.

www.fondationdefrance.org/fr/

L'ACTUALITÉ DU SPORT SANTÉ

Stratégie nationale Sport et Handicap 2030

aujourd'hui une activité physique ou sportive, l'État franchit une nouvelle étape pour faire du sport un droit réellement accessible à toutes et tous.

À l'occasion d'un déplacement à Angers, ce vendredi 30 janvier, Marina Ferrari, ministre des Sports, de la Jeunesse et de la Vie associative, et Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée chargée de l'Autonomie et des Personnes handicapées, ont dévoilé la Stratégie nationale Sport et Handicap 2030. Issue d'une large concertation avec les acteurs du parasport et les personnes en situation de handicap, et s'appuyant sur le bilan de la première stratégie, cette nouvelle feuille de route fixe un cap clair : faire du sport un droit effectif, accessible à toutes et tous, partout sur le territoire. Structurée autour de cinq objectifs prioritaires, la stratégie vise à : donner envie de pratiquer ; rendre accessibles la pratique sportive, les équipements et les événements ; accompagner et former l'ensemble des acteurs ; renforcer l'observation du parasport ; et territorialiser l'action publique au plus près des besoins. Elle s'inscrit pleinement dans la continuité de l'élan créé par les Jeux Olympiques et Paralympiques de Paris 2024, avec l'ambition d'en faire un héritage durable, concret et mesurable, au service de l'autonomie, de la santé et de l'inclusion. « Le sport est un levier puissant d'émancipation, de santé et de citoyenneté. Avec cette stratégie, nous faisons le choix de transformer l'héritage des Jeux de Paris 2024 en actions concrètes, partout en France, pour que chacun puisse accéder à une pratique sportive adaptée à ses besoins. », déclarent conjointement Marina Ferrari et Charlotte Parmentier-Lecocq. Avec la Stratégie nationale Sport et Handicap 2030, l'État réaffirme une ambition forte : placer les personnes en situation de handicap au cœur des politiques sportives et construire, d'ici 2030, une société plus inclusive par le sport, dans l'ensemble des territoires.



MISS 13 - Maison Intercommunale Sport Santé

La MISS 13 est fière d'annoncer la 1^{ère} édition du Salon Sport Santé 13, qui se tiendra le mardi 7 avril 2026 au Gymnase de la Seigneurie à Saint-Cannat, de 12h à 16h, l'après-midi sera dédiée aux entreprises et aux professionnels de santé, avec un espace d'échanges, de rencontres et de mise en



réseau autour des enjeux du sport et de la santé au travail. De 16h30 à 21h, place aux portes ouvertes pour le grand public ! L'occasion de découvrir le Sport Santé, rencontrer des professionnels du bien-être, et profiter d'un programme dynamique : découverte d'activités physiques et sportives adaptées à tous ; tests de condition physique ; ateliers de sensibilisation au bien-être et à l'hygiène de vie ; rencontres avec des experts du sport et de la santé ; conférence sur la santé mentale dans le quotidien. Un rendez-vous à ne pas manquer pour découvrir, bouger et prendre soin de soi !

www.miss-13.com



39ème COURSE DU CŒUR

La Course du Cœur (du 25 au 29 mars) est une course unique de 800 km entre Paris et Bourg Saint Maurice - Les Arcs. Durant 4 jours et 4 nuits, elle rassemble quelque 200 coureurs (salariés de grandes entreprises ou d'institutions), autour d'une équipe d'une dizaine de coureurs incarnant les relais de la vie (greffés, donneurs, anesthésiste, médecin transplantateur, ...). La Course du Cœur ce sont aussi 120 bénévoles pour encadrer l'évènement, de 60 à 80 km parcourus par chaque coureur et plus de 200 communes traversées.

Depuis plus de 38 ans, ils courent pour la vie !

Chaque année ce sont donc une quinzaine de greffés de tous organes qui constituent une équipe de choc sous les couleurs de l'association ASTDON.

Tout au long de la course, ces ambassadeurs du don d'organes vont à la rencontre du public. Ils sont entourés par des équipes, composées de salariés de grandes entreprises, qui sont au rendez-vous pour partager avec les greffé(e)s cette extraordinaire aventure humaine. Pour cette 39^e édition 9 équipes participeront à l'ensemble de la course : Groupe Dassault, Sap du Cœur, les amis du cœur HPE/HP, SFC- les cœur battants, Okeiro, Grifols, Duo de Cœur, Ultrasportscience, Astdon. 4 équipes participeront à son Prologue : la Garde républicaine, PKD France, Osborne Clarke, Les Lycéens de l'Iroise.

Astdon, les amis du sport et du don

Fondée fin juillet 2025, l'association les amis du sport et du don (ASTDON), association Loi 1901 à but non lucratif et non commercial, association d'intérêt général, rassemble des adhérents transplantés et dialysés, personnels soignants ou sympathisants, et des membres de soutien. Elle organise de nombreuses manifestations sportives en faveur de la pratique d'une activité physique par les personnes transplantées et dialysées (La Course du Cœur, les Jeux Nationaux des Transplantés, des Webinaires thématiques orientés qualité de vie, des Conférences « don et transplantation » & et des Conférences « bienfaits de l'activité physique pour les personnes transplantés et/ou dialysés », ...) ainsi que d'autres manifestations ouvertes à toutes et tous, destinées à informer et sensibiliser le grand public aux enjeux des dons d'organes, de moelle osseuse et de tissus, à la réussite de la transplantation.

ASTDON vise : à promouvoir la pratique d'une activité physique comme outil de reconquête d'une qualité de vie normale pour les personnes transplantées tous organes et dialysées ; à sensibiliser le grand public à la réussite des transplantations et à l'utilité, la nécessité des dons d'organes, de moelle osseuse et de tissus ; à favoriser la recherche médico-sportive dans les domaines de la greffe, de la dialyse et du sport. L'Agence de la Biomédecine a publié les chiffres de la greffe pour l'année 2024 : 6034 greffes ont été réalisées sur des patients en attente un niveau remarquable qui n'avait plus été atteint depuis 2017. L'activité poursuit son augmentation dans les courbes de croissance définies par le Plan ministériel 2022-2026 pour le prélèvement et la greffe d'organes et de tissus. Les efforts et la stratégie mise en place portent leurs fruits, avec 401 greffes de plus qu'en 2023 (+7,1 %). Cette année, l'activité de greffe a augmenté plus vite (+7,1 %) que le nombre d'inscrits actifs sur la liste nationale d'attente (+5,5 %). Une tendance qui, si elle se maintient, représente un espoir majeur pour tous les patients en attente de greffe. Même si le décès de personnes inscrites en liste d'attente a baissé de 9,8 % en 2024, 852 malades sont encore décédés cette année faute d'accès à la greffe.

Aussi, comme le dit Marine Jeantet, directrice générale de l'Agence de la biomédecine : « En France, nous avons besoin de renforcer la culture du don. 8 Français sur 10 sont favorables au don de leurs propres organes. Pourtant, en pratique, l'opposition constatée des proches lors de leur décès ne va pas dans le même sens. Pour cela, il faut renforcer la transmission de sa position : on doit tous partager avec ses proches notre position qu'elle soit favorable ou non. C'est simple, il suffit de le dire pour agir. »

www.lacourseducoeur.com



LUTTE CONTRE LES VIOLENCES

sexistes et sexuelles dans le sport

100 postes dédiés à la protection des mineurs viennent renforcer les services Départementaux. Marina Ferrari, ministre des Sports, de la Jeunesse et de la Vie associative, a annoncé un renforcement inédit des moyens consacrés à la lutte contre les violences sexistes et sexuelles (VSS) dans le sport.

100 postes seront redéployés dès 2026 au sein des services départementaux du ministère pour accélérer les enquêtes administratives, protéger les mineurs et agir au plus près du terrain... Face à l'augmentation des signalements et à la gravité des situations rapportées, notamment dans le périscolaire, la ministre a rappelé la nécessité d'une réponse publique forte. Par exemple, dans le sport, depuis 2019, 3 100 signalements ont été reçus via la plateforme Signal-Sports, dont 2 400 relevant du ministère des sports ont été traités en conséquence, conduisant à 1 200 mesures d'interdiction d'exercer. Dans le périscolaire, sur l'année 2024-2025, 535 événements ont été signalés à la DJEPVA1, dont 166 relèvent de VSS.

100 postes redéployés au niveau départemental, en plus des contrôles

Dans les accueils collectifs de mineurs (ACM), les contrôles sont systématiques, et ce depuis près de quinze ans. Toute personne intervenant auprès des enfants fait l'objet d'un contrôle automatique d'honorabilité : plus de 1,8 million de vérifications sont réalisées chaque année. Depuis leur mise en place, ces contrôles ont permis l'éloignement de l'ordre de 1 000 encadrants présentant un risque. Ce contrôle s'appuie sur trois fichiers : casier judiciaire, Fichier Judiciaire Automatisé des Auteurs d'Infractions Sexuelles ou Violentes (FIJAISV) et fichier des cadres interdits, pour garantir qu'aucun intervenant à risque n'accède aux enfants. À cela s'ajoutent des inspections régulières sur le terrain, conduites par les services départementaux sous

l'autorité du préfet. Pour garantir un traitement rapide et homogène sur l'ensemble du territoire, 100 emplois seront renforcés dans les SDJES2, qui constituent la première ligne de protection des pratiquants, et en particulier des mineurs. Ces moyens s'ajoutent aux renforcements déjà engagés en 2023 et 2024, déjà pour lutter contre le VSS ou le séparatisme, afin de doter les services locaux de capacités d'action renforcées. Pour la ministre des Sports, de la Jeunesse et de la Vie associative :

« Dans la lutte contre les violences faites aux mineurs, l'État doit être exemplaire. Nous n'avons pas le droit d'être en retard, ni d'être en retrait. En ce sens, les 100 postes renforcés dans nos services départementaux sont un engagement pour soutenir celles et ceux qui, chaque jour, protègent, traitent les alertes et accompagnent nos enfants. Mais protéger, c'est aussi prévenir. La journée de formation de jeunes ambassadeurs en est la preuve : nous voulons donner à une nouvelle génération les moyens de repérer, de comprendre et surtout de libérer la parole de celles et ceux qui n'osent pas encore parler. Les accueils collectifs de mineurs doivent rester des lieux de confiance. Des lieux où chaque parent peut inscrire son enfant sans craindre pour sa sécurité. C'est notre responsabilité, c'est notre devoir, et nous le tiendrons. »

1. La direction de la jeunesse de l'éducation populaire et de la vie associative
2. Services départementaux à la jeunesse, à l'engagement et aux sports

Par Kantar

ADOLESCENTES ET SPORT

LE GRAND DÉCROCHAGE

Près d'une adolescente sur deux (45,2%) abandonne le sport par contrainte sociale. Une étude nationale inédite, menée par la mutuelle MGEN avec Kantar auprès de 500 jeunes filles âgées de 13 à 20 ans*, révèle comment la méconnaissance du corps féminin, les injonctions esthétiques, la pression sociale et le règne de la compétition, au détriment du bien-être et de l'inclusion, contribuent au décrochage sportif, alors même que le sport reste un enjeu-clé de santé physique et mentale, d'égalité et d'émancipation.

La non-prise en compte des spécificités du corps féminin

La puberté comme premier point de rupture. 63 % des adolescentes estiment que les changements physiques rendent le sport moins agréable et 55 % déclarent que leurs règles constituent un frein à la pratique. Ces réalités sont peu prises en compte : 53 % des jeunes filles estiment que l'encadrement sportif ne répond pas à leurs besoins spécifiques.

« Les coachs ne comprennent pas que ton corps change, que tu as des jours avec et des jours sans. » Les témoignages qualitatifs recueillis dans l'étude révèlent un malaise profond. Les jeunes filles ressentent une inadéquation entre des pratiques sportives conçues pour un corps constant et des performances continues, et les différentes phases de leur cycle menstruel. Elles évoquent la fatigue, les douleurs ou l'inconfort liés aux fluctuations hormonales et expriment le besoin d'un encadrement plus à l'écoute et adapté.



Un milieu qui met les jeunes filles sous pression

La pratique sportive expose les jeunes filles à un regard social pesant : 42 % déclarent avoir déjà subi des comportements déplacés (moqueries, harcèlement, sexisme), 55 % ne se sentent pas toujours en sécurité et 49 % se disent mal à l'aise avec certaines tenues sportives imposées, jugées inconfortables ou sexualisées. « Le hand, c'est des mini-shorts... Ils pourraient mettre un short plus long, ou le choix entre short et survêtement. » Les normes véhiculées par les réseaux sociaux aggravent ce malaise : 55 % estiment que leur corps ne correspond pas à l'image idéale du sport et 41 % arrêtent, faute de se sentir à l'aise avec leur apparence. Plus largement, 61 % déclarent se sentir jugées lorsqu'elles font du sport. Les entretiens qualitatifs montrent que cette pression transforme le sport, censé être un espace d'épanouissement, en source d'anxiété et de perte de confiance.

Une pratique peu accessible pour les filles

L'accès au sport reste contraint par des freins structurels. A l'âge où le sport devient non mixte, une jeune fille sur trois (33%) n'a pas de club féminin près de chez elle ; les plus mal loties étant les jeunes filles habitant en région parisienne et les grandes villes. 58 % sont freinées par les coûts (inscriptions, équipements, déplacements) et 57 % estiment que leur emploi du temps scolaire ne leur permet pas de pratiquer régulièrement. Les témoignages révèlent une organisation lourde et peu flexible, avec des entraînements tardifs, des trajets longs liés à une offre sportive féminine moindre et des formats rigides fondés sur la compétition à l'année, qui rendent l'entrée, la reprise ou le début tardif intimidants.

« J'ai mon bac en juin, les cours finissaient à 18h et les entraînements commençaient à 19h. J'étais fatiguée, pas le temps pour les devoirs. » L'étude qualitative montre enfin que la culture de la compétition peut devenir fortement dissuasive : progression obligatoire, peur de régresser et d'être mise de côté, sentiment d'évaluation permanente. En l'absence d'offres plus souples, de nombreuses adolescentes préfèrent arrêter plutôt que de subir cette pression supplémentaire.





L'abonnement à votre revue, c'est :



- Disposer du support le plus accessible dans votre domaine pour votre développement et votre formation continue.



- Vous référer à des articles retenus pour publication pour partager le meilleur des savoirs et pratiques de vos pairs.



- Accéder avec votre abonnement papier, à une version numérique et des archives disponibles en ligne (selon l'option retenue).



- Bénéficier de nombreux services : aide à la recherche, téléchargement d'articles, envoi automatique des sommaires par voie électronique, accès aux compléments numériques.

Dans notre espace abonnement, retrouvez l'ensemble de nos revues publiées selon les meilleurs standards, pour la plupart indexées dans les plus grandes bases de données et affiliées à des sociétés savantes.



Pour vous abonner à la revue
Kinésithérapie, la revue :

Connectez-vous directement sur
www.elsevier-masson.fr/KINE ou flashez ce QR Code



ELSEVIER

Pour plus d'informations appelez le **01 71 16 55 99**
ou consultez nos questions/réponses sur
service.elsevier.com/app/overview/elseviermasson

COACH SPORTIF, SANTÉ ET BIEN-ÊTRE : DE SIMPLS « ACTIVITÉS DE LA FORME » AUX ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES DE LA FORME (BPJEPS APSF)

Une réforme qui dit beaucoup plus que ce qu'elle affiche.

Il arrive souvent que les réformes les plus structurantes s'opèrent à bas bruit, sans grande annonce publique, sans débat national devenu quasi inaudible de nos jours, presque à l'abri de tous regards. Le passage du BPJEPS Activités de la Forme (AF) au BPJEPS Activités Physiques et Sportives de la Forme (APSF) appartient à ces habitudes politiques de transformations silencieuses, mais lourdes de conséquences pour l'ensemble de la filière du coaching sportif. Expliquons-nous.

Présentée par nos législateurs comme une modernisation nécessaire, cette évolution interroge pourtant profondément le devenir de nos métiers. Derrière le changement d'intitulé et la refonte des référentiels se dessine une redéfinition du rôle social du coach sportif, désormais sommé de répondre à des enjeux qui dépassent largement le cadre historique du fitness : santé publique, prévention de la sédentarité, accompagnement de publics fragilisés. Autant de missions nouvelles, rarement accompagnées d'une réflexion équivalente sur l'emploi, les conditions de travail ou la reconnaissance salariale.

Du BPJEPS AF au BPJEPS APSF : la fin d'un modèle économique implicite.

Étant diplômé du B.E.E.S. « Métiers de la forme », je vous mentirai en vous disant que le BPJEPS Activités de la Forme fut la meilleure version diplômante au service de la compétence. Je n'ai jamais vu d'éducateurs sportifs aussi complets que ceux qui ont obtenu avec succès les antiques 3 modules

de ce Brevet d'État. Pour autant, le BPJEPS Activités de la Forme a été le diplôme d'un âge d'or relatif : celui de l'explosion des salles de fitness, du développement des cours collectifs standardisés et de l'essor du coaching individuel marchand. Il formait des professionnels moins savants qu'opérationnels, immédiatement employables devant un marché ubérisé, parfaitement adaptés à une économie de la remise en forme fondée moins sur la qualité de service que sur le volume, la rotation des clients et une forte pression commerciale. Mais ce modèle montre aujourd'hui ses limites. Saturation du marché, précarisation des statuts, banalisation des compétences, concurrence accrue des plateformes numériques : le coach sportif issu du BPJEPS AF s'est progressivement retrouvé pris dans un étau économique, souvent contraint au multi-emploi, à l'auto-entrepreneuriat subi, menant même à la précarisation de sa clientèle (cf. mon dernier article), voire au burn-out des coaches sportifs (cf. mon avant-dernier article). La réforme APSF prétend rompre avec cette logique. En élargissant le périmètre du diplôme, le législateur envoie un signal clair : le coach sportif ne doit plus être seulement un animateur de la forme, mais un acteur de l'activité physique au service du bien-être et, indirectement, de la santé. Reste à savoir si ce repositionnement constitue une réelle montée en qualification... ou un déplacement des attentes sans revalorisation concrète.



Par Christian Guérin
(PhD)

Docteur en sciences de l'éducation et sciences humaines, diplômé INSEP option « Ingénierie de Formation » - Responsable Bureau des Entreprises du LP Vauban (Nice) ; coach sportif et préparateur physique



Tableau comparatif – BPJEPS AF / BPJEPS APSF : ce qui change réellement.

BPJEPS Activités de la Forme (AF)	BPJEPS Activités Physiques et Sportives de la Forme (APSF)
Logique en Unités Capitalisables (UC)	Logique en Blocs de Compétences (BC)
Deux mentions distinctes (HM / CC)	Approche transversale des APS de la forme
Orientation fitness et remise en forme	Orientation forme, bien-être et prévention
Publics majoritairement sportifs et autonomes	Publics diversifiés, parfois éloignés de la pratique
Évaluation technique dominante	Évaluation contextualisée et professionnelle
Forte adéquation avec le modèle des salles privées	Positionnement flou entre marché privé et politiques publiques
Employabilité rapide mais précaire	Responsabilités accrues sans revalorisation garantie

Le tableau ci-dessus met en évidence le paradoxe central de la réforme : un élargissement des missions sans clarification équivalente des débouchés professionnels. Il est probable que les habilitations demandées par les différents OF devront donner sens à cette question, malgré la disparition de la note d'opportunité dans le cahier des charges.

D'Unités Capitalisables (UC) aux Blocs de Compétences (BC) : une lisibilité en trompe-l'œil ?

Le passage des Unités Capitalisables (UC) aux Blocs de Compétences (BC) s'inscrit dans une logique désormais bien connue de la formation professionnelle : rendre les diplômes plus modulaires, plus flexibles, plus compatibles avec les parcours discontinus. En d'autres termes, valider un Bloc de Compétences, c'est obtenir une validation et une certification. Sur le terrain, le constat est plus contrasté. Certes, les blocs de compétences offrent une meilleure lisibilité administrative et facilitent certaines passerelles. Mais ils introduisent aussi une forme de fragmentation des compétences, parfois au détriment de la cohérence pédagogique. Ces blocs « compartimentent » l'approche pédagogique au profit d'une compréhension plus immédiate des compétences

validées auprès du professionnel. A l'inverse, d'un point de vue plus conceptuel, la compétence perd une de ses composantes fondamentales à « l'agir » : sa complexité dans l'action et son lien organique avec son contexte. Mais, « *penser ou agir, il faut choisir* ». Surtout, cette évolution ne règle en rien une question centrale : celle de l'homogénéité des niveaux de sortie. Deux titulaires du BPJEPS APSF peuvent aujourd'hui présenter des profils, des expériences et des compétences très éloignés, sans que le marché de l'emploi ne dispose d'outils clairs pour les différencier. Là, les blocs de compétences ne donneront comme indice que la pauvreté de leurs libellés administrés. C'est déjà ça ! diront certains. Céline, formatrice expérimentée, me confiait en ses mots : « *On parle beaucoup de blocs, mais beaucoup moins des moyens alloués pour garantir un niveau d'exigence identique partout. La réforme change la forme, pas toujours le fond.* »

Le coach « santé » : une ambition sans statut.

C'est sans doute là que la réforme révèle le plus crûment ses ambiguïtés. Le BPJEPS APSF renforce considérablement les contenus liés à l'adaptation de l'activité physique, à la prévention des risques et à la prise en compte de publics éloignés de la pratique. Les contenus se tournent en d'autres termes vers les clients d'aujourd'hui : la recherche de la santé, du bien-être, moins de la perte de poids que du poids idéal pour chacun par exemple. Pour devenir « expert », il faudra donc se tourner vers un autre support. Dans le même temps, il ne crée aucun statut spécifique, aucune reconnaissance particulière, aucun cadre économique différencié pour ces nouvelles missions. Le coach sportif est invité à se rapprocher du champ du « sport-santé », sans en avoir ni la reconnaissance institutionnelle, ni la rémunération, ni la protection juridique. La concurrence reste et restera frontale : éducateurs en Activité Physique Adaptée (APA), structures médicalisées, dispositifs territoriaux de sport sur ordonnance. Autant d'acteurs mieux identifiés, souvent mieux financés, face auxquels le coach APSF peinera à trouver sa place. Serge, Directeur d'un CFA, nous dit : « *On forme des jeunes à intervenir auprès de publics fragiles, mais le marché ne suit pas. Les postes sont rares, les salaires faibles, et les responsabilités élevées.* »

TEPEF et certifications : moins de performance, plus de justification

Les Tests Préalables à l'Entrée en Formation (TEPEF) du BPJEPS APSF traduisent cette évolution de philosophie. La démonstration physique « spectaculaire » recule au profit de compétences plus discrètes, bien que toujours complexes : expliquer, adapter, sécuriser, justifier. Par exemple, l'épreuve de Luc Léger baisse son exigence du pallier 7 à 6 révolus pour les femmes, et de 9 à 8 révolus pour les hommes. Exit également l'épreuve de traction qui provoquait tant d'éliminations pour les femmes notamment. Les épreuves certificatives finales prolongent cette logique. Elles évaluent davantage la capacité à analyser une situation, à construire un projet d'intervention cohérent en structure, à argumenter ses choix pédagogiques par des entretiens systématiques avec le jury d'évaluateurs. Cette évolution saluée par certains qui entrevoient un accès plus large en termes de prérequis et des blocs de compétences mieux identifiés sur le marché du travail. D'autres sont plus critiques par contre, y percevant le risque d'un affaiblissement des exigences techniques au profit d'un discours plus formaté « actualités ». Un représentant fédéral me disait sur ce sujet que « le métier évolue. Mais attention à ne pas créer un coach très à l'aise à l'oral et fragile sur le terrain. » Une crainte étonnante pour une approche qui se veut avant tout par blocs de compétences ...

Formation hybride : modernisation ou économie déguisée ?

Le développement massif de la Formation à distance (FOAD) et de l'e-learning est souvent présenté comme un progrès. Il offre indéniablement de la souplesse et élargit l'accès à la formation. Mais il pose aussi une question sensible : peut-on former sérieusement à un métier de relation, d'observation fine et d'adaptation humaine à distance ? Ou assiste-t-on à une réduction des coûts, transférée sur les stagiaires et les structures d'accueil ? Derrière cette modernisation affichée se cache parfois une réalité plus prosaïque : moins d'encadrement, plus d'autonomie forcée, et une responsabilité accrue pour des professionnels souvent jeunes et précaires. Les DRAJES restent attentives sur ces nouveaux modes de transmission, acceptant une diversité des dispositifs

avec un quota limité. Et quid de l'IA qui vient redistribuer l'abondance de la formation professionnelle ?

Conclusion : Une filière à la croisée des chemins

Le BPJEPS APSF incarne selon moi une ambition louable : élever le niveau de professionnalisation du coach sportif et l'inscrire dans les grands enjeux contemporains de santé et de bien-être. Mais cette ambition se heurte à une réalité économique et sociale plus rugueuse, moins optimiste dans son analyse. À force d'élargir le périmètre du métier sans clarifier son statut, la filière prend un risque : celui de former des professionnels de plus en plus qualifiés, mais toujours aussi fragilisés sur le marché de l'emploi. L'emploi est-il prêt à embaucher autrement que par des contrats précaires avec des autoentrepreneurs ? Lorsque l'on voit le nombre d'éducateurs sportifs diplômés travailler pour une salle de sport sous statut d'indépendant, moins choisi que subi, nous nous questionnons. Dès lors, plusieurs sujets problématiques s'imposent :

1. Les entreprises du secteur de la forme se résoudront-elles à moins travailler avec des indépendants précaires que d'embaucher des éducateurs sportifs en salariés ?
2. Le coach sportif est-il condamné à rester un acteur de santé de second rang, faute d'un statut clair et représenté professionnellement ?
3. La montée en compétences annoncée et mieux identifiée se traduira-t-elle par une revalorisation salariale ?
4. Enfin, en posant un regard plus critique, à qui profite réellement cette réforme : aux professionnels, aux employeurs, ou aux politiques publiques de prévention à moindre coût ?

Autant d'interrogations qui conditionnent l'avenir du coaching sportif de la forme, de la santé et du bien-être, et qui mériteraient, cette fois, un débat à la hauteur des enjeux. À me relire, je dirai finalement qu'être coach aujourd'hui, c'est être un héros des temps modernes, donnant aux autres avant soi-même, traversant les épreuves que chaque époque lui impose, et illustrant bien les propos de l'écrivain Bruno Samson : « *Un héros c'est un homme qui accomplit avec dévouement et détermination, courage et compétence, les tâches que son époque impose à tous.* »

Annexes – Références juridiques et réglementaires

- Code du sport, articles L.212-1 à L.212-8, version consolidée au 1er janvier 2024 : définit les conditions d'enseignement contre rémunération et la responsabilité de l'éducateur sportif.
- Arrêté du 5 septembre 2016 modifié : création de la spécialité « éducateur sportif » du BPJEPS et architecture générale des mentions.
- Arrêté du 27 juillet 2022, publié au Journal officiel du 10 août 2022 : création officielle de la mention « Activités Physiques et Sportives de la Forme ».
- Référentiel professionnel, de certification et d'évaluation du BPJEPS APSF, annexé à l'arrêté (versions 2022–2023) : définit les blocs de compétences et les modalités certificatives.
- Instructions DJEPVA 2023–2024 : précisions sur la mise en œuvre de la réforme auprès des organismes de formation.
- Arrêté du 29 juillet 2025 portant création de la mention « activités physiques et sportives de la forme » du brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport spécialité « éducateur sportif ».

QUAND LA PERFORMANCE ÉCHAPPE À LA SEULE LOGIQUE MÉCANIQUE



En cabinet comme en salle, nous rencontrons des sportifs correctement entraînés, programmés avec rigueur, mais chez qui la fatigue persiste ou la blessure apparaît sans cause biomécanique évidente. Pourquoi un organisme préparé cède-t-il alors que la charge semble maîtrisée ? Parce que la performance ne dépend pas uniquement du muscle. Elle repose sur une architecture intégrée où système nerveux, nutrition, digestion, lymphatique et régulation fasciale dialoguent en permanence. Le corps n'est pas une juxtaposition de systèmes. Il est une organisation vivante et coordonnée.

Par Frédéric Pfeferberg - Préparateur physique. Diplômé en nutrition – Université Paris V

La contraction musculaire : un phénomène électrique... dépendant du terrain nutritionnel

Avant d'être mécanique, la contraction est électrique. Le potentiel d'action dépend de l'équilibre sodium-potassium maintenu par la pompe Na^+/K^+ -ATPase. Le calcium déclenche l'interaction actine-myosine. Le magnésium module l'excitabilité neuromusculaire. Mais cet équilibre ionique dépend directement des apports nutritionnels et de leur assimilation réelle. Une déshydratation chronique légère, une alimentation pauvre en minéraux biodisponibles ou un stress prolongé perturbant la régulation hormonale peuvent modifier ces mécanismes cellulaires. Le muscle exécute. Le système nerveux orchestre. La nutrition rend possible cette orchestration. Dans cette logique, toute perturbation du terrain biologique – carence micro-nutritionnelle, inflammation chronique, trouble digestif – influence indirectement la qualité de la contraction et la récupération. La performance commence à l'échelle cellulaire.

Mésentère et intégration viscéro-fasciale : le lien entre digestion et posture

Les avancées anatomiques récentes ont réhabilité le mésentère comme structure continue jouant un rôle central dans l'organisation abdominale (Coffey, 2016). Il ne s'agit plus d'un simple support vasculaire, mais d'un axe structural reliant intestin, paroi abdominale, diaphragme et colonne lombaire. Les travaux cliniques du Dr Peter Lewton-Brain s'inscrivent dans cette compréhension intégrative. Son approche met en évidence que les tensions mésentériques et viscéro-fasciales peuvent influencer :

- la mobilité thoraco-lombaire,

- la mécanique diaphragmatique,
- la qualité du retour veineux et lymphatique,
- la régulation neuro-végétative.

Une restriction mésentérique peut modifier la respiration, altérer la dynamique abdominale et perturber la coordination fine. Le viscéral informe le locomoteur. Dans une perspective nutritionnelle, cela prend une dimension supplémentaire : un intestin en souffrance, inflammé ou congestionné peut générer des tensions fasciales profondes et perturber l'équilibre postural. La digestion n'est pas isolée de la posture. Elle participe à son architecture.

Axe intestin-cerveau : assimilation et régulation autonome

L'intestin est un organe de transformation et de régulation. Les recherches sur l'axe intestin-cerveau montrent que le microbiote influence l'inflammation systémique et la modulation neuro-végétative. Un sportif soumis à une hyperactivité sympathique chronique peut présenter une digestion altérée : sécrétion enzymatique diminuée, absorption incomplète, inflammation de bas grade. Assimiler ne signifie pas simplement ingérer. Cela signifie intégrer au niveau cellulaire. Si la muqueuse intestinale est fragilisée ou si le microbiote est déséquilibré, l'absorption de nutriments essentiels (fer, magnésium, vitamines B, oméga-3) peut être compromise. Or, ces éléments conditionnent la contraction musculaire, la récupération et la stabilité émotionnelle. Dans l'approche viscéro-fasciale défendue par le Dr Lewton-Brain, la régulation mésentérique influence également la modulation autonome. Un abdomen en tension chronique peut entretenir une hyperactivité sympathique et limiter la récupération. Le système digestif est à la fois nutritionnel, mécanique et neuro-végétatif.

Nutrition, lymphatique et terrain inflammatoire

La lymphe joue un rôle central dans le drainage métabolique et la régulation immunitaire. Une respiration superficielle, un manque de mobilité diaphragmatique ou une congestion viscérale peuvent ralentir son efficacité. L'alimentation moderne, riche en sucres rapides et en produits ultra-transformés, peut favoriser un terrain inflammatoire discret. Cette inflammation de bas grade influence la production de cytokines, altère la sensibilité insulinaire et peut retarder la réparation tissulaire. À l'inverse, une alimentation riche en micronutriments, en antioxydants naturels, en protéines de qualité et en acides gras polyinsaturés équilibrés soutient la synthèse protéique, la régulation enzymatique et la récupération. Charge mécanique et charge métabolique sont indissociables. Dans cette perspective, la nutrition devient un acte de régulation biologique, non un simple apport énergétique.

Conclusion : harmoniser plutôt que forcer

Corriger la biomécanique reste indispensable. Ajuster la charge est nécessaire. Mais parfois insuffisant. La blessure peut être l'expression d'un déséquilibre global : nerveux, digestif, fascial, inflammatoire. La performance durable suppose d'intégrer le muscle, le nerf, l'intestin, la lymphe et le terrain nutritionnel dans une même compréhension. La véritable force ne réside peut-être pas uniquement dans la puissance développée, mais dans la capacité à préserver l'équilibre invisible qui la rend possible. Et si la performance n'était pas seulement une conquête de puissance... Mais une œuvre d'harmonisation intérieure ?

Références

- Clausen T. Na^+/K^+ pump regulation and skeletal muscle contractility. *Physiol Rev.* 2003;83(4):1269–1324.
- Allen DG, Lamb GD, Westerblad H. Skeletal muscle fatigue: cellular mechanisms. *Physiol Rev.* 2008;88(1):287–332.
- Cryan JF, Dinan TG. Mind-altering microorganisms: the impact of the gut microbiota on brain and behaviour. *Nat Rev Neurosci.* 2012;13:701–712.
- Coffey CJ et al. The mesentery: structure, function, and role in disease. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2016;1(3):238–247.

Entre thérapie manuelle et ostéopathie : enquête qualitative sur la spécialisation des kinésithérapeutes français



Auteur correspondant : G. Cohen-Aknine
EuroMov Digital Health in Motion,
IMT Mines Ales, University
of Montpellier, 700, avenue du Pic
Saint-Loup, 34090 Montpellier, France.
Adresse e-mail : gabriel.cohenaknine@chu-nimes.fr

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2025.07.015>

© 2025 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés, y compris ceux relatifs à la fouille de textes 18 et de données, à l'entraînement de l'intelligence artificielle et aux technologies similaires

MOTS CLÉS : Champ musculosquelettique / Étude qualitative / Ostéopathie / Thérapie manuelle

INTRODUCTION

La thérapie dite « manuelle » peut être définie comme l'utilisation de techniques manuelles à visée thérapeutique [1]. La Task Force de l'IASP (International Association for the Study of Pain) rapproche la thérapie manuelle des techniques dites « hands on », c'est-à-dire celles qui utilisent le contact manuel comme outil de traitement ; elles englobent les mobilisations, le massage, les manipulations des tissus mous ou encore les manipulations [2]. Certains auteurs définissent également les techniques « hands on » par le toucher thérapeutique en référence au rôle socioculturel de l'apposition de la main [3]. Néanmoins, actuellement, la dénomination de « thérapie manuelle » n'est pas définie juridiquement, ce qui rend cette notion vaste et imprécise.

En France, comme en Belgique, la thérapie manuelle est principalement pratiquée par les kinésithérapeutes et les ostéopathes [4]. En France, on dénombrait environ 109 000 masseurs-kinésithérapeutes (MK) en 2024 et 36 861 ostéopathes en 2022 [5,6]. Malgré une approche manuelle commune, ces deux professions sont aussi profondément opposées de par leurs origines historiques.

La profession et le diplôme d'Etat de MK ont été créés en 1946. Initialement « auxiliaires médicaux », les MK ont obtenu le statut social de « paramédicaux » au sein du système de santé, au gré du développement

de la profession et de l'élargissement de leur champ de compétences.

L'ostéopathie a été créée par l'Américain Andrew Taylor Still à la fin XIX^e siècle. En France, d'abord réservée aux seuls médecins, la pratique exclusive de l'ostéopathie a été légalisée à partir de la loi Kouchner du 04 mars 2002 (et ses décrets d'application de 2007). Face à l'explosion du nombre d'écoles et de praticiens exclusifs, le décret du 12 septembre 2014 a apporté un cadre à l'agrément des établissements de formation.

En France, la profession de MK est une profession remboursée et conventionnée par la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) depuis 1962, à l'inverse de l'ostéopathie qui, actuellement, ne bénéficie pas de remboursement ni de conventionnement.

Le champ d'action de la MK est riche de par sa diversité ; il offre plusieurs orientations de pratique. Pour être plus exact, l'Ordre des MK emploie le terme de « spécificités » (exercices préférentiels) [7]. Cependant, la « thérapie manuelle » n'est pas incluse parmi les spécificités reconnues. Pourtant, de nombreuses formations propres à la MK s'approprient le terme de « thérapie manuelle ». Cela souligne l'imprécision sémantique et juridique actuelle autour de la définition de la thérapie manuelle [8].

Il n'en demeure pas moins que les MK semblent nombreux à s'orienter vers des formations de pratique manuelle.

En effet en 2022, près de 30 % des ostéopathes

avaient également une casquette de MK (MK-DO)^[6]. Parallèlement certains MK se sont orientés vers une formation en thérapie manuelle orthopédique. Seuls certains parcours respectent des critères de formation d'excellence précis selon les normes de l'IFOMPT (International Federation of Orthopaedic Manipulative Physical Therapists Incorporated).

Ces parcours bénéficient actuellement d'une reconnaissance par l'association OMT France, MO (Member Organisation, membre de l'organisation) de l'IFOMPT^[9].

Une étude comparative de 2022^[10] pointe des similitudes entre MK et ostéopathie, tandis que d'autres études parlent de « soeurs-ennemies »^[11], ce qui crée une confusion globale parmi les patients et les professionnels. Pour autant, il existe peu de données relatives aux regards qu'entretiennent les deux professions quant à ces modalités thérapeutiques.

Cet article poursuivait deux objectifs. Une étude qualitative a exploré les motivations des MK qui s'orientent vers différentes pratiques manuelles dont : l'ostéopathie (MKDO), la thérapie manuelle (MK-TM) et la thérapie manuelle orthopédique (MK-TMO). Il s'agissait également d'éclaircir les différences entre ces approches manuelles à travers la vision des praticiens concernés.

MÉTHODE

Une étude qualitative a été réalisée au moyen d'entretiens semidirigés auprès de MK spécialisés dans le domaine manuel :

formés en MK-DO, MK-TM ou en MK-TMO. Pour permettre une vision globale, certains participants étaient formés dans plusieurs de ces domaines. Les participants ont été sélectionnés de proche en proche, et la démarche de l'entretien se voulait compréhensive, l'intérêt étant de recueillir leur vision et le sens subjectif qu'ils donnaient à leur action^[12].

Méthode d'entretien

Le caractère « semi-directif » des entretiens invitait l'enquêteur à prendre une posture d'écoute afin de créer une relation de confiance propice à la spontanéité, à la richesse et donc à la qualité de l'entretien. L'enquêteur fonctionnait par des relances ou des reformulations^[4]. Un « guide d'entretien », testé et validé en amont, servait de support à l'enquêteur (Tableau I). Fil rouge de l'entretien, il comprenait les principales questions et thématiques, organisées en trois parties. La première portait sur des questions générales, sur le profil et le parcours du participant ; la seconde concernait sa manière de pratiquer (en termes de techniques et de raisonnement) ; la troisième était consacrée à sa vision personnelle des deux professions.

Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés par un étudiant en fin de 3^e année de MK, entre le 07 mars et le 11 septembre 2023, à Montpellier. L'enquêteur a tenu un carnet d'entretien, et chaque participant a donné son consentement oral pour l'enregistrement audio de l'entretien et l'analyse du contenu, dans le respect des obligations éthiques^[13]. Les données ont par la suite été anonymisées^[14] et retranscrites manuellement à l'écrit.

Méthode d'analyse

Une analyse inductive du contenu a été effectuée. La méthode était itérative, avec une indexation thématique du contenu. Puis, un « effet de saturation » entre les entretiens a été recherché^[15]. L'objectif était de « défricher » les sujets abordés et de comparer l'analyse du matériau empirique à la littérature.

L'analyse lexicale suivait les différentes thématiques

rapportées lors des entretiens. Elle s'intéressait aux différences en termes de techniques manuelles, d'approches médico-scientifiques et de places sociales ; puis au rôle de la « spécialisation » dans ce paradigme.

RÉSULTATS

Huit entretiens ont été réalisés, d'une durée moyenne de 44 minutes. L'échantillon s'est révélé être très hétéroclite, avec une diversité de profils (âge, genre), de modes de pratique (libéral/salariat), de parcours de formation (ostéopathie, TMO, etc.) ou de carrières (ex. : cinq formateurs en Instituts de formation) ; 5/8 étaient MK-DO, 1/8 était MK-TM, 2/8 étaient MK-TMO, 4/8 étaient formés à plusieurs pratiques. Plusieurs notions non prévues par le guide d'entretien ont été apportées par les participants : la question du monopole médical, l'accès direct, la tarification, la communication avec le patient.

Techniques manuelles, un socle commun

Les participants semblaient s'accorder autour de l'existence d'un socle commun entre l'ostéopathie et la TM. L'utilisation de techniques manuelles dites « hands on » était commune aux différentes approches. Certains formateurs en TM étaient d'ailleurs eux-mêmes ostéopathes, ce qui accentuait l'ambiguïté. Jean, qui exerce la MK depuis 1999 et l'ostéopathie depuis 2011, est également formateur en TM. Il expliquait : « On retrouve beaucoup de techniques « ostéopathiques » en thérapie manuelle, mais pas toutes (la certification de TM est surtout au niveau ostéoarticulaire, elle prive un petit peu du domaine viscéral, et crânio-sacré) ».

Entre approche scientifique et empirisme

Dans le but de mieux comprendre les raisons de l'orientation des MK en ostéopathie, des MK-DO ont été interrogés sur les éléments qui les avaient motivés à se former en ostéopathie. Tous les MK-DO expliquaient avoir été attirés par la vision holistique du patient qui caractérise l'approche ostéopathique et, plus généralement, par les approches non conventionnelles. Ils mentionnaient une « philosophie ostéopathique », qu'ils opposaient à la TM des MK, qualifiée « d'allopathique » et « trop analytique ». Maxime par exemple, était MK-DO ainsi que formateur. Il expliquait sa vision : « Un thérapeute manuel est pour moi un mauvais ostéopathe. [...] Un travail de TM ça serait de connaître une technique ou deux, en enlevant la philosophie et le concept ostéopathique. »

Certains MK-TM considéraient l'ostéopathie comme dénuée de fondements scientifiques. C'était le cas des MK formés en TMO, qui revendiquaient l'ancrage de la TMO à la pratique basée sur les faits et à la pensée critique. Dès lors, d'après certains des participants, le manque de représentation de l'ostéopathie dans la littérature scientifique pourrait être un des principaux arguments mis en cause par les pouvoirs publics afin de bloquer toute possibilité de conventionnement avec la CPAM. Thomas (MK depuis 2015, formé en TMO, doctorant en recherche et formateur en IFMK) se décrivait comme un ancien « anti-ostéo ». Il développait son opinion, en critiquant également le discours de certains ostéopathes : « Pour moi l'ostéopathie devrait être encadrée via cette référence scientifique, en enlevant tous les côtés ésotériques, ça devrait être une spécialisation de la kiné. [...] C'est le discours des ostéos qui me pose problème ; je veux pas stigmatiser, mais il y a beaucoup plus d'ostéopathes qui disent « vous avez le bassin décalé », ou « je replace la vertèbre », ou « il faut venir me voir tous les mois pour que je vous redresse ». [...] Des choses pas démontrées il y en a en kiné aussi, ça ne me pose pas trop

Tableau I. Guide d'entretien.

Questions générales	(1 ^{re} question) Depuis quand êtes-vous diplômé en formation initiale de MK ? Quelles sont vos formations ou diplômes complémentaires ? Quel est le type de patientèle que vous prenez en charge ? (pathologies, profils/classes sociales de patients ?) Quel est votre lieu et mode de pratique ? (Cabinet/CHU, seul/associés, ville/campagne ?) Comment percevez-vous le mode d'exercice dit « coordonné » entre les professions de santé ? Êtes-vous satisfait par votre niveau de revenu ?
Manière de pratiquer	Selon vous, que vous a apporté votre formation en TM (et/ou en DO) ? Est-ce que ces éléments ne vous avaient pas été apportés par la formation initiale en MK ? Dans quel champ clinique travaillez-vous, et/ou de quelle manière travaillez-vous ? Y a-t-il des techniques ou méthodes de TM qui vous préférez utiliser, ou que vous utilisez le plus ? En termes de répartition du temps, distinguez-vous les séances d'Ostéopathie de celle de TM ? (créneaux ostéo, créneaux kiné, ou séances mixtes ?) Pourquoi ? Dans votre pratique professionnelle, à combien estimeriez-vous la part de l'empirisme, et la part basée sur des données scientifiques (EBP) ? Quel est votre avis sur la question ?
Vision personnelle	Selon vous, qu'est-ce qu'un thérapeute manuel (TM) ? Quel regard portez-vous sur la place de l'Ostéopathie dans le système de santé ? Quel regard portez-vous sur la place de la MK dans le système de santé ? Que pensez-vous des ostéopathes non professionnels de santé, et de l'appellation « Nini » ? Selon vous, quelle est la différence entre la TM et l'Ostéopathie ?

de problèmes tant que ce n'est pas dogmatique. »

Isabelle, MK-DO (MKDE depuis 1994 et diplômée en ostéopathie depuis 2011) exerce uniquement l'ostéopathie depuis 2015. Comme elle travaille à la fois en pratique libérale et en centre hospitalier universitaire, elle s'implique en parallèle dans la recherche clinique. Elle décrit : « *C'est par notre expérience, et le ressenti aussi. Oui, simplement en posant la main, en faisant des pressions ; là tu as des tissus qui parlent, c'est clair. [...]. Moi j'en suis convaincue, le problème c'est que pour le démontrer [scientifiquement] c'est plus compliqué.* »

Malgré leurs divergences, les participants s'accordaient sur le fait que la technicité ne constitue qu'un des « outils » du praticien, indissociable de l'aspect relationnel, de l'écoute et de la communication. Quelle que soit leur formation, ils reconnaissaient l'empirisme comme un concept inhérent à tout soin manuel. D'après Thomas (MK-TMO) par exemple : « *À mon sens, le soin d'un patient c'est 75 % de communication et 25 % de technique.* »

Un climat concurrentiel

D'après les participants, les critiques exprimées en chassé-croisé entre MK et ostéopathes sont régulièrement dues à une méconnaissance mutuelle, qui génère des sentiments d'incompréhension et d'injustice. De par leurs similarités, l'ostéopathie et la MK se retrouveraient confrontées l'une à l'autre dans un contexte de concurrence interprofessionnelle.

Nicolas, MK depuis 1997 et formateur en TM, a réalisé une formation en ostéopathie qui n'a ensuite pas été reconnue. Il décrit : « *Il y a des guerres de tranchées entre ostéopathes, kinésithérapeutes et chiropraticiens pour avoir un potentiel de patients. [...]. Mais eux [les ostéopathes exclusifs] il faut qu'ils vivent ; nous [les MK], nous sommes sponsorisés par la Sécu avec nos séances qui sont remboursées.* »

D'autres critiques prenaient leur source dans les différences entre les deux exercices. Selon les participants, il existerait du côté des ostéopathes une forme de convoitise vis-à-vis du remboursement des prestations de kinésithérapie par la CPAM, notamment pour la sécurité financière et la légitimité sociale qui en découlent. À l'inverse, certains MK convoitent la liberté qui caractérise l'exercice de l'ostéopathie. C'est le cas de Paul (MK depuis 2009, formé en TMO, formateur et doctorant en recherche), qui expliquait : « *Il y a une plus grande liberté [en ostéopathie]. [...] Souvent, je dis en*

rigolant que je n'aime pas les ostéos, mais en rigolant dans cette approche d'injustice ; de trouver anormal qu'ils aient tout ce que nous n'a pas le droit d'avoir... ».

Paul évoquait également les différentes contraintes et dérives que l'on peut retrouver dans l'exercice de la MK, notamment la T2A (tarification à l'activité) et son incitation productiviste.

Selon lui, ces facteurs permettent de comprendre l'intérêt grandissant pour des disciplines telles que l'ostéopathie, aussi bien parmi les professionnels que parmi les patients : « *On a quand même certains confrères [MK] qui passent de moins en moins de temps avec les patients [...]. Du coup, les ostéos ont été là : ils prennent leur temps, ils expliquent [...] Punaise, je comprends que les patients soient partis vers l'ostéo... ».*

Une quête de légitimité sociale

D'après les participants, leurs formations manuelles^[7] leur avaient apporté de nouvelles compétences, mais pas seulement. En effet, du sentiment d'être plus compétent découlait un sentiment de meilleure légitimité et d'une meilleure reconnaissance sociale au sein du système de soin. C'est le cas de Nicolas (MK-TM) : « *Ce qui me manquait en formation initiale c'était de l'efficacité. Et une sensation peut être de légitimité. Quand on sort de l'école [...] on sait qu'on n'est pas dangereux, mais on n'est pas forcément efficaces.* »

Par ailleurs, les MK ont relié la question de la reconnaissance sociale avec celle de leurs relations avec les médecins.

Les MK-DO, comme Isabelle notamment, expliquaient que l'ostéopathie est régulièrement qualifiée péjorativement par les médecins : « *[Vis-à-vis de l'ostéopathie] j'ai eu énormément de soucis avec certains médecins [...]. Soit c'est du blabla, soit je vais faire mal, soit c'est du charlatanisme, des voyants. [...] Ils ne veulent même pas s'attarder à prendre le temps [de nous écouter].* » Pour autant, tous les professionnels s'accordaient pour reconnaître une amélioration du regard des médecins sur leurs pratiques ces dernières années. Les participants critiquaient ainsi la hiérarchie médicale, en allant parfois jusqu'à la remettre en cause. Car, si la prescription médicale offre une forme de protection et de confort, certains MK la voyaient plutôt comme une entrave à leur autonomie. Dès lors, selon eux, elle serait une incarnation d'une « corporation médicale » désireuse de conserver son

monopole. Thomas (MK-TMO) était de cet avis : « *Le monopole, il est là... Il a encore bloqué sur l'accès direct, la profession voulait le faire dans les CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé). Il y a eu un blocage au niveau des médecins* ».

DISCUSSION

Ambiguïté entre les traitements manuels

Selon certains auteurs, l'utilisation de techniques manuelles communes entre MK et ostéopathie favorise l'existence d'une ambiguïté^[6]. Même si ce partage de l'approche manuelle semble répondre à une certaine demande de la part des patients en termes de traitements manuels de leurs symptômes^[16]. En ce qui concerne la réglementation juridique, certaines précisions permettent de clarifier les champs de compétences.

Si les mobilisations font partie intégrante du répertoire technique des MK et des ostéopathes, une grande partie des manipulations sont également autorisées aux ostéopathes, à condition qu'elles aient pour but de prévenir ou remédier à des troubles dits fonctionnels. D'autres manipulations sont limitées (sous couvert d'une attestation médicale de non contre-indication), voire interdites lorsqu'elles appartiennent à un champ spécifiquement médical (comme les manipulations forcées). Le lien historique entre ostéopathie et disciplines médicales fait que la jurisprudence a souvent été sollicitée pour régler des conflits et interpréter la loi, en s'appuyant parfois sur la littérature scientifique^[17,18].

Des approches thérapeutiques opposées (conventionnelle versus non conventionnelle)

Entre MK et ostéopathie, l'approche thérapeutique diffère.

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) définit deux types d'approches : les médecines « conventionnelles » et « non conventionnelles à visée thérapeutique »^[19,20].

La médecine moderne occidentale penche vers un modèle « conventionnel » basé sur les faits. Celui-ci s'ancre sur la notion de pratique factuelle (Evidence-based Practice, introduite pour la première fois en 1996 par Sackett et al.)^[21,22].

Elle correspond à une pratique équilibrée autour de trois piliers : les preuves et le consensus scientifique ; l'expérience du praticien ; les choix, valeurs et préférences du patient. La MK appartient à ce modèle conventionnel, notamment depuis l'universitarisation des études en 2015^[23,24].

En opposition, l'ostéopathie appartient au cercle des médecines dites « non conventionnelles à visée thérapeutique ». Celles-ci sont caractérisées par un niveau de preuve plus modéré. Certaines pratiques ostéopathiques, telles que les approches craniocervicale et fasciale, sont d'ailleurs qualifiées par la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (Miviludes) et par l'Ordre des MK, de dérives thérapeutiques^[25].

Bien que plébiscitées par les patients français^[26,27], les ostéopathes semblent dépréciés par certains professionnels de santé, et ramenés à leur statut social « à part » avec le surnom péjoratif de « Nini » (« ni médecin, ni kiné »)^[28]. En ce sens, l'ostéopathie demeure reconnue comme une profession « de la santé » (et non « de santé ») par la communauté médicale. Parmi les raisons évoquées, la question de la dangerosité manipulative constitue

régulièrement un argument en faveur de cette forme de stigmatisation des ostéopathes exclusifs^[29].

Cependant, le discours qui tend à réduire la pratique basée sur les preuves au seul pilier des preuves scientifiques, apparaissant comme un appel à « l'autorité de la science », peut être mis en question^[30]. Par ailleurs, au même titre qu'il existe plusieurs tendances ostéopathiques^[4], la tendance « pratique basée sur les preuves » semble rester minoritaire parmi les MK. En effet, l'isolement qui découle d'une pratique majoritairement libérale (85 %) entraîne une faible circulation de l'information médicale et de la littérature scientifique^[31].

De plus, bien qu'ils aient montré leur efficacité, les mécanismes de fonctionnement des techniques manuelles semblent multisystémiques, complexes et probablement

non spécifiques^[32,33]. Leur évaluation scientifique est complexe et les publications présentent souvent plusieurs limites comme le double aveugle, la taille des échantillons, la durée de suivi, l'hétérogénéité de la population, la description du protocole ou encore le type d'étude utilisé^[34]. La relation thérapeutique apparaît également comme un facteur contextuel indissociable de tout soin manuel^[35,36].

Des places sociales bien distinctes

Ces différences d'approches thérapeutiques confèrent à chaque profession des statuts sociaux bien distincts, avec des avantages et des inconvénients. D'un côté, la convention qui lie la kinésithérapie à la CPAM assure une sécurité financière et une légitimité sociale. À l'inverse, puisqu'une pratique plus réglementée est aussi plus contraignante, cela peut amener certains MK à convoiter la liberté qui caractérise des approches non conventionnelles comme l'ostéopathie.

Le modèle conventionnel est également critiqué pour son incitation à la productivité (dérive de la tarification à l'acte), au détriment de la qualité des prestations^[37]. Certaines propositions sont formulées pour y remédier, comme la revalorisation des tarifs ou le passage à un financement au temps passé avec le patient^[38].

Enfin, la répétition des séances de MK peut aussi se transformer en un cercle vicieux de routine thérapeutique, à l'origine d'une forme de lassitude professionnelle^[39].

Les contraintes propres à l'exercice de la MK peuvent alors être comparées à la liberté qu'offre celui de l'ostéopathie : accès direct des patients, droit de publicité, choix des tarifs, séances plus longues. Ensemble, ces éléments constituent des motivations pour les MK qui choisissent de se former en ostéopathie, auxquels s'ajoutent les apports de la vision holistique, voire philosophique^[40] et des techniques manuelles. De plus, alors que l'ostéopathie est souvent perçue comme une manne financière, ces dernières années sont marquées par une réelle paupérisation des ostéopathes exclusifs, trop nombreux sur le marché du travail^[41].

La spécialisation comme outil de mobilité sociale

Au-delà d'apports en technicité ou en réflexivité, la spécialisation manuelle des MK peut également devenir un outil de mobilité sociale. En effet, le système de santé français est organisé autour d'un monopole médical, au sein duquel les rapports sociaux sont dissymétriques^[42-44]. Si la persistance d'un certain corporatisme médical est avancée et discutée par certains auteurs^[45,46] comme un potentiel frein à

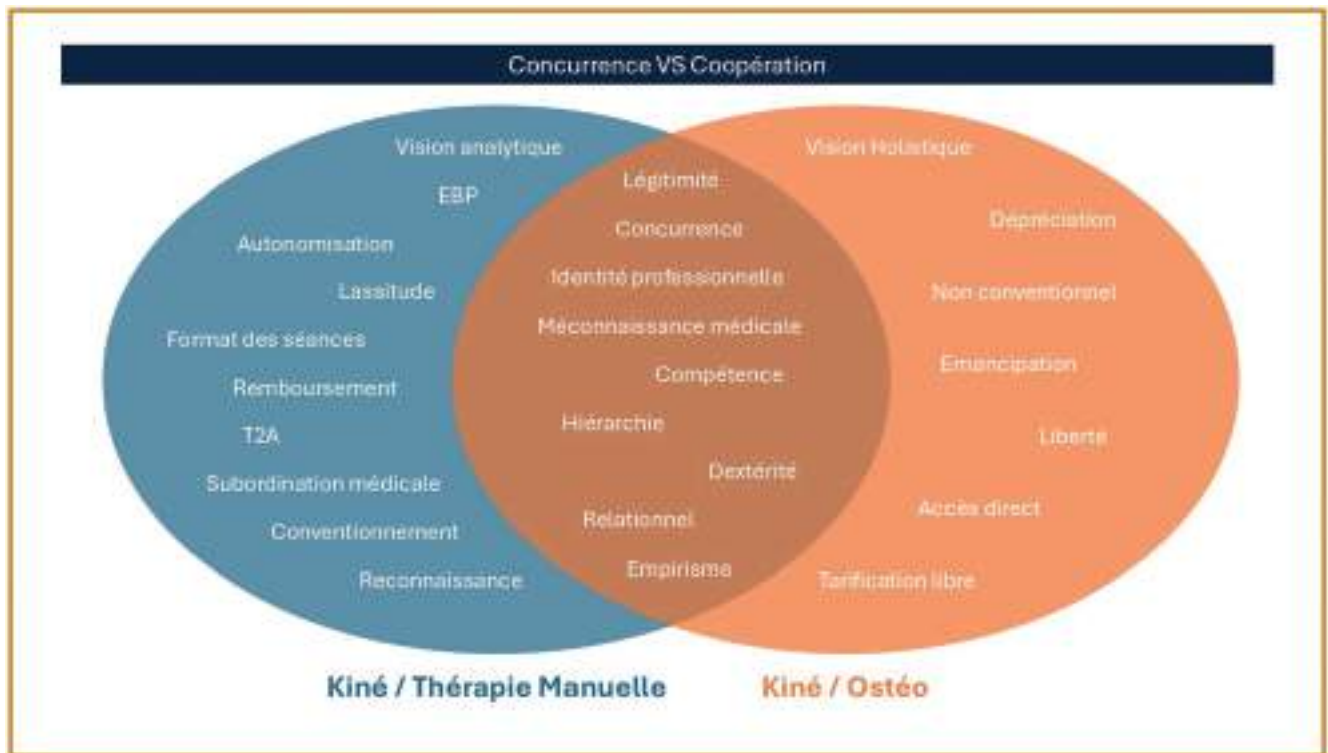


Figure 1. Similarités et particularités des approches manuelles en kinésithérapie.

la réforme du système de santé français [47], d'autres auteurs nuancent la notion de corporatisme médical en elle-même [48].

La spécialisation manuelle des MK peut donc être perçue comme une tentative de mobilité sociale au sein du champ médical [49], c'est-à-dire comme une volonté de gagner une meilleure place sociale. En effet, d'après les participants à cette étude, leur spécialisation a d'abord répondu au besoin de combler leur sentiment d'incompétence et d'illégitimité.

Cela peut leur permettre de s'élever socialement, voire même de s'émanciper grâce à des compétences propres et des actes non conventionnés [49].

D'une façon plus globale, la « spécialisation » peut se voir dans un processus de « responsabilisation » croissante de la profession. En effet, la MK n'a cessé d'élargir ses compétences au fil des décennies (Bilan diagnostic kinésithérapique en 1996, droit de prescription en 2006, pratique de l'échographie depuis 2015, etc.). La spécialisation devient donc l'un des rouages de la quête d'identité professionnelle des MK, comme cela a été évoqué par certains professionnels concernant

la notion de pratique avancée [50]. Par ailleurs, le débat d'actualité autour de l'accès direct des patients [45,51,52] est une excellente illustration de la volonté de mobilité sociale d'une partie des MK.

L'analyse des entretiens a permis de relever les différentes tendances idéologiques qui traversent la MK. D'un côté, certains professionnels veulent valoriser la profession, réclamant reconnaissance, responsabilités et réflexivité.

De l'autre, beaucoup de professionnels préfèrent conserver leur indépendance (en 2015, la France ne comptait que 8214 cotisants libéraux syndiqués sur 83 619 kinésithérapeutes), leurs habitudes et un statut d'auxiliaire médical « exécutant » [53].

DISCUSSION GÉNÉRALE

Cette enquête qualitative a permis d'éclaircir les principales différences entre deux professions manuelles (ostéopathie et MK). Opposées par leurs histoires, leurs approches thérapeutiques et leurs statuts sociaux, elles sont pourtant unies par les similarités de leurs interventions. L'enquête a également éclairci les différences entre plusieurs « spécificités manuelles » de la MK : l'ostéopathie, la TM et la TMO.

Des pistes de réflexion ont été soulevées concernant les motivations des MK qui se « spécialisent » dans la pratique manuelle. Lorsque cette spécialisation s'inscrit, au-delà de la question de l'appétence, dans une démarche de mobilité sociale et de recherche d'une identité professionnelle, elle peut alors être perçue comme une remise en cause de la hiérarchie médicale.

Les verbatims ont permis de réaliser une représentation graphique qui résume les similarités et particularités de chacune des approches (Fig. 1).

Cette étude visait une meilleure connaissance et compréhension des pratiques afin d'améliorer la coopération interprofessionnelle. L'analyse des pratiques professionnelles offre également des pistes pour améliorer la qualité et l'efficacité du système, dans un contexte de

réévaluation de ce dernier. En effet, la « Stratégie pour la médecine traditionnelle pour 2014–2023 », mise en place par l'Organisation Mondiale de la Santé [19], a réévalué le modèle conventionnel. Elle a également observé l'évolution des comportements des patients, qui souhaitent davantage bénéficier d'approches non conventionnelles. Dans ce paradigme, certains auteurs proposent que le système de santé s'oriente vers une médecine dite « intégrative », dans le sens où elle inclurait à la fois des médecines conventionnelles et non conventionnelles [20,54].

CONCLUSION

LIMITES

Cette enquête a été menée dans le cadre d'un mémoire de fin d'études. Une relation sociale fondamentalement asymétrique a donc pu s'instaurer entre l'étudiant et les professionnels interviewés, d'autant plus que cinq d'entre eux étaient également formateurs dans l'Institut en question.

Ces derniers peuvent avoir des représentations singulières, avec un besoin accentué en réflexivité^[55]. De plus, comme la réflexion s'est axée sur la spécialisation des MK, aucun ostéopathe exclusif n'a été inclus parmi les participants.

OPPORTUNITÉS

Ces huit entretiens et leur analyse constituent un matériau empirique riche, avec une diversité de profils parmi les personnes interviewées. Ils constituent une complémentarité avec la littérature qualitative. Il serait pertinent de poursuivre la recherche à une plus grande échelle, ou en élargissant la réflexion.

Certaines notions mériteraient d'être davantage creusées.

Il serait intéressant de questionner le développement de la pratique hands off, reflet d'une crise identitaire des MK^[3,56].

En effet, un contraste se crée entre une forte demande en soins manuels de la part des patients, et les résultats parfois mitigés des études relatives à l'efficacité des techniques manuelles dans certaines pathologies^[57-59].

De plus, il serait intéressant de questionner l'enseignement du concept de pratique basée sur les faits. Celui-ci semble régulièrement mal perçu par les MK^[60]. Une autre question pourrait explorer les étapes de développement social des soignants (origines familiales, scolaires, etc.) et de leur identité professionnelle^[61,62].

Enfin, se pose la question de la future place de la MK dans le système de santé français. La profession se trouve écartelée entre ses origines manuelles, sa place dans la rééducation et son attirance pour le monde médical et universitaire. La remise en cause de l'appellation « Masso-Kinésithérapie » face à l'évolution profonde de la profession, semble séduire de plus en plus de MK^[26].

CONCLUSION

Malgré un champ manuel partagé, MK et ostéopathie se différencient par leurs approches thérapeutiques, d'où découlent des statuts sociaux bien distincts. Elles sont ainsi régulièrement mises en concurrence. Une partie du corps médical semble rester méfi ante vis-à-vis de l'ostéopathie, perçue comme une dérive thérapeutique. Certains auteurs la considèrent tantôt comme une alternative au modèle conventionnel, tantôt comme un complément à ce dernier.

Alors que la hiérarchie médicale est pointée du doigt, la spécialisation des MK peut apparaître comme un véritable outil de mobilité sociale. L'ostéopathie et les formations en thérapie manuelle (comme la TMO) constituent deux voies de « spécificités manuelles » de la MK. Mais ce sont aussi deux tendances idéologiques, en lien avec les différentes intégrations du concept de pratique basée sur les faits par les MK. Elles illustrent la quête identitaire des MK dans un climat de concurrence interprofessionnelle.

Contributions

ND : conceptualisation, méthode, investigation, traitement des données ; FG : conceptualisation, méthode, ressources, supervision ; GCA : ressources, supervision.

Financements

Cette étude n'a pas bénéficié de subventions. Déclaration sur l'IA générative Les auteurs déclarent qu'aucune utilisation d'IA générative n'a été utilisée pour l'écriture de cet article.

Déclaration de liens d'intérêts

Des auteurs sont enseignants à l'IFMK de Montpellier.

Remerciements

Merci aux équipes de l'IFMK de Montpellier et à sa directrice, Aldjia Abdellaoui ; merci à Jérémy Rollin ; merci aux huit MK qui ont joué le jeu de l'entretien.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

RÉFÉRENCES

[1] Smith AR. Manual therapy: the historical, current, and future role in the treatment of pain. *Sci World J* 2007;7:458986. <https://doi.org/10.1100/tsw.2007.14>.

[2] Draper-Rodi J, Newell D, Barbe MF, Bialosky J. Integrated

manual therapies: IASP taskforce viewpoint. *Pain Rep* 2024;9:e1192. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000001192>.

[3] Abaraogu U., Ahlsen B., Bjorbækmo W.S., Dahl-Michelsen T., Delany C., Doran B., et al. Manipulating practices: a critical physiotherapy reader. Cappelen Damm Akademisk/NOASP; 2018. doi:10.23865/naosp.29. [ISBN: 978-82-02-55001-1].

[4] Hidalgo B, Demoulin C. [Comparative analysis between

orthopaedic manual therapy and osteopathy: focus on the

Belgian situation]. *Rev Med Liege* 2019;74:204–11.

[5] Ordre des masseurs kinésithérapeutes. Communiqué de presse – rapport de la démographie des kinésithérapeutes 2024 : état des lieux et enjeux pour l'avenir de la kinésithérapie en France. 2024.

[6] Registre des ostéopathes de France. État des lieux de l'ostéopathie en France – analyse factuelle. 2022.

[7] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Avis du conseil national de l'ordre du 20 décembre 2023 modifiant l'avis du 30 mars 2021 relatif aux spécificités. n.d.

[8] Mounier-Poulat A, Artico R. Approche sémantique et place de la thérapie manuelle orthopédique en kinésithérapie musculosquelettique. *Kinesither Rev* 2024;24:6–15. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2023.08.014>.

[9] Mambriani A. OMT-France : histoire d'un parcours, philosophie d'une vision. *Kinesither Rev* 2024;24:1–5. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2023.09.011>.

[10] Shivachev Y, Mancheva P. Manual therapy and osteopathy – comparative analysis. *J IMAB* 2022;28:4233–6. <https://doi.org/10.5272/jimab.2022281.4233>.

[11] Messina M. Kinési « thérapie manuelle » versus ostéopathie. *Kinesither Rev* 2010;10:50–2. [https://doi.org/10.1016/S1779-0123\(10\)74803-8](https://doi.org/10.1016/S1779-0123(10)74803-8).

[12] Baribeau C, Royer C. L'entretien individuel en recherche qualitative : usages et modes de présentation

dans la Revue des sciences de l'éducation. *Rev Sci Educ* 2013;38:23.

[13] Boué M., Chaput J., Congy J., Mullner P., Wicky L. Chapitre 3. Adopter une démarche éthique tout au long de la recherche qualitative en santé. Collection U; 2023. p. 84–110. [ISBN : 9782200631970].

[14] Zolesio E. Anonymiser les enquêtés. ¿ Interrogations ? *Rev Pluridis Sci Hum Soc* 2011;12:174–183. <https://shs.hal.science/halshs-00739600>.

[15] Sifer-Rivière L. Chapitre 6. Enquêter par entretien : se saisir du discours et de l'expérience des personnes. Les recherches qualitatives en santé. Collection U; 2023. p. 174–194. [ISBN : 9782200631970].

[16] Lystad RP, Brown BT, Swain MS, Engel RM. Service utilisation trends in the manual therapy professions within the Australian private healthcare setting between 2008 and 2017. *Chiropr Man Therap* 2020;28:49. <https://doi.org/10.1186/s12998-020-00338-1>.

[17] L'Hermite P-L. La manipulation en santé 2020:379–93.

[18] Macron A. Masseur-kinésithérapeute non-ostéopathe, tu ne manipuleras point. *Rev Droit Sante* 89 2019:406–9.

[19] World Health Organization. WHO traditional medicine strategy: 2014–2023. Geneva: World Health Organization; 2013.

[20] Hoenders R, Ghelman R, Portella C, Simmons S, Locke A, Cramer H, et al. A review of the WHO strategy on traditional, complementary, and integrative medicine from the perspective of academic consortia for integrative medicine and health. *Front Med* 2024;11:1395698.

[21] Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson.

WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71–2. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>.

[22] Veras M, Kairy D, Paquet N. What is evidence-based physiotherapy? *Physiother Can* 2016;68:95–6. <https://doi.org/10.3138/ptc.68.2.GEE>.

[23] Gonçalves P, Forner C, Colson S. L'impact de l'universitarisation de la formation en masso-kinésithérapie. La professionnalisation comme une stratégie de négociation identitaire des formateurs entre université et IFMK. *Kinesither Rev* 2021;21:12–21. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2020.09.007>.

[24] Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseurkinésithérapeute. 2015.

[25] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Tableau des techniques illusoires signalées au Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. 2022.

[26] Lam MT, Banihashem M, Lam HR, Wan AB, Chow E. Patient experience, satisfaction, perception and expectation of osteopathic manipulative treatment: a systematic review. *Int J Osteop Med* 2019;32:28–43. <https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2019.04.003>.

[27] IFOP. Ostéopathe, notoriété et image de la profession. 2016.

[28] Question écrite no 04800 – 16e législature – sécurisation de la profession d'ostéopathe. 2023.

[29] Miljkovic D. Manipulations cervicales par l'ostéopathe. MACSF.fr 2024. (accessed May 16, 2025) <https://www.macsf.fr/responsabiliteprofessionnelle/actes-de-soins-et-technique-medicale/manipulations-osteopathiques-cervicales-point-medico-legal>.

[30] Hogedez B, Gaudreault N. Les médecines alternatives et complémentaires dans le système Evidence-based medicine. Une étude philosophique de l'ostéopathie. *Ethics Med Public Health* 2019;8:156–66. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2019.02.001>.

[31] Remondière R, Durafourg M-P. Regards sur la kinésithérapie en 2018. *Sante Publique* 2018;30:869–76. <https://doi.org/10.3917/spub.187.0869>.

[32] Clar C, Tsertsvadze A, Court R, Hundt GL, Clarke A, Sutcliffe P. Clinical effectiveness of manual therapy for the management of musculoskeletal and non-musculoskeletal conditions: systematic review and update of UK evidence report. *Chiropr Man Therap* 2014;22:12. <https://doi.org/10.1186/2045-709X-22-12>.

[33] Keter DL, Bialosky JE, Brochetti K, Courtney CA, Funabashi M, Karas S, et al. The mechanisms of manual therapy: a living review of systematic, narrative, and scoping reviews. *PLoS One* 2025;20:e0319586. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0319586>.

[34] Alvarez G, Núñez-Cortés R, Solà I, Sitjà-Rabert M, Fort-Vanmeerhaeghe A, Fernández C, et al. Sample size, study length, and inadequate controls were the most common self-acknowledged limitations in manual therapy trials: A methodological review. *J Clin Epidemiol* 2021;130:96–106. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.10.018>.

[35] Garric N, Herbland A. Présentation. Nouveaux discours de la santé et soin relationnel. *Lang Soc* 2020;169:15–30. <https://doi.org/10.3917/ls.169.0015>.

[36] Rodríguez-Nogueira Ó, Alba-Pérez E, Álvarez-Álvarez MJ, Moreno-Poyato AR. Physical therapist characteristics and therapeutic relationship process construct factors that improve patient health outcomes in physical therapy: a systematic review. *Physiother Theory Pract* 2025;1–16. <https://doi.org/10.1080/09593985.2025.2469162>. <https://www.tandfonline.com>.

[37] Mougeot M, Naegelen F. La tarification à l'activité : une réforme dénaturée du financement des hôpitaux. *Rev Fr Econ* 2014;3:111–141. doi:10.3917/rfe.143.0111.

[38] Arrêté du 12 juillet 2019 relatif à l'expérimentation ÉQUILIBRES (ÉQUIpes d'Infirmières LIBres REsponsables et Solidaires). n.d.

[39] Truchot D, Mudry A, Ordre des masseurs kinésithérapeutes. Conditions de travail et risques psychosociaux chez les masseurs-kinésithérapeutes libéraux. Une étude nationale. 2019.

[40] Bacon SW, Roe CA. Investigating practitioners' perceptions of the role of spirituality in osteopathic practice using interpretative phenomenological analysis. *Int J Osteop Med* 2018;29:3–9. <https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2018.07.005>.

[41] Inspection générale des affaires sociales. Évaluation de la procédure d'agrément et des capacités d'accueil des établissements de formation en ostéopathie et en chiropraxie et propositions d'évolution. 2022.

[42] Dodier N, Darbon S. Eliot Freidson, La profession médicale. *Sci Soc Sante* 1985;3:129–43.

[43] Rollin J. L'Evidence-Based Practice, l'administration, le professionnel et l'individualisation du soin. *Kinesither Sci* 2019;612:33–39. hal-03205427.

[44] Eymard A. L'indispensable monopole médical ? Thèse en préparation. Université Toulouse Capitole, 2023. [45] Remondière R, Durafourg M-P. L'accès libre à la kinésithérapie : un processus à inventer pour la France. *Sante Publique* 2014;26:669–77. <https://doi.org/10.3917/spub.145.0669>.

- [46] Amé P, Faou YL. L'interprofessionnalité dans les formations en santé, ou comment décroiser les savoirs. *Educ Perman* 2024;241:35–43. <https://doi.org/10.3917/edpe.241.0035>.
- [47] Rojouan B. Inégalités territoriales d'accès aux soins : aux grands maux, les grands remèdes. 2024.
- [48] Pierru F. Un mythe bien fondé : le lobby des professions de santé à l'Assemblée nationale. *Les Tribunes de la santé* 2007;14:73–83. <https://doi.org/10.3917/seve.014.0073>.
- [49] Rollin J. Les kinésithérapeutes et leurs tentatives de mobilités sociales : le cas de la spécialisation sportive. *STAPS : Revue Internationale Des Sciences Du Sport et de l'éducation Physique* 2023.
- [50] Panchout E, Sidoïse C. Pratique avancée en kinésithérapie. Qu'en pensent les kinésithérapeutes ? Analyse de 21 entretiens. *Kinesither Rev* 2024;24:6–14. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2023.12.007>.
- [51] Deslauriers S, Toutant M-E, Lacasse M, Desmeules F, Perreault K. L'intégration des physiothérapeutes dans les services publics de première ligne : un appel à l'action. *Physiother Can* 2017;69:277–9. <https://doi.org/10.3138/ptc.69.4.GEF>.
- [52] Bruant-Bisson A, Laffon P, Marty M. Expérimentation de l'accès direct aux actes de masso-kinésithérapie 2022.
- [53] Ka – représentativité syndicale :
LA FFMKR toujours no 1 n.d. <https://www.kineactu.com/article/9303-representativite-syndicalebr-la-ffmkr-toujours-n-1> (accessed May 16, 2025).
- [54] Parrat E, François H, Courtois C, Yue S, Lutringer-Magnin D, Giroud M. Médecine intégrative. *Rev Mal Respir Actual* 2019;11:444–8. [https://doi.org/10.1016/S1877-1203\(19\)30114-4](https://doi.org/10.1016/S1877-1203(19)30114-4).
- [55] Perez-Roux T, Avenel C. Représentations et formes d'appropriation de la réforme des études en masso-kinésithérapie par les formateurs : regards croisés entre échelles nationale et locale. *Sci Educ* 2020;53:31–56. <https://doi.org/10.3917/lsdle.531.0031>.
- [56] Mintken PE, Rodeghero J, Cleland JA. Manual therapists – have you lost that loving feeling?! *J Man Manip Ther* 2018;26:53–4. <https://doi.org/10.1080/10669817.2018.1447185>.
- [57] Page MJ, Green S, McBain B, Surace SJ, Deitch J, Lyttle N, et al. Manual therapy and exercise for rotator cuff disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;2016:CD012224. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012224>.
- [58] Kirker K, O'Connell M, Bradley L, Torres-Panchame RE, Masaracchio M. Manual therapy and exercise for adhesive capsulitis: a systematic review with meta-analysis. *J Man Manip Ther* 2023;31:311–27. <https://doi.org/10.1080/10669817.2023.2180702>.
- [59] Runge N, Aina A, May S. The benefits of adding manual therapy to exercise therapy for improving pain and function in patients with knee or hip osteoarthritis: a systematic review with metaanalysis. *J Orthop Sports Phys Ther* 2022;52:[675-A13]. <https://doi.org/10.2519/jospt.2022.11062>. [60] Rousseau C. Pratique factuelle en kinésithérapie : garantie des meilleurs soins ou chimère ? *Kinesither Rev* 2023;23:87. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2022.12.152>.
- [61] Hammond R, Cross V, Moore A. The construction of professional identity by physiotherapists: a qualitative study. *Physiotherapy* 2016;102:71–7. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2015.04.002>.
- [62] Phillips AR. Professional identity in osteopathy: a scoping review of peer-reviewed primary osteopathic research. *Int J Osteop Med* 2022;45:25–37. <https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2022.06.005>.

PLEIN LE DOS

Cet ouvrage est le fruit d'années d'expérience auprès des patients en tant que kinésithérapeute, mais aussi de nombreuses interventions auprès des professionnels comme formatrice. Il se veut précis, détaillé et minutieux, permettant une compréhension approfondie de cette pathologie et une mise en pratique rapide et efficace au cabinet. Dans la première partie, l'auteur introduit de manière globale et générale, les différents éléments de la scoliose, en présentant toutes les formes possibles de scolioses que l'on peut rencontrer dans la pratique clinique quotidienne, en fournissant tous les différents éléments de diagnostic et d'évaluation, importants et fondamentaux pour définir une bonne stratégie de physio-kinésithérapie.

La deuxième partie de l'ouvrage, est dédiée plus largement et de manière plus détaillée, à la pratique, à la technique et à la thérapeutique. L'auteur décrit en détail toutes les manoeuvres, les gestes thérapeutiques, les différents exercices, qui doivent être réalisés selon le cas clinique et le type de scoliose en cause, avec une vision globale de l'anatomie fonctionnelle et posturale. Ce livre concerne aussi bien les professionnels débutant dans ce domaine, que ceux qui, même s'ils sont aux prises avec cette pathologie depuis plusieurs années, ont besoin de comparer et d'enrichir leur bagage d'expériences.

La Thérapie Globale de la Scoliose à la portée de tous. Diagnostic et traitement de la scoliose pour les thérapeutes et les patients et les mouvements à éviter, par Christl Aubry Brükner, éditions Sauramps Medical, 49 €.



LES FRACTURES OSSEUSES EXPLIQUÉES AUX ENFANTS

La thérapie manuelle orthopédique Les fractures sont fréquentes chez les enfants, qu'il s'agisse de chutes, d'accidents de sport ou de jeux. Elles impressionnent souvent l'enfant et sa famille et demandent une prise en charge adaptée. Selon les cas, le traitement peut aller d'une simple immobilisation à une intervention chirurgicale avec ostéosynthèse (pose de vis, plaques, broches). Grâce à de nombreuses illustrations et à un langage simple, cette fiche répond aux principales questions des enfants :

- Qu'est-ce qu'une fracture ?
- Comment se passe la prise en charge aux urgences ?
- Pourquoi un plâtre, une attelle et parfois une opération sont nécessaires ?
- Que va-t-il se passer si je dois être endormi(e) ?

Trois pages sont dédiées aux parents : conseils pratiques pour la vie quotidienne avec un plâtre ou une attelle, précautions à prendre, signes d'alerte, suivi médical et cicatrice éventuelle.

Cette fiche pourra être utilisée comme support d'échanges entre les professionnels et les familles pour favoriser le partenariat enfants-parents-soignants.

Une information claire et validée médicalement Cette fiche a été initiée par et co-créée avec l'association Achile, et relue par de nombreux professionnels et parents. Cela garantit aux familles des informations fiables, rassurantes et validées médicalement.

Les Fractures ; édité par l'association Sparadra (www.sparadrap.org) ; 7,50 €



BIOMÉCANIQUE FONCTIONNELLE (2^E ÉDITION)

Abordée dès la première année d'apprentissage de la kinésithérapie la biomécanique constitue le socle fondamental que tout étudiant doit assimiler et comprendre.

Ce manuel de référence tenant compte de l'ensemble du programme de biomécanique des études de kinésithérapie et d'ostéopathie met l'accent sur la compréhension et la finalité du savoir dans un domaine rarement abordé sous cet angle. Sa conception pédagogique facilite l'acquisition des connaissances. L'ouvrage traite l'ensemble de l'appareil musculo-squelettique du corps humain : membre inférieur membre supérieur tronc cou tête. La structure des chapitres permet une mémorisation facile grâce à une base de réflexion pragmatique. Chaque région est ainsi étudiée suivant le même plan : base de réflexion rappels anatomiques mobilités statique dynamique contraintes. Plus de 1000 figures aident à la compréhension des comportements de structures souvent complexes. Cette deuxième édition mise à jour précise et enrichit l'étude de la mécanique appliquée à l'analyse du corps dans ses aspects statiques et dynamiques tout en conservant la spécificité de l'ouvrage qui met en exergue les finalités fonctionnelles du mouvement. Enfin la maquette tout en couleurs met en valeur la structure du texte et l'enchaînement de la réflexion biomécanique.

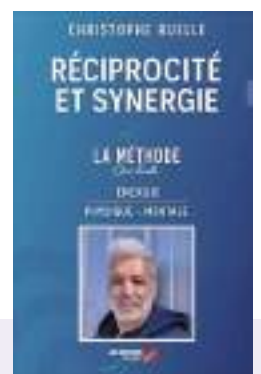
Biomécanique fonctionnelle : Membres - Tête - Tronc, par Michel Dufour, Karine Langlois, Michel Pilu et Santiago Del Valle Acedo ; Editions Elsevier ; 63 €



LE CORPS ET LE MENTAL

Vous éprouvez le besoin de retrouver une bonne dynamique qui fasse sens pour vivre en harmonie avec vos valeurs et votre personnalité ? Cette approche est conçue pour réactiver l'énergie sur le plan physique et mental. Transformez votre quotidien en optant pour une nouvelle vision, bâtissez selon vos forces mais surtout croyez en vous pour vous réaliser et réussir. La méthode de Christophe Ruelle est fondée sur un principe de réciprocité entre le corps et l'esprit, et s'articule autour de trois piliers : Respirer ; pour s'oxygéner, clarifier les pensées et réguler le stress. Penser ; en se familiarisant avec la préparation mentale pour capitaliser sur soi et retrouver force et sérénité. Agir ; vos compétences sont grandes, activez vos capacités et créez une nouvelle dynamique ! « respirer, penser et agir » C'est la philosophie de cet ouvrage.

Réciprocité et synergie : Méthode ChrisRuelle, par Christophe Ruelle ; les Editions du Net, 15 €.





De salle médicale



CONFIGUREZ VOTRE TABLE EN 3D

Une Table pour chaque soin,
Un Confort pour chaque patient.



Paramètres du cabinet



PLUS DE 50 MODELES DE TABLES



www.francofils.com



FRANCO & FILS

CONCEPTION - FABRICATION
DE MATÉRIEL MÉDICAL ET PARA-MÉDICAL

760 AVENUE DE PARIS

58320 POUQUES-LES-EAUX

Tél: 03.86.68.83.22 - info@francofils.com

L'ÉVÈNEMENT DES PROFESSIONNELS DE LA RÉÉDUCATION

Réeduca

SAVE THE DATE

17-19 SEPT. 2026

PARIS EXPO - PORTE DE VERSAILLES

Built by
RX In the business of
building businesses

Le blog
Réeduca



salonreduca.com