

Kinéscope

La lettre & L'Esprit du CNKS

Une publication du Collège National de la Kinésithérapie Salariée

n° 15

jan. 2022

KINESITHERAPIE : L'HEURE DES CHOIX

Kinésithérapie salariée et...

Recherche

Médico-Social



www.cnks.org



contact.cnks@gmail.com

cnks Collège National de la
Kinésithérapie Salariée
Association des Kinésithérapeutes et Cadres Kinésithérapeutes
Vecteur d'idées & lien des kinésithérapeutes salariés

Apostille

" Apprendre d'hier,
vivre pour
aujourd'hui,
espérer
pour demain "

Albert Einstein.

SOMMAIRE

- Périscope p.2
- Vœux p.3
- Pétition p.4
- Adhésion p.5
- Certification p.6 à p.9
- Secteur Médico-social p.10 à 14
- L'actu réglementation p.15 à 17
- La Carrière Curriculaire p.18 à 21
- L'essentiel : les maux des mots p.22 à 25
- Recherche et MK Salariée p.26 à 28
- Vie Associative Evènements Agenda p.29 à 34

Directeur de publication :
Pierre-Henri Haller

Rédacteurs en chef :
Yves Cottret & Olivier Saltarelli

Comité de rédaction :
Valérie Corre, Christophe Dinet,
Andrée Gibelin, Véronique Grattard,
Julien Grouès, Valérie Martel

Photos et images libres de droit

Périscope

MK SALARIE-E-S : A l'heure des choix, mieux connaître ses implications pour s'engager plus.

Notre Profession de Masseur Kinésithérapeute est riche de son expérience, de sa diversité d'exercices libéral et salarié, des domaines dans lesquels elle trouve sa place, de sa progression scientifique, de son engagement voire de son implication au sein du monde de la santé et au service des citoyens.

La Profession est aussi et peut être surtout riche de ses professionnels, de ses cadres, de ses enseignants chercheurs et de ses cliniciens chercheurs ; elle aussi riche du dynamisme des diverses organisations associatives, étudiante, ordinale, syndicales, riche de leur diversité de courants de pensées, d'héritages, de priorités et de projets, riche d'altérité et de diversité, riche de leur engagement voire de leur implication.

L'engagement traduit dans tous les cas, et de façon générique, le fait de concourir à une œuvre ; il est cependant lui aussi très protéiforme selon le sujet auquel on l'applique (militaire, travail, mariage ...).

L'engagement nécessite la cohérence, la réciprocité, l'appropriation, et la transparence. Être engagé dans une entreprise c'est littéralement être embauché, officialiser formellement le lien. **« On rejoint une entreprise... »**

L'implication qui « engendre » la satisfaction, est pour sa part composée de satisfaction professionnelle affective, cognitive, conative, de règles et conditions de travail, et de perspectives d'évolution. Être impliqué c'est se sentir concerné, être partie prenante. Ces perspectives et cet accompagnement peuvent être soutenus par les pairs et facilités par l'encadrement. L'écart entre l'engagement et l'implication peut être source déceptive **... on quitte un manager »**. Ainsi « être impliqué » dans une affaire de justice signifie avoir joué un rôle important et en porter une responsabilité.

Jacques Ardoïno rappelle le sens profond de l'implication par l'étymologie : In Plicare c'est être « plié dedans ». C'est ne pas être « indifférent » à ce que nous faisons, cela signifie être « affectés » et s'inscrire dans une étroite relation parfois à son insu. Pour Ardoïno l'implication procéderait d'une manière d'être plus subie que choisie.

... / ...

L'engagement se nourrit de l'implication, et l'implication parle de nos valeurs implicites ; l'implication s'explicité pour mieux saisir ses en-jeux et permettent un engagement ajusté.

Engagement et Implication combinés engendrent « l'attachement professionnel ». Nombre de collègues rencontré-e-s, écouté-e-s et lu-e-s dans les enquêtes CNKS témoignent que « ce n'est pas facile tous les jours », et que « nous ne sommes pas bien reconnus ». Pour autant nombreux parlent de leur fort attachement professionnel par « l'intérêt du travail en équipe interprofessionnelle » et au « sentiment d'utilité dans la prise en charge ou prise en soins de personnes dans une phase aiguë des pathologies » qui les affectent. En cela l'engagement et l'implication des kinésithérapeutes salarié-e-s, de la FPH, de la FEHAP, de l'UNCANSS, du Médico-Social sont manifestes et incontestables.

Mais pour autant sont-ils perceptibles, audibles, lisibles et visibles ?

Les salarié-e-s sont ils/elles suffisamment représenté-e-s, engagé-e-s et impliqué-e-s au sein de structures associatives, ordinales, syndicales ?

Chacun-e a ses raisons, d'y être ou pas, respectables dans tous les cas.

Mais être reconnu nécessite d'être connu ; être connu nécessite de se faire connaîtreEt dans tous les cas - si vous pensez utile, nécessaire voire indispensable - de vous engager et de vous impliquer soyez bienvenu-e-s dans ces structures...et pourquoi pas au sein du CNKS pour accompagner et développer son projet associatif de défense et promotion de l'exercice salarié et des MKS salarié-e-s.

2022, année charnière politiquement. 2022, sera aussi une année charnière pour l'évolution du monde de la santé, ses dispositifs et ses professions.

2022, sera donc aussi pour la **kinésithérapie salariée l'heure des choix** et donc pour les MKs Salarié-e-s le moment de faire entendre leurs voix.

Pierre Henri Haller
Président



Pierre Henri HALLER, Président,
et le Conseil d'Administration du CNKS

vous adressent à l'occasion de cette nouvelle année,
que le monde espère placée sous l'espoir et la résilience,
leurs souhaits de réussite, de bonheur et de santé

Le 1er Ministre a annoncé le 28/12/2021 une prime mensuelle de 100 € nets pour les IDE des services de soins critiques et de réanimation.

Et même si cela est jugé, et s'avère de fait, insuffisant il y a aussi en plus une discrimination intolérable - en la réservant aux seuls infirmiers - au sein même de ces services.



Tout comme on peut déplorer que les personnels ayant aussi des technicités mises à l'épreuve par la crise et aggravant les difficultés de recrutement et d'attractivité ne soient pas concernés.

Il y avait eu la Prime Veil ... il y aura la Prime Castex !

Alors que d'autres primes liées à des conditions spécifiques, comme (par exemple la prime « indemnité pour travaux dangereux, incommodes, insalubres ou salissants Décret n°67-624 et Arrêté du 18 mars 1981) ne font pas de distinguo ni de discrimination !

Le CNKS, a décidé de DÉNONCER CETTE SÉGRÉGATION INADMISSIBLE ainsi faite aux autres professions de santé. Quel dommage d'oublier/négliger tous les autres acteurs de l'équipe interprofessionnelle de réanimation : aides-soignants, diététiciens, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, manip radio, orthophonistes, ...

Participez & Signez la pétition  (clic + ctrl)

fr.surveymonkey.com/r/FW8GNH8

et transmettez ce lien à **tous vos contacts**

CERTIFICATION PERIODIQUE un « nouveau sujet / dossier »

- présenté aux JNKS2021, brièvement rapporté dans KINESCOPE 13 p.6 & 7,
- dont ce n°15 vous rappelle les bases législatives (**cf. pages 8 à 9**)
- un sujet qui a généré la mise en place d'un nouveau GT au sein du CNKS ;
- un sujet qui doit intéresser tou-te-s les professionnel-le-s de santé.

Les dispositifs d'accompagnement se préparent ...MKs salariés, comme les MKs libéraux, seront concerné-e-s. Participer à la préparation du dispositif c'est prendre part et faire partie... C'est important pour y apporter les éventuelles spécificités de l'exercice salarial. C'est dans cet esprit que le CNKS a plaisir à relayer l'information transmise par Michel Gedda, Chef de Projet, Service des Bonnes Pratiques, HAS www.has-sante.fr

Appel à candidature pour des missions de chargés de projet pour participer à l'élaboration de méthodes et référentiels pour la certification périodique et le DPC des professionnels de santé.

Clôture de l'appel le 30 janvier 2022 - APPEL À CANDIDATURE Mis en ligne le 01 déc. 2021

Retrouvez sur le site de l'HAS l'annonce d'appel à candidature https://www.has-sante.fr/cms/p_3302506/fr/appel-a-candidature-pour-des-missions-de-charge-e-de-projet-pour-participer-a-l-elaboration-de-methodes-et-referentiels-pour-la-certification-periodique-et-le-dpc-des-professionnels-de-sante

Le service des bonnes pratiques de la HAS recherche des chargés de projet pour participer à l'élaboration de méthodes et référentiels pour la certification périodique, prioritairement et pour le DPC des professionnels de santé. **Il s'agit de vacations, les personnes intéressées peuvent donc être déjà employées par ailleurs à temps partiel ou à temps plein** (à condition dans ce dernier cas de pouvoir dégager du temps pour le projet) ; **ou encore sans emploi** (mais la mission ne vous assurera pas l'équivalent d'un salaire régulier).

Mission

La mission concerne prioritairement les travaux de la HAS liés à la Certification périodique pour les professionnels de santé ([Ordonnance du 19 juillet 2021](#)) pour 7 professions (médecin, de chirurgien-dentiste, de sage-femme, de pharmacien, d'infirmier, de masseur-kinésithérapeute et de pédicure-podologue), mais aussi les travaux relatifs au DPC (27 professions concernées ; [Art. R. 4021-1 à Art. R. 4021-25 du Code de la Santé Publique](#)).

La mission consistera principalement en l'analyse critique de la littérature médicale et scientifique, à la synthèse des données en vue de la rédaction d'un argumentaire scientifique sur lequel se fondera la HAS pour élaborer une méthode d'élaboration de ces référentiels ou ses avis sur les référentiels, ou les méthodes DPC.

Le chargé de projet participe aux réunions du groupe de travail avec les experts (3-4 réunions à Paris et/ou en distanciel).

Le chargé de projet, avec le chef de projet participe à la rédaction des documents et avis de la HAS en rédigeant des textes préparatoires et en synthétisant les propositions faites au cours des réunions par les membres du groupe de travail.

La mission de chargé de projet s'effectue en étroite collaboration avec le chef de projet de la HAS.

Enfin, ce travail pourra permettre au chargé de projet d'envisager des publications scientifiques à l'issue de la mission.

La recherche bibliographique, la commande et l'envoi des articles sont effectués par le service documentation de la HAS, en collaboration avec le chef de projet et le chargé de projet.

Une formation d'une journée est prévue au siège de la HAS pour présenter la méthode de travail et de la recherche bibliographique.

Profil

Formation scientifique, professionnel de santé (médecin, pharmacien, chirurgien-dentiste, sage-femme, pharmacien, infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue.)

Une expérience en formation, en construction de référentiels métiers ou compétences serait un plus.

Et, il est indispensable d'avoir un minimum de connaissance de l'analyse critique de la littérature scientifique (en langue française et anglaise).

NB : les statuts suivants ne sont pas compatibles avec le paiement de vacations et ne sont donc pas éligibles pour être Chargé de projet :

- internes en médecine
- internes en pharmacie

Rémunération

La rémunération prévue est de 50 à 100 vacations (90 euros brut l'unité), soit **4500 à 9000 euros bruts** au total pour une mission en fonction de l'importance du travail réalisé.

Tous les frais de déplacement éventuels sont pris en charge par la HAS.

Dates de la mission

Le calendrier envisagé pour les premiers travaux est le suivant :

- Revue de littérature : Janvier 2022 – Avril 2022
- Réunions du groupe de travail : Mars 2022 à Octobre 2022

D'autres travaux seront programmés dans le temps, s'agissant de missions pérennes de la HAS.

Indépendance et déclaration d'intérêts

Afin de garantir l'indépendance des travaux de la HAS, les experts qui collaborent aux travaux de la HAS ne peuvent traiter une question dans laquelle ils auraient un lien d'intérêt direct ou indirect.

Le candidat **devra donc remplir une déclaration d'intérêts mentionnant ses liens directs et indirects** avec les entreprises ou établissements dont les produits (tests biologiques, médicaments ou dispositifs médicaux) entrent dans le champ de compétence de la HAS ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans ces secteurs.

Si le candidat est retenu par la HAS pour être chargé de projet, cette déclaration d'intérêts sera publiée sur le site internet de la HAS avant la première réunion du groupe.

Personne à contacter

Pour toute question sur ce projet et si vous êtes intéressés, vous pouvez contacter directement la responsable de l'unité :

Dr Marie-José MOQUET : [mj.moquet\[at\]has-sante.fr](mailto:mj.moquet[at]has-sante.fr)

Modalités de candidature

Envoyez votre CV et la liste de vos publications ou communications, par mail à la responsable de l'unité, en précisant vos disponibilités et éventuellement votre domaine d'expertise en santé si cela n'apparaît pas dans le CV.

CERTIFICATION PERIODIQUE : c'est quoi et quand ?

C'est l'Ordonnance n° 2021-961 du 19 juillet 2021 qui crée l'obligation de certification périodique pour 7 professions de santé : **médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, pharmacien, infirmier, masseur-kinésithérapeute et pédicure-podologue**, à compter du 1er janvier 2023 prise en application de l'Article 5 de la Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

Pour les salariés comment s'assurer que le référentiel national périodique pourra le cas échéant se caler avec des actions choisies en lien avec l'employeur ?

Elle modifie le code de la santé publique

- en remplaçant le titre II du livre préliminaire de la quatrième partie consacré au DPC par «Développement professionnel continu et certification périodique des professionnels de santé»
- en ajoutant un chapitre II relatif à la «Certification périodique des professionnels de santé».

La procédure de certification périodique des professionnels de santé a pour objectifs de garantir

- le maintien des compétences
- la qualité des pratiques professionnelles
- l'actualisation et le niveau des connaissances.

La (re)certification doit intervenir tous les six ans et comporte l'obligation pour chaque professionnel d'avoir réalisé un programme minimal d'actions visant à

- actualiser ses connaissances et ses compétences
- renforcer la qualité de ses pratiques professionnelles
- améliorer la relation avec ses patients
- mieux prendre en compte sa santé personnelle.

Les actions de certification sont librement choisies par le professionnel de santé, **le cas échéant en lien avec son employeur**, parmi une liste figurant dans un référentiel national de certification périodique.

Un Décret en Conseil d'Etat devra définir :

- les conditions d'exonération (totale ou partielle) de l'obligation pour les professionnels n'exerçant pas leur activité directement auprès de patients (obligations spécifiques)
- les conditions et modalités de détermination, de réalisation et de prise en compte d'actions pour satisfaire à cette obligation
- les règles de computation de la période de six ans.

Pour les salariés
quelles modalités
et liens de
transmission
entre le salarié
l'employeur et
l'ordre
professionnel ?

Les actions réalisées au titre du développement professionnel continu (DPC), de la formation continue et de l'accréditation sont prises en compte au titre du respect de l'obligation de certification périodique.

La composition et les modalités de fonctionnement du conseil national de la certification périodique seront fixées par décret. Ce dernier doit définir la stratégie, le déploiement et la promotion de la certification périodique

- fixer les orientations scientifiques de la certification périodique et émet des avis qui sont rendus publics
- veiller à ce que les acteurs intervenant dans la procédure de certification périodique soient indépendants de tout lien d'intérêt
- veiller à ce que les actions prises en compte au titre de la certification répondent aux critères d'objectivité des connaissances professionnelles, scientifiques et universitaires et aux règles déontologiques des professions concernées.

Il est présidé par une personnalité qualifiée désignée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur.

Des **référentiels** de certification périodique définissent les actions, par profession ou spécialité.

Le **contrôle** du respect de l'obligation de certification périodique est confié aux ordres professionnels.

Ne pas satisfaire à l'obligation de certification constitue une faute susceptible d'entraîner une sanction disciplinaire.

Les actions réalisées sont retracées dans un **compte individuel**. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application des conditions et modalités de création, d'utilisation, d'accès et de consultation des comptes individuels ; des modalités de financement du dispositif ; des adaptations aux spécificités des professionnels de santé relevant des dispositions de l'article L. 4138-2 du code de la défense.

De façon **dérogatoire** les professionnels de santé **en exercice au 1er janvier 2023** disposent d'un délai de **neuf ans** pour justifier la réalisation des actions requises au titre de l'obligation de certification professionnelle périodique

L *e monde de la santé* **'ESSENTIEL**

Secteur Médico-Social & Kinésithérapie Salariée

Si le métier de Kinésithérapeute salarié dans le secteur des établissements hospitaliers et celui des établissements SSR connu - et parfois reconnu - il existe aussi dans un secteur moins visible qui mérite d'être mis en exergue : le secteur médico-social.

C'est ce qu'a décidé de faire le CNKS, au travers des colonnes de cette rubrique « **L'ESSENTIEL** - *Le monde de la Santé* » de KINESCOPE, qui entend ainsi témoigner de l'engagement - utile, nécessaire, indispensable - des professionnels de santé au rang desquels les Kinésithérapeutes salarié-e-s qui y travaillent ; ... gisement potentiel d'emplois salariés pour les MKs désireux de travail en équipe autour et pour les personnes en situation de handicap.

Être professionnel de santé est plus qu'une simple vocation, que le sacro-saint sacerdoce attendu par les uns, inéluctable pour les autres... c'est une démarche, un projet... empreint d'altruisme, d'empathie, de service. Quel que soit le mode d'exercice, quelles que soient les contraintes inhérentes aux cadres législatifs, réglementaires, administratifs, financiers, ces valeurs qui étayent l'activité de "prendre soin" sont constantes. Pour autant les critères et autres indices de performance et de crédibilité sont comme dans tout type d'emploi ceux qui doivent guider la quête d'une saine gestion, d'une bonne adéquation des ressources aux besoins, pour garantir efficience, rentabilité et qualité. Trop longtemps divisés, affrontés, les mondes de la santé et du social, les mondes libéral et salarié, sont à l'aube de ce siècle en pleine recomposition, en voie de ré-articulation, de coopération... pour mieux répondre à la commande sociale. L'exercice salarié de la kinésithérapie y a sa place tout au long de la vie des professionnels et des patients.

Retrouvez « *L'essentiel & L'utile* » compendium sur le monde de la santé et de la kinésithérapie salariée version 2008
- en cours de réédition actualisée, édition prévue pour septembre 2022 - sur www.cnks.org

Le monde de la santé & de l'action sociale en France : offre de soins et d'accompagnement très diversifiée !

L'ensemble du système est financé soit par la sécurité sociale soit par des budgets territoriaux ... complété par les mutuelles ou les assurances privées ... et le reste à charge par les bénéficiaires.

Dans ce monde gravitent et exercent des professionnels de la sante, des professionnels de santé et d'action sociale :

- professions médicales médecins, pharmaciens, chirurgiens dentistes, sage femmes
- professions paramédicales
 - Infirmiers et infirmiers spécialisés
 - médicot techniques (manipulateurs en électroradiologie, techniciens d'analyses biomédicale, préparateurs en pharmacie)
 - rééducateurs (ergothérapeutes, diététiciens, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, podologues, psychomotriciens)
- professions du travail social : éducateurs, assistantes sociales, conseillers en économie sociale et familiale
- professions techniques et administratives

Dans ce monde on distingue des modes d'activités
et des structures pour les professionnels de santé

- un secteur d'activité libéral en cabinet - seul ou en groupe
- un secteur d'activité salarié en établissements de santé et en établissements médico-sociaux

Le système de santé et médico-social est composé :

- de structures de ville - dites aussi ambulatoires - au sein desquelles des professionnels libéraux et salariés exercent à titre individuel en cabinet, ou en groupe ou de manière coordonnée en maison ou centre de santé : médecins généralistes et spécialistes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes ...
- d'établissements hospitaliers avec 3 grandes catégories :
 - les hôpitaux publics (FPH)
 - les cliniques privées à but lucratif (FHP)
 - et les établissements privés d'intérêt collectif (ESPIC) comme par exemple les hôpitaux privés, les centres de lutte contre le cancer ou de dialyse)
- Dans les établissements hospitaliers on y trouve des soins généraux (MCO) et/ou plus spécialisés (psychiatrie et rééducation) mais aussi médecine d'urgence avec des services d'aide médicale urgente (SAMU) pour la régulation et des services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR).

- d'établissements médico-sociaux : établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et structures pour personnes handicapées. Leur mission est d'accompagner les publics en situation de précarité, d'exclusion, de handicap ou de dépendance.

Des alternatives à l'hospitalisation classique ou à l'hébergement traditionnel se développent :

- la **chirurgie ambulatoire**
- la **télémédecine**
- l'**hospitalisation à domicile (HAD)**
- les **services de soins infirmiers à domicile**
- l'**accueil temporaire** en EHPAD

Des structures spécialisées accueillent de manière adaptée certains patients ou résidents : les unités neuro-vasculaires (UNV), les consultations et centres spécialisés douleur, les centres spécialisés et intégrés pour les patients obèses, les centres de référence et de compétences pour les patients malades rares, les centres mémoire de ressource et de recherche (CM2R), les consultations mémoire, les unités cognitivo-comportementales (UCC), les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), les pôles d'activité et de soins adaptés (PASA), les unités d'hébergement renforcé (UHR), les maisons départementales pour personnes handicapées (MDPH), les centres locaux d'information et de coordination gériatrique (CLIC), les maisons départementales de l'autonomie (MDA), les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ...

Le secteur médico-social en quelques chiffres

C'est un ensemble de 30.000 services et établissements :

- avec près de 610.000 places pour personnes âgées et dépendantes dans environ 7400 EPHAD
- et près de 500.00 places (dont 160.000 pour enfants) pour les personnes en situation de handicap au sein de 11 250 établissements et services.

Historiquement ces établissements étaient refermés sur eux-mêmes. Aujourd'hui une politique d'inclusion sociale tend à la création de plateformes de services par la mise en place de services coordonnés avec les acteurs du territoire.

180 millions d'euros : C'est la somme investie pour l'accompagnement médico-social sur la période 2017-2021.

89 % des places pour personnes handicapées dans des établissements sont de statut privé à but non lucratif, 10 % de statut public et moins de 1 % de statut privé.

Sources : DRESS, Panorama statistique Jeunesse Sports Cohésion sociale 2017. FINESS, décembre 2017. ARS, L'organisation de l'offre médico-sociale - Les chiffres de l'accompagnement médico-social www.ars.sante.fr. CNSA, Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie en 2018.

Secteur Médico-Social & Kinésithérapie Salariée

Au-delà d'un rapide zoom sur le secteur médico-social au sein du dispositif de santé et d'action sociale en France KINESCOPE entend produire le témoignage de collègues ayant choisi de s'investir dans ce secteur.

Maxime Kosmala,
MKDE depuis 8 ans, après une première expérience d'exercice en libéral nous rapporte pourquoi et pour quoi il est récemment devenu salarié au sein d'un IEM dans les Hauts de France.

KINESCOPE : Quel est votre parcours depuis votre DE ?

M.K. : « Je suis diplômé depuis 2013. J'ai d'abord enchaîné les remplacements puis me suis essayé à l'assistantat. En parallèle, je me suis beaucoup formé. Un peu de thérapie manuel, de neurologie, méthode McKenzie. Beaucoup sur l'épaule et la prise en charge de la douleur, ce qui m'a permis de « découvrir » la pratique basée sur les preuves (EBP), puis à l'hypnose thérapeutique, qui m'a permis de travailler une vraie capacité d'écoute.

C'est en 2016 que l'on m'a proposé de remplacer un collègue sur le départ dans un IEM, proche du cabinet.

Ne trouvant pas de kinésithérapeute voulant être embauché, cet établissement faisait appel à des libéraux qui venaient faire leurs séances sur place. Ayant peu d'expérience, mais avec enthousiasme, je me suis mis à faire comme eux. Puis j'ai commencé à me rendre compte que l'ambiance et la qualité de travail étaient fait pour moi ».

KINESCOPE : Comment en êtes-vous venu à exercer la Kinésithérapie au sein d'un IEM (Institut d'Education Motrice) ?

M.K. : « En sortant diplômé de l'IFMK, je me souviens m'être dit que l'exercice en salariat n'était pas pour moi. Comme environ 80% de mes confrères, j'étais attiré par les sirènes du libéral.

C'était sans compter la découverte de l'IEM où je travaille actuellement. Malgré les stages, je n'avais pas trouvé cette dynamique, cette ambiance qui m'ont poussé à devenir salarié.

J'y ai découvert un travail en équipe, un dialogue entre professionnels qui se complètent. Ce genre de dialogue est difficile à reproduire en libéral.

Et j'ai pris goût à me surpasser pour les jeunes de la structure ; j'ai appris à remettre en doute mes idées préconçues et mes certitudes, à essayer de trouver comment aider les patients aux mieux, à avoir du temps pour chercher comment, à travers la littérature et la découverte d'autres professionnels, notamment via les réseaux sociaux.

KINESCOPE : Et pourquoi - et pour quoi - avez-vous in fine adopté le salariat ?

M.K. : « Lors de l'année 2020, je me suis mis à travailler de plus en plus pour eux. Puis avec la crise du Covid-19, à faire les prises en charge à domicile. Les choses ont fait que je ne travaillais plus que pour eux.

Et j'ai sauté le pas.

En plus du fait d'assurer les prises en charge complexes, la fonction en salariat m'a donné le temps de plus et de mieux m'intéresser aux enfants de la structure ; découvrir leurs caractères, les envies, leurs buts ... des éléments qui sont venus s'associer aux pathologies qui les définissaient. Il m'a donc fallu l'aide de la psychologue et de la psychomotricienne.

Mais aussi cela m'a donné l'occasion de découvrir leurs difficultés dans les activités de la vie quotidienne, donc faire appel à l'aide de l'ergothérapeute. L'éducateur en activités physique adapté est aussi une aide précieuse pour motiver les jeunes dans la motricité.

C'est cette dynamique de prise en charge intégrative et l'aide des collègues qui m'ont donné l'envie de mieux suivre les enfants, de porter et de m'investir pleinement dans des projets pour et avec eux.

« ... C'est cette dynamique de prise en charge intégrative et l'aide des collègues qui m'ont donné l'envie de mieux suivre les enfants, de porter et de m'investir pleinement dans des projets pour et avec eux. ... »

KINESCOPE : une intégration facile ?

« C'était même dans la fiche de poste. Il m'a fallu :

- développer les compétences nécessaires pour leurs bilans,
- apprendre les scores et leurs utilités,
- aller chercher les informations sur leurs pathologies et les recommandations,
- mettre en place les recommandations, en discuter avec les médecins, avec les équipes.

Cette année, l'équipe éducative a, par exemple, mis en place les projets d'équithérapie et de balnéothérapie. Certains enfants auront la chance d'en profiter.

Toutes ces choses qu'en libéral, je n'avais pas le temps de faire, mais qui facilitent tellement les séances, qui leurs donnent du sens, qui améliorent la prise en soin. Cela permet aussi de contrebalancer les difficultés humaines et matérielles que l'on peut rencontrer ».

KINESCOPE : Fort de cette expérience, un dernier message pour les étudiants et jeunes diplômés ... voire les confrères ?

« Le secteur médico-social peut faire peur, mais il est riche en enseignements. Il m'a permis un véritable dépassement de soi. Il permet de véritablement faire ses preuves après d'un public qui en a besoin.

A travers cette article, j'aimerais vous transmettre cette passion qui m'anime, qui devrait nous animer lors de toutes prises en soin ; j'aimerais que les étudiants et jeunes diplômés puissent sentir que dans l'exercice salarial, on peut être épanoui. Et que, même si les salaires mériteraient d'être revalorisés, le secteur médico-social a tant à offrir ».

L'ACTU réglementation L'ESSENTIEL



Complémentaire santé : remboursement partiel des cotisations des agents publics ... mais pas tout de suite pour la FPH !

À compter du 1er janvier 2022, les agents de la **Fonction Publique d'État (FPE)** bénéficieront d'un forfait mensuel de 15 € en remboursement d'une partie des cotisations de protection sociale complémentaire (cf. décret n° 2021-1164 du 8 septembre 2021 en application de l'Ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021).

Les **salariés de la fonction publique hospitalière et territoriale** - sous certaines conditions - **ne seront concernés qu'à partir du 1^{er} janvier 2026, par cette mesure** de prise en charge partielle de leurs **cotisations** à une complémentaire santé par leur établissement employeur

Temps de travail, périodes de repos et heures supplémentaires des agents hospitaliers : nouvelles règles au 1er décembre 2021

Afin de répondre aux besoins d'attractivité dans la fonction publique hospitalière, le décret n° 2021-**1544** du 30 novembre 2021 permet :

- d'abaisser la durée du repos quotidien de 12 h à 11 h
- d'annualiser le temps de travail par une durée hebdomadaire entre 32 et 40 h
- d'élargir au-delà des « personnels d'encadrement » le bénéfice du forfait jours (208 jours) afin de permettre aux agents de mieux organiser leur temps de travail

d'instaurer un dispositif temporaire d'indemnisation et de surmajoration des heures supplémentaires (lié aux besoins spécifiques de l'établissement en matière d'attractivité, pour les métiers en tension identifiés et déterminés par le chef d'établissement. Ce dispositif de surmajoration a été précisé par un arrêté du 30 novembre 2021).

Par ailleurs ce décret (article 15-1) instaure à compter du 1er décembre 2021 et pour une durée de trois ans, un dispositif de **surmajoration des heures** pour les **fonctionnaires et agents contractuels** de la fonction publique hospitalière **exerçant à temps plein** sur leur demande présentée au chef d'établissement.

Le décret n° 2021-**1545** du 30 novembre 2021 vient par ailleurs modifier le décret du 25 avril 2002 (article 7) relatif aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires et simplifie les modalités de calcul de la rémunération des heures supplémentaires en fixant un coefficient multiplicateur unique (1,26) quel que soit le nombre d'heures supplémentaires réalisées.

« ...l'Etat peut autoriser les masseurs-kinésithérapeutes à exercer leur art sans prescription médicale pour une durée de trois ans, dans six départements ».

Cette mesure - nommée « accès direct » dans le langage courant - a pour objectifs d'améliorer l'accès aux soins des patients et de lutter contre la désertification médicale. Cette mesure fait suite à des dispositifs similaires existant déjà depuis les Lois de 2016 & 2019 sur les protocoles locaux de coopération.

24 décembre 2021

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 1 sur 239

LOIS

LOI n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 (1)

NOR : ECOX2126627L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont délibéré,

L'Assemblée nationale a adopté,

Vu la décision du Conseil constitutionnel n° 2021-832 DC du 16 décembre 2021 ;

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

C'est la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2022 promulguée le 23 décembre 2021 (au JO du 24 décembre) qui en prévoit la possibilité expérimentale au travers de son article 73 ci-dessous intégralement reproduit :

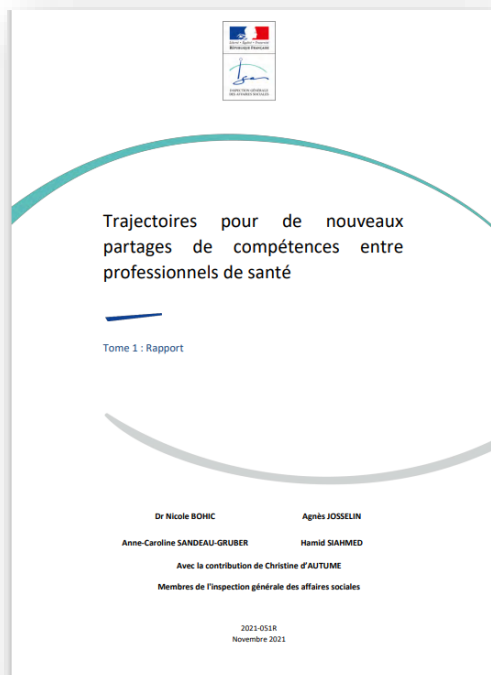
I. - A titre expérimental, dans le cadre des structures d'exercice coordonné mentionnées aux articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 et L. 6323-3 du code de la santé publique, l'Etat peut autoriser les masseurs-kinésithérapeutes à exercer leur art sans prescription médicale pour une durée de trois ans, dans six départements. Un bilan initial et un compte rendu des soins réalisés par le masseur-kinésithérapeute sont adressés au médecin traitant et reportés dans le dossier médical partagé.

II. - Un décret, pris après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Académie nationale de médecine, précise les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation mentionnée au I du présent article, les départements concernés par cette expérimentation ainsi que les conditions d'évaluation de l'expérimentation en vue d'une éventuelle généralisation. Si les avis prévus à la première phrase du présent II n'ont pas été transmis au Gouvernement dans un délai de trois mois à compter de la notification du projet de décret à la Haute Autorité de santé et à l'Académie nationale de médecine, ces avis sont réputés avoir été rendus. Un rapport d'évaluation est réalisé au terme de l'expérimentation et fait l'objet d'une transmission au Parlement par le Gouvernement.

En résumé :

- l'État peut autoriser les kinésithérapeutes à exercer leur art **sans prescription médicale**
- pour une durée de **trois ans** et dans **six départements**,
- un **décret**, précisera les modalités de **mise en œuvre de l'expérimentation** ainsi que les **conditions d'évaluation** de l'expérimentation en vue d'une **éventuelle généralisation**

Le CNKS suivra avec une attention toute particulière cette mise en œuvre, son évaluation et son éventuelle généralisation.



- A PEINE MIS A DISPOSITION EN CE DEBUT JANVIER **CE RAPPORT IGAS SUR LA PRATIQUE AVANCEE - chez nos collègues infirmiers** - SUSCITE BIEN DES REACTIONS ;
- APRES UNE PREMIERE REACTION SUR LES RESEAUX SOCIAUX LE BUREAU ET LE CA DU CNKS EN APPROFONDISSENT D'ORES ET DEJA CE DOCUMENT ;
- LE PROCHAIN **KINESCOPE** EN TRAITERA PLUS AVANT.

La Carrière Curriculaire L'ESSENTIEL

Le CNKS depuis plusieurs années prône une réflexion et une proposition d'évolution et de diversification de carrière : « un curriculaire de carrière ».

Depuis le début des années 2000 alors que se profilait enfin l'accès à la Direction des Soins (projet porté par l'UIPARM au lieu et place de la Directions des Soins Infirmiers) le CNKS évoquait cette curricularité. Quand la réingénierie et l'universitarisation de profilèrent les organisations professionnelles tentèrent d'harmoniser, de mettre en convergence, leurs points de vue. Une démarche qui conduisit jusqu'au livre blanc « Pour une formation professionnelle curriculaire en Masso-Kinésithérapie ».

KINESCOPE en rappelle ici les grandes lignes notamment au travers de l'article « du programme au curriculum », co-signé des présidents du CEFOREK, du CNKS et du SNIFMK, publié dans KINESCOPE n°1 - AU CŒUR DE LA FORMATION - p11 & 12 (2006) et des extraits du Livre Blanc.

Formation curriculaire en kinésithérapie

Contexte général

« Dans un entretien accordé au Quotidien du Médecin le 16 novembre 2005, les ministres de la santé et de l'Enseignement Supérieur annonçaient, de concert, une réforme des études des professions de santé. Cette transformation de la formation des professions de santé devait saisir « l'exceptionnelle opportunité » offerte par le processus de Bologne (L.M.D). Dans un passé proche, les rapports Debouzie (juillet 2003), Matillon (août 2003) et Berland 2 (octobre 2003) envisageaient ou préconisaient déjà une réforme s'inscrivant dans le schéma européen de l'enseignement supérieur.



→ Du programme au curriculum : concepts

Les formations professionnelles, sont de plus en plus souvent rattachées à la notion de curriculum de formation en lieu et place de programmes de formation. Nouveau jargon à la mode ou concept porteur ?

Historiquement, l'éducation nationale s'est attachée à la notion de programmes. De l'école primaire à l'université sont définis des programmes, déclinés à partir du collège en programme par matières. Chaque programme décrit les contenus à enseigner et leur progression. Ces quelques années et plus particulièrement depuis 1980, l'enseignement doit se centrer sur les élèves.

La mise en place de la formation professionnelle s'est développée, en effet, sur la notion de programme des études. Celle des kinésithérapeutes a connu plusieurs programmes des études, jusqu'au dernier (après avoir été décliné à l'enseignement supérieur). Contrairement à cette « approche programme », les pays anglo-saxons ont développé une approche basée sur le curriculum. Comme le note Jean-Claude Forquin (1996), le curriculum recouvre une approche plus globale des phénomènes éducatifs, « une manière de penser l'éducation qui consiste à privilégier la question des contenus et la façon dont ces contenus s'organisent dans des cours ». Le curriculum engage une philosophie globale de l'éducation, selon les objectifs et les finalités visés.

Qu'est-ce qu'un curriculum ? Définitions dans les pays anglo-saxons, les années 1980-1990, elle est plus récente, dans les pays francophones. Le terme est emprunté aux travaux de Philippe Perrenoud [2] Jean-Claude Forquin [1] a été repris par le sociologue genevois Philippe Perrenoud [2] Jean-Claude Forquin [1] le définit comme : « un processus éducatif, un ensemble d'expériences d'apprentissage effectuées par quelqu'un sous le contrôle d'une institution formelle au cours d'une période donnée ». Pour sa part,

Philippe Perrenoud le définit comme étant un « programme d'étude ou de formation organisé dans le cadre d'une institution d'enseignement ou, plus précisément, [un] ensemble cohérent de contenus et de situations d'apprentissage mis en œuvre dans une progression déterminée ». Enfin, Daniel Hamelin le présente comme un « plan d'action pédagogique » [3]. Ces définitions mettent en évidence que l'essence d'un curriculum est plus vaste que celle du programme d'enseignement qui n'a eu, aux contenus à enseigner et à leur progression par niveaux s'ajoutent des situations d'apprentissage, des méthodes pédagogiques, des activités, des moyens et des modalités d'évaluation. Il reflète une vision globale des phénomènes éducatifs, articulant les questions et les expériences de l'enseignement à celle de l'apprentissage.

Les différentes dimensions du curriculum : prescrit, réel et caché

Le concept de curriculum couvre trois dimensions de « programmation » d'un parcours éducatif. (1) le niveau de curriculum réel, prescrit ou formel. (2) les expériences que vit l'apprenant et qui le transforment : c'est le niveau du curriculum réel ou étalé. Les apprentissages qui en résultent. Philippe Perrenoud a également développé (3) la notion de curriculum caché. Ce dernier recouvre différentes dimensions. Un premier lien, une dimension cachée par simple ignorance, pour les formateurs ou pour les étudiants. Elle concerne la survie de certains événements ayant produit, à leur insu, des apprentissages. Chacun se souvient au cours de sa formation de rencontres ayant produit des effets en termes de motivation ou de gain de matériel.

La seconde dimension est issue du flux fonctionnel, autorisant des fluctuations du curriculum réel. Ces derniers peuvent être le fruit de l'autonomie des enseignants, des négociations avec les étudiants, etc. Enfin, le caché peut être un aspect implicite du curriculum réel pour la formation des kinésithérapeutes, le processus de socialisation et d'intégration à un corps social et la naissance du sentiment d'appartenance ont longtemps été implicites.

A l'issue de la « seconde vague » de réunions des cinq groupes de travaux co-pilotés par les conseillers des ministres, un comité de pilotage interministériel devait rédiger, avant début mai, un projet d'arrêté « de cadrage » préliminaire à une nouvelle série de concertations. Les premières applications de la réforme devaient intervenir dès la rentrée 2006. En cette rentrée, après les ambitieuses déclarations d'intentions du gouvernement, malgré les nombreux projets des organisations professionnelles et ceux des instituts, force est de constater que le processus semble arrêté.

Force est de craindre :

- que dans l'incapacité d'aboutir avant les échéances politiques de 2007, le projet de réforme des formations en santé ne devienne de fait un enjeu électoral.
- que les travaux sur l'application de la V.A.E se poursuivent à un rythme soutenu ... pour le seul Diplôme d'Etat d'infirmier. La réforme des études de santé doit être le fruit d'une approche globale, alliant transversalité et spécificité, prévoyant harmonisation et passerelles. L'application de la V.A.E, à l'ensemble des professions de santé, se heurte au caractère réglementé des exercices professionnels... elle s'envisage néanmoins profession par profession, sans réflexion globale ou coordonnée ! Dans ce contexte la V.A.E sera-t-elle un moteur ou un frein pour la réforme de l'ensemble des formations ?

L'intégration des formations paramédicales dans le système L.M.D conduit à une « universitarisation ». Mais de quelle « universitarisation » s'agit-il ? Celle des structures où les instituts deviennent universitaires ? Celle des hommes : les formateurs relèvent de l'université ? ou seulement celle de la formation ? C'est plutôt cette dernière qui dans le contexte global peut encore émerger reposant sur la base d'un cahier des charges, en terme notamment d'écriture des programmes et d'organisation de la formation, qui autoriserait une co-validation des enseignements, par les deux ministères concernés. La nature et les objectifs de formation des professions paramédicales doivent être définis par le ministère en charge de la santé publique et qui es qualité délivre les diplômes d'exercice. Il convient ensuite que l'écriture des programmes et l'organisation de la formation respecte un cahier des charges permettant aux universités de co-délivrer et co-valider la formation.



Préalables à l'élaboration d'un curriculum
L'élaboration d'un curriculum renvoie à la notion de compétences et à la notion de référentiel professionnel. Aussi, celle-ci nécessite au préalable, l'identification d'un champ de savoirs (et savoir-faire) spécifiques à la profession considérée et l'élaboration de la didactique des concepts qui s'y attachent, dans un second temps, la conception du parcours de formation centré sur les étudiants pour être effective.

Références Bibliographiques

Fouquet J.-C. (1994). La zoologie du continent et Grands Océans. *Revue française de zoologie*, vol. 41, 109-122, pp. 111-112. Fouquet J.-C. (1996). *Étude de cultures, littératures*. Du Boeck, Université de l'UTM. Du savoir et des hommes. Contribution à l'étude de l'évolution de l'homme, Paris, Gauthier-Villars, Paris. Pp. 198. Du continent formé.

Le 16 novembre 2005, les ministres de la Santé et de l'Enseignement Supérieur annonçaient, de concert, une réforme des études des professions de santé. Cette réforme devait saisir "l'exceptionnelle opportunité" offerte par le processus de Bologne (LMD). Les différents rapports précédents envisageaient déjà une réforme s'inscrivant dans le schéma européen.

→ Du concept à la réforme
contexte général : aux creux des valeurs

A l'issue de la "seconde vague" de réunions, des cinq groupes de travail, co-présidés par les conseillers des ministres, un comité de pilotage devait rédiger, avant début mai 2006, un projet d'arrêté de cadrage préliminaire à une "troisième vague" de concertations, pour applications dès la rentrée.

Força est de craindre :
que le projet de réforme des formations en santé
soit dépassé, de fait, en cours d'élaboration, par la

travaux sur l'application de la VAE se poursuivent à un rythme soutenu... pour le seul Diplôme d'Etat d'infirmier la VAE, se heurte au même caractère rigide des exercices professionnels. Il faut une approche globale, à la fois transversale et spécifique, prévoyant harmonisation et passerelles.

Le groupe "convergence" a été mis en place en février 2005, en réaction à la volonté de la direction générale de la santé de stopper les expérimentations en cours [21]. IFMHC adhérait au IFMHC par Plisaps ou biologie [...] et revenir aux anciennes modalités du concours qui ne conduisent pas les néoconformistes.

Le groupe "Convergence" s'est mis au travail. Le titre blanc de la formation de Masso-Kinésithérapie élaboré au travers de multiples rencontres, pratiquement finalisé, comprend des propositions de modalités d'admission en IMH, d'organisation des études, de création d'un C.N.E. de répartition on hoaire et d'E.C.T.S d'un programme d'études souple et adaptable et prévoit la nécessaire adaptation des IMH au contexte local/national.

Démarche(s) parallèle(s) : réforme des

études médicales : surf sur vagues ?
Le Pr. Thuilliez, Doyen à Rouen, a remis son rapport sur la réforme des études médicales... élaboré parallèlement aux "vagues paramédicales". Les études médicales passent donc la voie du cursus européen du LMD : premier et second cycles en six semestres de licence et quatre semestres de master, sélection par un concours distinct pour les quatre filières concernées avec la capitalisation d'unités d'enseignements (UE) communes aux quatre formations et un UE spécifiques à chacune d'elles.

Rapports Maitav et Thorne (1997), Chaboussat (2003), et Thuitiez (2006) : depuis 30 ans le flux et le reflux des vagues ne cessent d'effacer les traces de ces ba-

12

Démarche convergente

Le groupe « Convergence » a été mis en place en février 2005, en réaction à la volonté de la Direction Générale de la Santé de stopper les expérimentations en cours (21 I.F.M.K.), permettant l'admission en Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie par l'Université (P1, ...). L'objectif de la DGS était de revenir aux anciennes modalités de concours (Physique-Biologie-Chimie / Programme 1ère et Terminale Scientifique), qui ne satisfait pas les professionnels.

Le groupe « Convergence » s'est mis au travail et a pu proposer au Ministre, dès les premières réunions, les bases d'un livre blanc de la formation en Masso-Kinésithérapie qui présentait déjà les grandes trames de la refonte voulue par les professionnels. Le livre blanc de la formation en Masso-Kinésithérapie s'est mis en place au travers de multiples rencontres, grâce à une volonté d'aboutir des différents partenaires, où chacun a fait les concessions et les efforts nécessaires.

Ce document pratiquement finalisé, après une dernière concertation des différentes instances, comprend des modalités d'admission en I.F.M.K, une organisation des études, la création d'un C.N.E. et une répartition en horaire et E.C.T.S. d'un programme d'études qui se veut souple et adaptable. Ce travail en étroite partenariat a tenu compte de la nécessaire adaptation des I.F.M.K. au contexte locorégional ».

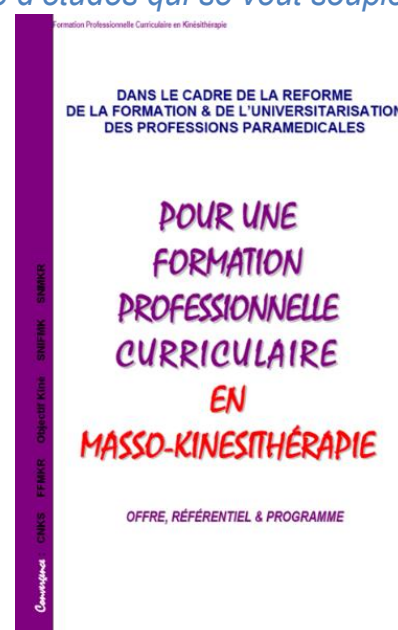
Ce document a initialement été co-signé de toutes les organisations professionnelles ; alors que la réingénierie s'installait la plupart ont retiré cet engagement....

Force est de constater après la plus longue des ré-ingénieries des formations paramédicales qu'en fin de compte le nouveau dispositif de formation initiale emprunte l'essentiel si ce n'est la quasi-totalité des préconisations de ce livre blanc.

Près de 15 ans se sont écoulés depuis ce texte et depuis le livre blanc de la formation en masso-kinésithérapie du groupe convergence. Ce livret blanc s'inscrivait dans une perspective CURRICULAIRE qui pour le CNKS garde sa valeur et ses perspectives intactes et notamment peut être celles d'avoir 20 ans d'avance et d'avoir des intuitions précoces ?

« Le présent projet de réforme de la formation initiale s'inscrit plus largement dans un projet de formation professionnelle curriculaire en masso-kinésithérapie (continuum de formation initiale, complémentaire et continue en lien avec le cursus professionnel) porté et attendu par l'ensemble des organisations professionnelles et référé au concept de "formation tout au long de la vie » **page 4 du livre Blanc.**

Le groupe convergence relevait déjà que la notion de « cursus » n'avait pas été intégrée en tant que telle à la formation « initiale » en masso-kinésithérapie : La formation "initiale" en masso-kinésithérapie conduisant au diplôme de masseur-kinésithérapeute instaurée en 1946 a bénéficié à deux reprises d'une modification de programme dont la dernière en 1989. La formation "continue" en masso-kinésithérapie quant à elle, malgré les diverses lois générales sur la formation continue depuis la même époque, n'est pas réellement prise en compte et valorisée dans le cursus professionnel des masseurs-kinésithérapeutes quelle que soit leur mode d'exercice. »



Cette notion de cursus s'inscrivait déjà dans des évolutions fortes, des progrès scientifiques et techniques et de démographie médicale motivant « *une délégation de certaines tâches assumées jusqu'alors par le corps médical vers d'autres professionnels de santé* » nécessitant un cursus universitaire pour « *ouvrir à la profession, les portes du monde universitaire et de la recherche* ».

Les bases de la formation rappelaient la nécessité de répondre de façon évolutive aux besoins de santé et de la population dans une dimension interprofessionnelle en « *interrelation avec l'exercice des autres professions de santé* » : *La masso-kinésithérapie contribue à répondre aux besoins de santé de la population. Elle s'inscrit dans le cadre des activités de santé et paramédicales réglementées. La prise en charge interprofessionnelle des patients au cours de leur parcours de soins est facilitée au cours de la formation initiale par l'acquisition d'une culture scientifique et humaine commune, par l'organisation de temps de travail en commun (formation académique, réflexive, pratique ou clinique). L'interprofessionnalité de ces activités s'appuie sur la volonté de partage de compétences et sur le respect de l'autonomie professionnelle. La masso-kinésithérapie et l'interprofessionnalité reposent sur la coopération, la communication et la coordination dans le cadre de la responsabilité de chaque profession. Elles se fondent sur des valeurs éthiques et de responsabilité impliquant humanisme, équité, solidarité et respect des personnes* » **p.6 du livre blanc.**

2007 année électorale, 2022 année ... électorale.

A l'heure des choix

souvenons-nous des idées d'hier pour penser demain.

Comme l'avait déjà écrit le groupe convergence :

« *La masso-kinésithérapie est une profession à contact social fort et son exercice s'appuie sur « l'intelligence de situation ».*

Dans cette même perspective curriculaire, pensons ensemble un continuum en amont et en aval du diplôme d'exercice et du grade de master, dans un contexte de nouvelle Stratégie Nationale de Réadaptation et de Professions Alliées :

- en amont par l'assistant de soin en rééducation,
- en aval par le cadre de santé, le kinésithérapeute en pratique avancée, le clinicien chercheur, l'enseignant chercheur.

Pierre Henri Haller, Président
Valérie Martel, Vice-Présidente Exercice
& Olivier Saltarelli, Secrétaire Général

Les Maux des Mots L'ESSENTIEL



Les discours et écrits, des politiques, de la presse, des professionnels ... foisonnent de mots et de locutions dont l'emploi est pour le moins interrogant et parfois aléatoire, voire hasardeux ; au rang de ces mots et locutions « accès direct, première intention, premier recours, pratique(s) avancée(s) ou encore autonomie - indépendance, fonction - mission » ... il en a été ainsi par exemple durant des années « du décret de compétences » versus « décret relatif aux actes et à l'exercice de la profession de ... » mais aussi de la confusion entre métier et profession.

Le CNKS via KINESCOPE fidèle son plaidoyer pour un juste langage s'efforce dans une approche didactique d'alerter sur l'utilisation aléatoire, raccourcie, elliptique, de mots, d'expressions, de concepts qui colportés à tort, en font des « vérités fausses » qui deviennent légendes, contre-sens, non-sens, faux-sens, ... ??



A quoi ou à qui ces termes se rapportent-ils ?
Quelles origines lexicologiques, sémantiques ?
Quelles références juridiques, légales, réglementaires ?
Quelles conséquences et représentations leurs emplois en confusion l'un pour l'autre induisent-ils ?

Sans prétendre traiter systématiquement et exhaustivement de toutes ces dimensions la rubrique « L'essentiel, les maux des mots » se propose de générer et inciter la réflexion de tout un chacun sur le sens des mots et de leurs contextualisations par le regard posé et exprimé de plusieurs auteurs issus de la profession.

« **Autonomie** » et « **Indépendance** » sont les premiers à passer sous la loupe de notre collègue Samir Boudrahem, [Cadre de santé Kinésithérapeute, Master 2 en sciences de l'éducation, PhD en sciences du mouvement & PhD en sociologie, Enseignant et responsable du dispositif de recherche IFMK ISTR UCBL1 Chercheur associé au CMH à l'ENS Paris Membre du programme expairs]

Autonomie-indépendance, des synonymes ?

Le terme « autonomie » étymologiquement désigne la capacité à choisir pour soi par soi-même (du grec autos : soi-même et nomos : loi, règle). Il s'oppose au terme « hétéronomie » qui correspond au fait de subir le gouvernement d'une entité extérieure à soi.

Le terme indépendance fonctionnelle lui désigne la capacité d'agir. Ainsi chacun des termes serait à mobiliser en fonction du champ en question celui de la décision ou celui de l'action. Nous verrons que cela n'est pas toujours aussi simple suivant le domaine concerné (politique, social, sanitaire,...) et au sein d'un même domaine il existe des usages protéiformes.

Sur le plan macro, un territoire géographique peut jouir d'une autonomie d'ailleurs plus ou moins large et néanmoins rester dans le giron d'un pays et donc sous son contrôle notamment en matière de défense et de politique étrangère. A titre d'exemple, nous pouvons citer la région de la catalogne à l'intérieur de l'Etat espagnol. Ici l'autonomie est une forme restreinte

d'administration de soi comparée à celle que procure l'indépendance pleine et entière. Le référendum d'auto-détermination peut aboutir à l'indépendance d'un territoire vis-à-vis d'un autre.

Sur le plan méso, l'organisation d'une entreprise multi-sites peut autoriser une certaine autonomie à l'échelle de chacun de ses sites tout en assurant une régulation de de contrôle par le siège social. Autrement dit, certains pouvoirs sont délégués au niveau local par contre les grandes mesures impliquant la pérennité de l'entreprise sont réfléchies et prises par le sommet même si ce dernier se nourrit des remontées d'informations émanant des différents établissements [1].

Cette configuration, en matière d'organisation et d'attribution des missions, se retrouve à l'intérieur d'un établissement entre son équipe de direction et les différents services qui le constituent. La même analyse des relations entre un chef de service (un cadre de santé par exemple) et son équipe de professionnels peut être établie.



Il peut favoriser l'autonomie des agents sans toutefois qu'ils soient indépendants en débordant du cadre qu'il aura mis en place.

Au niveau micro, un enfant peut voir son autonomie s'élargir progressivement dans le sens où il fait ses propres choix de vie en dehors des influences parentales. Cependant, il peut dépendre financièrement d'eux pour subvenir à ses besoins et concrétiser ses choix [2]. Ici, la capacité d'agir en lien avec la notion d'indépendance réside dans l'aspect pécuniaire.

Regardons de plus près maintenant dans le champ de la santé comment les notions d'autonomie et dépendance sont utilisées au niveau de la personne. Ce qui est interpellant c'est que le sens commun du terme autonomie fait allusion indistinctement aux deux

dimensions, du choix par soi et pour soi ainsi que de la capacité d'agir [3]. Ce sens est celui utilisé par les professionnels des champs médico-social et sanitaire [4]. C'est aussi ce sens qui est mobilisé dans les politiques publiques [5], dans les textes législatifs.

L'autonomie est opposée à la dépendance. Autrement dit, lorsqu'une personne est en pleine possession de ses moyens intellectuels et physiques, elle est qualifiée de personne autonome (et non pas indépendante) et lorsqu'elle perd une partie plus ou moins importante de ses moyens, elle est qualifiée de dépendante.

Alors que le contraire de «autonomie» est «in-autonomie» et le contraire de «dépendance» est «in-dépendance».

Il apparaît judicieux en tant que professionnels de la rééducation de mener une réflexion sur ce sujet car nos interventions en sont directement impactées.

Les objectifs de la masso-kinésithérapie en collaboration avec les autres professions rééducatives s'inscrivent-ils dans le champ de l'autonomie stricto sensu ou lato sensu c'est-à-dire incluant la capacité d'agir des personnes prises en soins ? Et dans ce cas, quid de la notion d'indépendance fonctionnelle ?



Dans certains écrits (ouvrages, publications...) des auteurs attribuent cette notion d'autonomie à une fonction de l'individu, en mentionnant par exemple que le patient a une « marche autonome » ce qui interroge sur le sens et ou la

prudence plutôt l'imprudence dans l'utilisation de ce terme. La finalité de l'intervention du masseur-kinésithérapeute est de permettre à la personne prise en soins de continuer à s'accomplir et agir dans son monde en jouant pleinement ses différents rôles sociaux et lorsque ces dimensions sont perdues ou altérées de les recouvrer.

Sachant que les environnements en terme de cercle socio-familial, d'habitat, de travail, de loisirs, de proximité ou d'éloignements de services [6] produisent des situations au sein desquelles les capacités de décision par soi et pour soi-même d'une part et celles d'action de l'individu peuvent être favorisées ou au contraire réduites, la vision du masseur-kinésithérapeute se doit d'être large afin d'approcher la personne soignée

dans sa triple entité bio-psycho-sociale et dans ses différents contextes de vie.

L'autonomie / indépendance fonctionnelle de la personne soignée peut / peuvent être améliorée(s) en luttant contre les déficiences de structures et ou de fonctions, en agissant contre les limitations d'activités et en favorisant la participation sociale qui peut passer aussi par la mise en place de système de compensations et d'adaptations humaines et matérielles identifiées comme utiles et nécessaires dans le processus d'autonomisation à entreprendre au bénéfice de la personne et dans son propre milieu [7].

Pour ce faire, l'évaluation des capacités de la personne soignée est une dimension incontournable. Nous avons à notre disposition des outils de mesure des capacités de prise de décision des personnes et des outils de mesure des capacités d'action.

Certaines échelles telle que la mesure de l'indépendance fonctionnelle (MIF) investigate les deux types de capacités et d'autres sont spécifiques ; citons par exemple the postural assessment stroke scale (PASS) pour ce qui est des capacités d'agir et le test de Stroop pour le domaine de la cognition.

En guise de conclusion, nous pouvons distinguer deux catégories de professionnels, les biomédicaux guidés dans leurs relations avec les personnes prises en soins par le principe de bienfaisance et les balintiens (en référence à Michael Balint, psychiatre et psychanalyste hongrois) animés plutôt par le principe de l'autonomie.

Les premiers considèrent qu'étant les détenteurs d'un certain savoir médical ce sont eux qui sont à même de savoir ce qui est mieux pour les personnes soignées.

A l'inverse, les seconds, se mettent à la disposition des personnes soignées qui sont, à leurs yeux, les seuls habilités à décider des examens et des thérapeutiques dont ils pourraient bénéficier.

Ces derniers inscrivent les personnes soignées dans une perspective active à l'opposé des premiers favorisant ainsi l'émergence du concept d'empowerment chez les personnes aussi bien sur le plan de la prévention que de la thérapie.

Samir Boudrahem

Références bibliographiques

- [1] Mintzberg, H., Structure et dynamique des organisations, Paris, Les éditions d'Organisation, 1998
- [2] Singly, F.(de), Être soi parmi les autres. Famille et individualisation, Paris, éd. L'harmattan, 2001 (Tome1)
- [3] Lefort H., Psiuk T., Patient expert, patient partenaire : De l'accompagnement à l'autonomie, Vuibert, 2019
- [4] Attias-Donfut C., La construction sociale de la dépendance, in Kessler F., La dépendance des personnes âgées, Paris, Sirey, Coll. Droit sanitaire et social, 1994
- [5] Weber, F., Handicap et Dépendance, drames humains, enjeux politiques, rue d'Ulm, Col. « Collection du Cepamap », 2011
- [6] Kaufmann, J. (1997). Le monde social des objets. Sociétés contemporaines, 27(1), 111-125. <https://doi.org/10.3406/socco.1997.1466>
- [7] Vinck, D. (1999). Les objets intermédiaires dans les réseaux de coopération scientifique. Contribution à la prise en compte des objets dans les dynamiques sociales. Revue française de sociologie, 40(2), 385-414. <https://doi.org/10.2307/3322770>



RECHERCHE & KINESITHERAPIE SALARIEE



KINESCOPE 14 avait annoncé la poursuite de RETEX (RE Tours d'EXpériences) de nos collègues salarié-e-s qui sont engagés dans des pratiques de Clinicien Chercheur.

C'est au tour de Guillaume Fossat, Kinésithérapeute Clinicien Chercheur (KCC) au sein du service Médecine intensive-Réanimation du Centre Hospitalier Régional d'Orléans de nous faire part de son expérience. Guillaume Fossat consacre aujourd'hui 50% de son activité à la recherche clinique, 30% au soin des patients et 30% à l'Ecole Universitaire de Kinésithérapie Centre Val De Loire.

Membre de la commission Recherche et Enseignement du CHR, il est également depuis 2016 le référent Recherche paramédicale et l'investigateur principal de nombres d'études menées en réanimation médicale.

KINESCOPE : en quelques mots quel est votre parcours ?

J'ai obtenu mon diplôme en 2009 au sein de la Haute Ecole Louvain en Hainaut (anciennement IESCA Montignies sur Sambre), en Belgique.

Par la suite, j'ai exercé en tant que kinésithérapeute au sein du service de pneumologie/oncologie thoracique du CHR Orléans, jusqu'en décembre 2011.

En janvier 2012, j'ai intégré le service de Médecine Intensive et Réanimation du CHR Orléans. Dès les premiers mois dans le service, avec l'aide de mes collègues

kinésithérapeutes, j'ai développé un protocole de soins pour la mobilisation précoce du patient de réanimation.

KINESCOPE : Comment avez-vous débuté de la recherche clinique ?

Pour évaluer les effets de la mobilisation précoce dans le service, nous avons décidé, conjointement avec notre chef de service le Dr. Thierry Boulain, de mettre en place un protocole de recherche clinique pour évaluer l'efficacité de la cycloergométrie associée à l'électrostimulation des quadriceps en plus de notre protocole de mobilisation classique, sur la différence de force musculaire à la sortie de réanimation.

Les 314 patients ont été randomisés entre un groupe intervention (cycloergomètre + électrostimulation + protocole classique) et un groupe contrôle (protocole classique). L'étude a duré 2 ans et demi et nous avons publié les résultats dans l'une des plus grandes revues médicales internationales, le JAMA (Journal of the American Medical Association). Une de mes grandes fiertés est d'être le premier auteur de cet article et d'être le premier kinésithérapeute français à cette position.

KINESCOPE : Quelle est votre implication dans le domaine de la recherche clinique ?

J'ai démarré mon activité de recherche en 2014 grâce à un accord passé avec mon encadrement de l'époque. La condition sine qua non à cette pratique était que mon activité de recherche devait se fonder dans mon activité de soins.

J'ai depuis mené huit projets de recherche clinique, dont quatre en tant qu'investigateur principal. Les protocoles de recherche clinique auxquels j'ai participé ont permis d'inclure plus de six cents personnes. Je suis actuellement impliqué dans 4 publications indexées MEDLINE.

Ces chiffres montrent l'importance de la recherche clinique dans mon activité.

Aujourd'hui cette activité est reconnue et j'ai réussi à obtenir grâce au soutien sans faille du Dr Boulain, un ETP de 50% au sein de l'unité de recherche clinique du service de Médecine Intensive et Réanimation. En plus de cette activité de recherche clinique, j'ai été nommé « référent de la recherche paramédicale pour le CHR », ainsi je peux apporter mon aide à mes collègues

paramédicaux pour l'aide au montage de projets et à la rédaction des protocoles de recherche.

En tant que référent, je travaille en collaboration avec le Groupement Interrégional de Recherche Clinique et d'Innovation (GIRCI) du Grand Ouest.



Notre objectif est de créer un réseau de chercheurs paramédicaux, pour monter des projets d'études, former et sensibiliser les nouveaux paramédicaux à la recherche et plus largement promouvoir la recherche paramédicale dans toutes les instances de santé

Je suis également membre du comité scientifique du CHR Orléans, ce qui me permet d'évaluer la faisabilité et la pertinence scientifique de projets de recherche dont notre institution est promoteur. Ces projets peuvent être

médicaux ou paramédicaux.

KINESCOPE : Quel sont les objectifs selon vous de la recherche paramédicale ?

Dans la recherche clinique menée par des paramédicaux, nous cherchons à montrer que nos interventions de cliniciens ont un effet qui peut apporter un plus aux patients. Nos enjeux sont les mêmes que les recherches dites du médicales.

C'est la raison pour laquelle je trouve le terme paramédical parfois un peu réducteur lorsque l'on parle de recherche portée par les paramédicaux.

KINESCOPE : Selon vous un kinésithérapeute doit-il être rattaché à une structure universitaire pour produire des données de recherche ?

Je n'ai ni master2, ni doctorat en science et je ne suis rattaché à aucun laboratoire de recherche.

Les diplômes universitaires et l'éventuel statut universitaire d'Enseignant Chercheur qui pourrait en découler, permettraient de créer un socle de chercheurs, indispensable à la reconnaissance du niveau scientifique de la profession.

«Je n'ai ni master2,
ni doctorat en science
et je ne suis rattaché à aucun
laboratoire de recherche ».

Cependant, il ne permet pas à lui seul d'ancrer la recherche auprès des patients. Actuellement, notre profession est en pleine mutation et il est nécessaire de garder et de développer la recherche clinique par des Kinésithérapeutes Cliniciens Chercheurs - avec ou sans diplôme universitaire- auprès des patients, pour ne pas se détourner de notre mission première qui demeure le soin aux patients.

La production de preuves doit se faire de façon conjointe avec l'université, pour obtenir le graal suprême qui sera « l'evidence based practice en kinésithérapie ».

Mais pour y parvenir, il faudra des kinésithérapeutes Clinicien Chercheur ancrés dans la pratique quotidienne.



Vie associative

➤ INSTANCES

Le dernier des 4 conseils d'administration annuels de notre association s'est tenu le lundi 13 décembre 2021 ; il a procédé

➤ d'une part à l'adoption :

- de nouveaux membres en son sein (1)
- d'une nouvelle répartition des fonctions au sein du bureau national (2)

➤ et d'autre part, après discussions sur les sujets et dossiers d'actualités :

- à la réaffirmation du projet de politique professionnelle articulé autour du « schéma de carrière curriculaire » (3)
- à l'adoption des grandes axes d'évolution / développement du projet associatif (4).



(1) CONSEIL D'ADMINISTRATION 11 membres :

- Aurélien Auger (MK FFCDS / CH),
- Fanny Arnaud (CDS MK / CHU),
- Barbara Bonecka (CDS MK / CH),
- Hervé Chanut (CDS MK / CHU),
- Magali Faroult (CSS MK / CH),

- Véronique Hancart Lagache (CDS MK / IFMK),
- Enora Le Calvez (MK / EMS),
- Laurie Louis (MK / CHU),
- Thomas Rulleau (MK Chercheur / CH),

rejoints par

- Chrystelle Krieger (CDS MK / SSR)
- Sophie Trichot (CSS MK / CHU).

(2) BUREAU NATIONAL 9 membres :

- Pierre-Henri Haller (CSS MK / CHU)
Président,
- Valérie Martel (CDS MK / CHU)
Vice-Présidente Exercice,
- Véronique Grattard (CSS MK / CHU)
Vice-Présidente Formation,
- Valérie Corre (DS MK / CHU)
Vice-Présidente Trésorière,
- Olivier Saltarelli (CDS MK / CH)
Secrétaire Général Relations
Institutionnelles & Communication,
- Christophe Dinot (DS MK / IFMK)
Secrétaire Général adjoint Instances,
- Yves Cottret (CSS MK / IFCS, Retraité)
Délégué Général Stratégie, Développement
- Andrée Gibelin (CDS MK / SSR)
chargée de mission Réadaptation &
Professions Alliées, & Evènements,
- Julien Grouès (MK exercice mixte)
chargé de mission Santé Publique,
Formation Continue et Certification).

(3) DOSSIERS DE POLITIQUE PROFESSIONNELLE :

- Schéma de Carrière Curriculaire
- Compte Rendu des GT

(4) DEVELOPPEMENT PROJET ASSOCIATIF :

- Vocation et objectifs
- Adhésions / Territorialisation
- Process dossiers de politique
professionnelle

cf. www.cnks.org (réservé adhérents
correspondants à jour de cotisation).

➤ G.T. APPOCT

Groupe de Travail

Activité(s) **Pratiques Professionnelles**
Organisation et Conditions de Travail

Il a été créé suite à une visio conférence avec plusieurs collègues MKs, cadres MK, Cadres Supérieurs MK et DS MK.

Trois grandes thématiques ont rapidement émergé des discussions jugées par le groupe comme incontournables pour étayer les réflexions, suggestions et propositions :

- qu'est que la kinésithérapie salariée en 2021 : quelles sont les activités des kinésithérapeutes salarié-e-s ?
- qui sont les hommes et les femmes kinésithérapeutes salarié-e-s ?
- qui sont les hommes et les femmes autour des kinésithérapeutes salarié-e-s ?

Nous avons ensuite élaboré une grande enquête, visant à investiguer la 1^{ère} thématique, qui a été lancée en juillet 2021 : une à destination des MK et une à destination des cadres.

Une première analyse de cette enquête a été faite à partir des 151 répondants MKs et des 92 répondants cadres.

Elle a été présentée lors des JNKS 2021 et les premiers résultats ont été rapportés dans KINESCOPE 13.

Lors du GT d'octobre 2021 il a été décidé collégialement des sujets saillants issus de ce première enquête et qu'il convenait d'affiner :

- la continuité des soins
- les ratios
- les relations EAPAs - kinésithérapeutes
- l'aide kinésithérapeute versus l'assistant de soins en réadaptation
- les professions satellites autour de la kinésithérapie salariée

Ces sujets feront en 2022 l'objet « d'enquêtes flash » auprès de kinésithérapeutes et cadres kinésithérapeutes salarié-e-s sur l'ensemble du territoire afin de recueillir des informations issues du quotidien dans les services de soins, de disposer ainsi d'une photographie de l'existant, et de croiser ces retours avec ceux de la première enquête.

C'est à l'aune de ce travail de fond que le GT pourra énoncer des propositions qui seront présentées au Bureau National puis au Conseil d'Administration et feront l'objet de communications lors des JNKS 2022.

Ces enquêtes sont élaborées par deux membres du GT puis discutées et validées lors des réunions plénières, qui sont des moments d'échanges et de partages enrichissants et constructifs.

Entre janvier et juillet 2022 les collègues salarié-e-s seront appelé-e-s - via les réseaux sociaux, le site, et l'envoi par mail à nos membres correspondants - à contribuer et émettre leurs avis en renseignant les questionnaires. Ces données de terrain reflètent la réalité de la kinésithérapie salariée en 2022 sont indispensables pour prendre en compte l'ensemble des (r)évolutions de la kinésithérapie salariée dans l'ensemble des domaines où elle s'exerce dans les différents types d'établissements.

Ces enquêtes seront analysées en GT et nous permettront, ensuite, de proposer des pistes de réflexion pertinentes et adaptées pour continuer de faire évoluer, mûrir et reconnaître notre profession dans le cadre particulier de son exercice en salariat.

Les GT nous permettent de l'échange de pratiques, de découvrir des façons différentes de fonctionner dans chaque région de la France. Ce sont vraiment des moments stimulants intellectuellement et des temps de partages enthousiasmant où chacun peut transmettre et se nourrir des expériences relatées.

Valérie Martel
Vice-Présidente Exercice

➤ G.T. ACCES

Groupe de Travail Accompagnement, Compétences, Carrière, Etudiants, Stage

Lors de notre conseil d'administration du 13 Décembre 2021, il a été décidé que le Groupe de Travail jusqu'alors dénommé « Tutorat » change de nom et devient le Groupe de Travail « ACCES » (Accompagnement, Compétences, Carrière, Etudiants, Stage).

Pourquoi ce changement ? pour mieux correspondre à l'objectif initial et donc faire plus de liens avec l'exercice salarial.

Ce groupe existe depuis début 2021 et est né de l'enquête menée en août-septembre 2020 par le CNKS qui s'est intéressée à « Accueillir en stage des étudiants en kinésithérapie : pour...quoi et comment ? » qui a engendré différents questionnements.

Les résultats de cette enquête ont fait l'objet d'une publication **dans Kinescope n°12 p.10 à 18** « L'Accueil & l'accompagnement d'étudiants MK en stage dans un établissement de santé : un sujet majeur ! »

Ce groupe se réunit mensuellement ; il est constitué d'une dizaine de membres.

Plusieurs travaux sont menés simultanément, réalisés par des binômes ou trinômes et concernent :

- une réflexion sur le rôle du cadre de santé dans l'accueil et l'encadrement de l'étudiant en stage,
- la validation d'une grille d'évaluation croisée étudiant-tuteur qui a été réfléchie par une jeune diplômée à l'occasion de son stage M2,
- la finalisation d'enquêtes,
- et en projet une réflexion sur « les compétences » et la création de MOOC.

En collaboration avec Valérie Martel et le G.T. APPOCT, une présentation a été réalisée lors des JNKS 2021 sur le thème : « Tutorat, Mentorat, Partenariat (TMP) où en est-on ? »

A vos agendas, voici les enquêtes en prévision :

- un pack de 3 enquêtes à destination des tuteurs des terrains de stage, des étudiants et des formateurs des IFMK pour « aller plus loin » et trouver des pistes pour créer de véritables liens entre ces entités.
- une enquête conjointe avec la FNEK en lien avec l'attractivité de l'exercice salarié. Ce travail a débuté au 1^{er} trimestre 2021 ; l'enquête est en cours de relecture avant proposition à la FNEK pour validation définitive et lancement au printemps 2022.

Véronique GRATTARD
Vice-Présidente Formation

ENQUETES 2022

on compte
sur vous !

...pour y participer
...pour les relayer !

Notre attente et notre souhait :
bien refléter et bien porter
vos avis et vos envies !

➤ MISE A L'HONNEUR

Le 20 novembre 2021, c'est devant plus de 100 personnes professionnels de santé, secouristes et membres du scoutisme,



qu'Olivier Saltarelli, alors Délégué Général du CNKS, s'est vu remettre les insignes de Chevalier de la Légion d'Honneur par Yves Cottret, lui-même récipiendaire de cette distinction en 2006.



Véronique Grattard,
Vice-
Présidente
Formation,

Christophe
Dinet
Secrétaire
Général
adjoint,

et Pierre
Henri Haller
Président

représentaient le bureau national du CNKS



KINESCOPE,

seule publication porteuse d'expériences et réflexions d'utilité sociale & sociologique des Kinésithérapeutes, cadres MKS & rééducateurs salariés.

Saluons la kinésithérapie salariée !

*en SSR, en Médico-social ou Hospitalier,
un formidable métier !*



Engagement & participation au CNKS

de chacune et chacun d'entre vous sont utiles, nécessaires
et indispensables à la reconnaissance et valorisation de notre métier.

**le temps du nouvel engagement
ou du renouvellement de l'engagement**

Devenez adhérent :

- soit membre abonné
- soit membre correspondant

Adhésion 2022
Lien + [clic + ctrl]

<https://www.helloasso.com/associations/cnks/adhesions/cnks-2022-3>

KALEIDOSCOPE Evénements

**A VOS
AGENDAS**

VISIO-CONFERENCES STKS

MK salariée & ...

STKS 5 *Jeudi 17 mars 2022 18 h 30*
.... PRATIQUE AVANCEE

STKS 6 *Jeudi 09 juin 2022 18 h 30*
...READAPTATION
... & PROFESSIONS ALLIEES

JNKS REIMS 2022

Journées Nationales de la kinésithérapie salariée

Jeudi 22 & vendredi 23 septembre 2022 *

« Pratiques Professionnelles & »

(*) à REIMS en présentiel ... ou en visio-conférences si la situation sanitaire l'exige.