

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉGION LORRAINE
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE
DE NANCY

**PLACE DE LA PREVENTION PRIMAIRE
DANS LA PRATIQUE QUOTIDIENNE
DU MASSEUR KINESITHERAPEUTE**

Mémoire présenté par **Aurélie LAUGA**,
étudiante en 3^{ème} année de masso-kinésithérapie
en vue de l'obtention du Diplôme d'État
de Masseur-Kinésithérapeute.
2011-2012.

SOMMAIRE

	Page
RESUME	
1. INTRODUCTION	1
2. METHODE ET CONTENU DE LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	4
2.1. Méthode	4
2.1.1 Problématique du travail écrit	4
2.1.2 Recherche bibliographique	5
2.2. Contenu	6
2.2.1 Contexte politique de santé en matière de prévention	6
2.2.2 Légimité des MK à mettre en œuvre la prévention : réglementation	7
2.2.3 Evolution sur le terrain de la prévention en kinésithérapie	12
3. ANALYSE DE LA PLACE EFFECTIVE DE LA PREVENTION DANS LA PRATIQUE QUOTIDIENNE DU MK ; REALISATION D'UNE ENQUETE	15
3.1. Méthode	15
3.1.1. Population	15
3.1.2. Détermination des objectifs de l'enquête	15
3.1.3. Mode de collecte	16
3.1.4. Élaboration du questionnaire	17
3.1.5. Recueil des données et contrôle	17
3.2. Résultats	18
3.2.1 Résultats relatifs aux MK ayant répondu au questionnaire	18
3.2.2 Résultats relatifs au groupe mettant en œuvre la prévention primaire	19
3.2.3 Commentaires laissés par les MK, à la fin du questionnaire	21
3.2.4 Comparaison entre le groupe qui met en œuvre la prévention primaire et celui qui ne le fait pas	22
4. DISCUSSION	23
5. CONCLUSION	28
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	

RESUME

L'objectif de cette étude est de mettre en avant la pertinence de l'intervention du masseur-kinésithérapeute (MK) en prévention et d'apprécier la place de la prévention primaire individuelle dans son activité quotidienne.

La réglementation relative à la prévention en masso-kinésithérapie a été étudiée et des articles abordant l'intérêt de cette prévention, en individuel, ont été recherchés. Le sujet est peu développé dans la littérature, aussi, une enquête a été réalisée, par le biais d'un questionnaire, auprès de 111 masseurs-kinésithérapeutes, pour en évaluer la mise en œuvre.

La réglementation confère un rôle d'acteur de prévention aux MK mais n'est pas claire sur le sujet : habilitation d'intervention en collectif, en individuel, en prévention primaire, secondaire, tertiaire ? Quant à l'enseignement du concept en formation initiale, il semble, pour beaucoup, faire défaut.

Les résultats de l'enquête montrent que 31,5 % des interrogés réalisent de la prévention primaire sur une thématique précise alors que 14,5 % l'effectuent en prenant la personne dans sa globalité, c'est-à-dire toutes thématiques confondues.

Le MK dispose de compétences, de connaissances, et d'un contexte de proximité avec le patient lors des séances, lui permettant de mettre en œuvre la prévention. Elle prend alors forme à travers les conseils, l'apprentissage de nouveaux comportements, le dépistage de troubles infra cliniques et leur correction précoce, pratique déjà réalisée par certains MK.

Pour que la promotion de la santé ait une plus grande place dans l'activité du MK, il semble nécessaire d'intégrer son enseignement dès la formation initiale et de clarifier le rôle du MK, ainsi que la définition du concept. Cela contribuerait à l'amélioration de l'état de santé des individus et ainsi à la diminution des coûts de santé.

MOTS CLES : kinésithérapie, prévention, individuelle, rôle.

PLACE DE LA PREVENTION PRIMAIRE DANS LA PRATIQUE QUOTIDIENNE DU MASSEUR KINESITHERAPEUTE

1. INTRODUCTION

« Nos aïeux expliquaient que dans bien des domaines, « mieux vaut prévenir que guérir ». Point besoin d'être un grand spécialiste des questions d'économie de santé pour savoir qu'investir dans la prévention devrait permettre, à terme, de réaliser d'importantes économies en matière d'assurance maladie » [1].

Cet adage est-il appliqué en kinésithérapie ? Le masseur-kinésithérapeute (MK) est-il investi d'une mission de prévention par la politique de santé en France ? Quelle est la place du MK en prévention, dans notre système de santé ? La prévention réalisée s'arrête-t-elle à la forme collective ou existe-t-elle, en individuel, lors d'une séance de masso-kinésithérapie ? Voilà autant de questions qui constituent la raison d'être de ce mémoire.

Le sujet de ce mémoire est né d'une expérience professionnelle en éducation pour la santé et de l'observation au cours de mes études et stages en masso-kinésithérapie du potentiel d'acteur de prévention chez le MK. Il m'a semblé intéressant de mettre en valeur ce possible rôle dans sa pratique quotidienne, en individuel.

Au départ ce travail prenait l'orientation d'une revue de la littérature. Cependant, le sujet étant peu abordé, une enquête sur l'investissement des MK dans la prévention, a été réalisée par le biais d'un questionnaire, afin de compléter la recherche bibliographique.

L'objectif général de ce travail est de mettre en avant la pertinence de la mise en œuvre de la prévention pour la santé en kinésithérapie (prévention qui vise à éviter ou réduire le nombre et la gravité de pathologies, accidents et handicaps).

L'objectif spécifique est d'évaluer la place de la prévention primaire dans la pratique professionnelle quotidienne du MK, avec ses patients.

Ainsi, nous nous sommes intéressés au contexte politique de la santé et avons analysé la réglementation relative à l'évolution des compétences des MK en matière de prévention, afin de mettre en évidence s'ils disposent ou non d'une légitimité à la réaliser.

Puis, nous avons tenté d'estimer l'écart existant entre la réalité et le rôle décrit dans la réglementation. Pour ce faire, nous avons retracé un bref historique des grandes actions de prévention en lien avec la kinésithérapie, en France, et avons mené une enquête auprès de masseurs kinésithérapeutes dans le département de la Moselle.

Définitions de concepts relatifs à la santé, à la prévention...

La santé

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » [2].

« Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu et s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme un but dans la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles et sur les capacités physiques » [3].

La promotion de la santé, définition du concept issue de la Charte d'Ottawa (1986)

« La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la santé comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci » [3]. Elle est non spécifique à la maladie, outrepassant les limites du secteur sanitaire puisqu'elle vise l'amélioration générale de la santé et de ses déterminants. Les déterminants de la santé sont les facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations (Annexes I, II et III). Les moyens employés pour la développer sont le renforcement de l'action communautaire, la création d'environnements favorables, l'élaboration d'une politique publique saine, l'acquisition d'aptitudes individuelles, la réorientation des services de santé, l'implication des professionnels de santé, etc. [4].

La prévention

« La prévention de la maladie comprend des mesures qui visent non seulement à empêcher l'apparition de la maladie, telle que la lutte contre les facteurs de risque, mais également à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences. La prévention primaire vise à empêcher l'apparition d'une maladie. La prévention secondaire et tertiaire visent à stopper ou à retarder l'évolution d'une maladie et ses effets, par le dépistage précoce et un traitement approprié, ou à réduire le risque de rechute et de chronicité, au moyen d'une réadaptation efficace, par exemple » [5].

La «prévention globale»

« Gestion active et responsabilisée par l'individu, de son capital santé dans tous les aspects de la vie». Elle lui confère les moyens d'être acteur de sa propre santé. Pour cela, elle agit sur les éléments tels que les risques de santé, la population elle-même (par l'éducation pour la santé), l'environnement et le territoire (connaissance du terrain) [6].

Les définitions sont mouvantes ; elles recouvrent des domaines qui, en fonction de l'évolution des concepts, sont modifiés. Certaines terminologies sont avancées au fur et à mesure des recherches effectuées par les auteurs. Ainsi, en fonction de l'auteur choisi, les frontières entre les termes et les niveaux de prévention, ne se situent pas tout à fait au même endroit.

2. METHODE ET CONTENU DE LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

2.1. Méthode

2.1.1 Problématique du travail écrit

- Quel est le rôle du kinésithérapeute en prévention individuelle ?
- Quelle est la place de la prévention (au sens global, et plus spécifiquement de la prévention primaire) dans sa pratique professionnelle quotidienne, avec ses patients ?

Critères d'inclusion : document abordant le rôle du MK dans la prévention individuelle globale.

Critères d'exclusion : document abordant la prévention d'une pathologie précise (l'objet du mémoire n'étant pas de se spécialiser dans la prévention d'une pathologie), ou article abordant le rôle du MK dans la prévention collective sur une thématique.

2.1.2 Recherche bibliographique

Hiérarchisée :

- HAS, Pedro, Bibliothèque Médicale AF Lemanissier, Cochrane : aucun article retenu.
- NMAP.ac.uk : 1 article retenu.
- guideline.gov, csp.org, ifomt.org, cebp.nl : aucun article retenu.
- Ministère du travail, de l'emploi et de la santé : 3 articles retenus.

Complémentaire (bases non spécifiques) :

- PUBMED : aucun article retenu.
- BDSP : 1 article retenu.

Complémentaire (bases spécifiques) :

- Réédoc : 2 articles retenus.
- Kinédoc : aucun article retenu.

Moteur de recherche des revues EM Consulte :

- Kiné la revue : aucun article retenu.
- Kiné actu : 11 articles retenus (mais seuls 4 articles sont cités dans le mémoire car les autres abordent le même sujet).
- Kinescoop : aucun article retenu.

Termes définissant la recherche (mots clés)

En français : kinésithérapie, kinésithérapeute, prévention, individuelle, rôle.

En anglais : physiotherapy, physical therapy, physiotherapist, prevention, role.

Les dates de publication des documents s'étendent d'avril 1946 à août 2011.

2.2. Contenu**2.2.1 Contexte politique de santé en matière de prévention**

Ce qui suit a été tiré du rapport Flajolet (André Flajolet, député du Pas-de-Calais, missionné par le gouvernement pour rendre compte des disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire). Rendu en 2008, ce rapport devait participer à l'élaboration d'un projet de loi de modernisation du système de santé ; l'objectif étant l'amélioration de l'état de santé des populations et l'accès de chacun à la santé.

« En France, la prévention sanitaire demeure cantonnée à une place subsidiaire dans le système de santé malgré des enjeux de plus en plus importants. En 2003 déjà, l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) soulignait dans son rapport annuel consacré à la prévention, que « les problèmes de santé publique actuels mettent en relief l'importance des politiques de prévention ».

Appliqué au contexte purement français, on devine donc la nécessité de plus en plus urgente pour les pouvoirs publics de refonder la politique de prévention, face à des problèmes de santé persistants.

Ce déficit majeur de prévention relève essentiellement des facteurs suivants, qui en sont à la fois des causes et des manifestations :

- le système de santé français est **centré sur le curatif** ;
- une artificielle **frontière entre le curatif et le préventif** a été dressée ;
- les compétences et les missions de prévention souffrent d'un préjudiciable enchevêtrement ;
- alors que la médecine préventive traverse une crise non négligeable, le rôle et la formation des médecins en prévention ne sont pas appréhendés de manière appropriée. En effet, le médecin généraliste est encore insuffisamment impliqué dans la prévention. L'enseignement spécialisé en santé publique fait preuve d'une faiblesse particulière et d'un cloisonnement excessif » [6].

Ce texte souligne la difficulté à avoir une vue globale et non pas sectorisée des différentes interventions relatives à la prévention.

2.2.2 Légitimité des MK à mettre en œuvre la prévention : réglementation

La profession de kinésithérapeute a été créée par ordonnance en 1945 et compte aujourd'hui 70 780 praticiens dont 80 % de libéraux [7].

A la différence de leurs collègues anglo-saxons et scandinaves qui consacrent 30 à 40 % de leur activité à la prévention, à l'éducation pour la santé et au conseil, les MK français interviennent pour 95 % de leurs actes, dans les domaines de la thérapie, de la rééducation et de la réadaptation [8].

Pourtant, le décret d'août 1985, qui régit le champ des compétences des kinésithérapeutes, stipule déjà dans son article 10, que le MK est habilité à participer à des actions de prévention, de dépistage, d'éducation pour la santé, à former ses confrères et d'autres professionnels, à pratiquer des bilans ergonomiques, à animer des cours de gymnastique préventive.

Résumé de l'évolution des compétences reconnues aux masseurs kinésithérapeutes et mise en évidence de celles liées à la prévention

- Loi du 30 avril 1946 [9]

Elle réunifie notre profession en créant un diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute et consacre un véritable statut légal pour la profession.

Elle réserve l'exercice de la profession à de véritables professionnels qui collaborent avec le corps médical (ce qui assurerait l'efficacité des traitements, enlèverait toute chance d'erreur et écarterait les pratiques irrégulières).

Le rôle du MK est de pratiquer le massage et la gymnastique médicale.

- Arrêté du 6 janvier 1962 [10]

Il fixe les actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant l'être également par des auxiliaires médicaux. Le MK se voit autorisé à pratiquer un ensemble d'actes particuliers (différents du massage et de la gymnastique médicale), certains sous la responsabilité et en présence du médecin et d'autres, sur prescription qualitative et quantitative, sans la présence du médecin.

- Décret n°85-918 du 26 août 1985 [11]

Il définit ce qu'est le massage, la gymnastique médicale et énumère l'ensemble des bilans et traitements de rééducation auxquels le MK est habilité à participer, sur prescription médicale.

Le champ des compétences des MK s'élargit à la prévention et l'éducation à la santé (avec une logique pluridisciplinaire sanitaire et sociale), au dépistage, à l'encadrement, à la formation et à la recherche :

« Article 10. – Selon les secteurs d'activité où il exerce et les besoins rencontrés, le masseur kinésithérapeute peut être associé à différentes actions d'éducation, de formation, de prévention, d'encadrement et de dépistage ».

« La collaboration avec les autres membres des professions sanitaires et sociales afin de réaliser, notamment en matière de prévention, des interventions coordonnées ;

La réalisation des bilans ergonomiques et la participation aux recherches d'ergonomie ;

La pratique de la gymnastique hygiénique, d'entretien ou préventive ».

- Décret n°96-879 du 8 octobre 1996 [12]

Deux articles se sont ajoutés à ceux du décret de 1985. Ils concernent le diagnostic masso-kinésithérapique et le libre choix des actes (l'accent est mis sur la responsabilité du MK).

Art. 1er. - La masso-kinésithérapie consiste en des actes réalisés de façon manuelle ou instrumentale, notamment à des fins de rééducation, qui ont pour but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer. Ils sont adaptés à l'évolution des sciences et des techniques.

Art. 2. - Dans l'exercice de son activité, le MK tient compte des caractéristiques psychologiques,

sociales, économiques et culturelles de la personnalité de chaque patient, à tous les âges de la vie. Dans le cadre de la prescription médicale, il établit un diagnostic kinésithérapique et choisit les actes et les techniques qui lui paraissent les plus appropriés.

Le premier article fait clairement référence au rôle de prévention du MK. D'ailleurs la prévention est présentée ici comme inhérente à la fonction même du MK, à l'essence même de sa pratique.

L'article 13 (du présent décret) reprend l'article 10 du décret de 1985 en détaillant les domaines d'actions (d'éducation, de prévention, de dépistage, de formation et d'encadrement), auxquelles le MK peut participer :

Art. 13. - Selon les secteurs d'activité où il exerce et les besoins rencontrés, le MK participe à différentes actions d'éducation, de prévention, de dépistage, de formation et d'encadrement.

Ces actions concernent en particulier :

- a) La formation initiale et continue des masseurs-kinésithérapeutes ;*
- b) La contribution à la formation d'autres professionnels ;*
- c) La collaboration, en particulier avec les autres membres des professions sanitaires et sociales, permettant de réaliser des interventions coordonnées, notamment en matière de prévention ;*
- d) Le développement de la recherche en rapport avec la masso-kinésithérapie ;*
- e) La pratique de la gymnastique hygiénique, d'entretien ou préventive.*

L'article 13 revient sur la participation à la prévention, cette fois dans un domaine plus large. Il met tout d'abord l'accent sur le rôle du MK dans la pratique de la gymnastique hygiénique, d'entretien ou préventive, puis sur son rôle dans la réalisation d'intervention de prévention en collaboration avec une équipe pluridisciplinaire.

- Décret n° 2000-577 du 27 juin 2000 [13]

Art. 1er. - L'article 2 du décret du 8 octobre 1996 susvisé est modifié comme suit :

Le MK communique au médecin toute information en sa possession susceptible de lui être utile pour l'établissement du diagnostic médical ou l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution.

Dans le cadre de la prescription médicale, il établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés.

Ce bilan est adressé au médecin prescripteur, et à l'issue de la dernière séance, complété par une fiche retraçant l'évolution du traitement kinésithérapique, également adressée au médecin prescripteur.

Cet article montre qu'en dehors de l'acte thérapeutique réalisé par le MK, dans le cadre de la prescription médicale, toute information supplémentaire détectée sur la santé du patient, doit être transmise au médecin. Le MK a donc un rôle dans la prévention, en participant à l'établissement du diagnostic de l'état de santé.

Le décret de compétences confère la mission de prévention aux MK mais ne détaille pas à quel niveau (primaire, secondaire ou tertiaire) il est habilité ou se doit d'agir. Le texte ne dit pas non plus si cette prévention doit être ou peut être collective ou individuelle.

Indépendamment de la réglementation, le MK dispose des compétences, des connaissances, et d'un contexte de proximité avec le patient lors de la consultation, qui lui permettent de mettre en œuvre la prévention pour la santé.

Tout semble réuni en pratique pour que le MK soit acteur dans la prévention, à ses différents niveaux, mais en réalité, qu'en est il ?

2.2.3 Evolution sur le terrain de la prévention en kinésithérapie

A la suite de la découverte du pouvoir pathogène des micro-organismes, le XIXe siècle a vu naître le courant hygiéniste qui développa la prophylaxie tant au niveau médical qu'au niveau urbanisme [14]. Le mode d'intervention était alors plutôt injonctif.

Depuis 1949, l'ergonomie physique évolue vers l'ergo motricité qui se développe et confère aux employés les moyens de maîtriser leurs gestes et mouvements au travail [15]. Ainsi, dans les années 1970-1980, la CRAM et l'INRS mettent en place un programme « gestes et postures ». En 2001 il devient PRAP (prévention des risques liés à l'activité physique), « être acteur de sa sécurité » (référence à l'OMS « être acteur de sa santé »).

A la fin des années 70, la prévention des TMS se développe auprès du personnel soignant qui peut être formé à la manutention des malades et personnes à mobilité réduite (méthode créée par Paul Dotte et Max Abric).

La prise de conscience du rôle du MK et du développement d'une prévention primaire animée par les MK est relativement récente même s'ils faisaient de la prévention au quotidien sans le savoir.

Dans les années 80, naissent les écoles du dos et quelques écoles du souffle. Les mutuelles voient alors l'intérêt de la prévention et accordent des subventions pour des actions réalisées dans ce cadre.

A la même période, des praticiens en kinésithérapie analytique (travaux et formations de Raymond Sohier) font évoluer l'approche de la prévention par les MK [16]. En effet, ils apportent une nouvelle vision de la biomécanique, valorisant l'anticipation des pathologies (prise en compte des types morpho statiques, des prédominances fonctionnelles...).

En 1985, parallèlement à l'élargissement du champ de compétences des MK (par le décret), le premier Comité Départemental de Prévention en Kinésithérapie s'est constitué (CDPK de la Loire). Il met en œuvre de la prévention collective en milieu scolaire essentiellement (animation d'une prévention « out », c'est-à-dire hors du lieu d'exercice habituel). Grâce à cette expérience en tant qu'animateurs formateurs pour le réseau, les MK rapportent dans leur cabinet, une culture, un patrimoine gestuel, une expérience du « terrain de l'Autre », une meilleure connaissance des risques extrinsèques. Tous ces savoirs deviennent alors des atouts pour la prise en charge individuelle. Cependant, la vision de la prévention restant celle de la gymnastique correctrice ou de l'ergonomie « physique » standardisée, un travail sur la pratique de la prévention individuelle restait à faire.

Enfin, en 1993, le Comité National de Prévention en Kinésithérapie (CNPK) voit le jour.

C'est dans ce contexte qu'apparaît le besoin de former les MK à l'éducation pour la santé (EPS), notamment sur le thème des rachialgies qui constitue une part importante de leur exercice thérapeutique. « En effet, si le décret de compétences avait ouvert la voie à la participation des MK aux programmes d'éducation pour la santé, ni les études ni leur culture professionnelle ne les y avait préparés » [8].

A la question : « Si le MK a un rôle possible dans la prévention dans le cadre de la prescription médicale, qu'en est-il lorsqu'il détecte une déficience ou une anomalie en dehors de la

prescription médicale ? », le CNPK apporte des éléments de réponse, en développant un concept de bilan de prévention (BDPK) des problèmes arthro-musculaires : les « rendez-vous préventifs chez le kinésithérapeute » (RVPK) [17]. Il s'agit de consultations en accès direct chez le MK (de type bilan-diagnostic), hors prescription médicale, pour une véritable prévention primaire. Les RVPK intègrent trois modes de prévention (Annexe IV) : le dépistage kinésithérapique de facteurs de risques, débouchant éventuellement sur un traitement précoce kinésithérapique ou médical (orientation vers le médecin référent), et une éducation pour la santé personnalisée et spécifique [18].

Ainsi, depuis le 1er janvier 2009, AMPLI-Mutuelle a créé une nouvelle garantie : “Bilan de prévention en kinésithérapie - Examens complémentaires en kinésithérapie”. Un maximum de trois séances sera pris en charge tous les trois ans, à condition que le MK soit inscrit sur une liste tenue à jour par le Comité National de Prévention en Kinésithérapie (CNPK). Le praticien intéressé par cette pratique devra suivre une formation de deux jours (14 heures au minimum) intitulée “Les rendez-vous préventifs chez le kinésithérapeute”. Elle est proposée aux MK avec possibilité de prise en charge par le FIF-PL. L'objectif est de les familiariser à la pratique d'actes anticipateurs mobilisant des compétences spécifiques d'un niveau élevé. C'est une première pour la profession.

La FFMKR a décidé d'appuyer cette action du CNPK et le partenariat avec AMPLI-Mutuelle, pour à terme étendre la prise en charge et mieux répondre aux besoins des professionnels qui s'y engageront [19].

Parallèlement aux RVPK, une initiative du même ordre et émanant d'un autre groupe de MK naissait : les « kinés aux mains libres » (Annexe V). Elle offrait la possibilité de bénéficier d'une

séance-consultation MK en accès direct pour un bilan diagnostic kiné ou pour un acte de prévention [20].

3. ANALYSE DE LA PLACE EFFECTIVE DE LA PREVENTION DANS LA PRATIQUE QUOTIDIENNE DU MK ; REALISATION D'UNE ENQUETE

Les connaissances (anatomo-physio-pathologiques), les compétences, le contexte et la qualité de la relation sont réunis pour qu'il soit conféré au MK un rôle dans la prévention primaire et secondaire, mais en réalité, qu'en est-il ?

3.1. Méthode

3.1.1. Population

La population de référence de l'enquête est l'ensemble des MK affiliés à l'Ordre de Moselle (mailing list de l'Ordre des MK de Moselle comportant 600 professionnels).

3.1.2. Détermination des objectifs de l'enquête

A la suite d'un travail de recherche bibliographique peu fructueux, sur la prévention primaire en kinésithérapie, en individuel, le choix s'est porté sur la réalisation d'une enquête auprès de MK afin de mesurer l'écart entre la théorie et l'existant, dans ce domaine.

- L'objectif principal de l'enquête est d'estimer la place de la prévention, et particulièrement

de la prévention primaire, dans l'activité quotidienne du MK, avec ses patients.

Cette estimation est qualitative et quantitative :

- Mise en œuvre ou non de la prévention ? Si non, pourquoi ?
 - A quel niveau (primaire, secondaire, tertiaire) ?
 - Situations pour lesquelles elle est réalisée ?
 - Fréquence de mise en œuvre ?
 - Forme de prévention (conseil, acte, orientation...) ?
 - Commentaires
- L'objectif secondaire est d'identifier les facteurs qui pourraient prédisposer les MK à mettre en œuvre la prévention primaire. Par exemple, « y a-t-il une influence de la durée d'activité du MK, sur sa pratique de la prévention primaire ? ».

Les critères choisis sont : le sexe, l'âge, le temps d'exercice, la formation complémentaire, la taille de la commune d'exercice.

3.1.3. Mode de collecte

Le moyen choisi pour la réalisation de l'enquête est le questionnaire et celui pour la distribution est internet. La population ciblée étant l'ensemble des MK de Moselle, le courrier électronique est l'outil le plus aisé pour avoir des réponses rapides. Par ailleurs, pour cette enquête, il a été décidé de ne pas rencontrer les MK afin de ne pas les influencer dans leurs réponses.

3.1.4. Élaboration du questionnaire [21]

Le questionnaire a donc été élaboré de manière à ce que chaque question réponde à un objectif. Les grands concepts de santé et prévention ont été définis préalablement, afin de fournir un cadre de référence. La formulation est courte, simple. Chaque question comporte une seule idée. Les questions sont fermées (sauf une), pour favoriser l'exploitation de la réponse. Les listes de réponses proposées se veulent les plus exhaustives possibles, afin que chacun s'y reconnaisse. Cependant, pour permettre d'autres réponses, la mention « Autre » a été ajoutée. Par ailleurs, dans le libellé des questions, la neutralité est visée, afin de ne pas suggérer de réponse. Le questionnaire a été testé, tant au niveau du fond que de la forme, auprès de personnes ayant le même profil que les enquêtés (MK et futurs MK), puis modifié en fonction des remarques faites. Enfin, un argumentaire a été rédigé afin d'engager la population ciblée à répondre à cette enquête. La version définitive du questionnaire figure en Annexe VI.

3.1.5. Recueil des données et contrôle

Le recueil des réponses a bien respecté la confidentialité puisqu'il a été réalisé par le biais de « Google document ». Aucun nom, aucune adresse mail apparaît ; l'anonymat est préservé. Des contrôles de cohérence des réponses obtenues ont été réalisés.

3.2. Résultats

3.2.1 Résultats relatifs aux MK ayant répondu au questionnaire (Annexe VII)

111 MK ont répondu au questionnaire (18,5 % des contactés). 97 % d'entre eux (108 sur 111 MK) affirment faire de la prévention. D'ailleurs certains ajoutent qu'elle fait partie intégrante de leur profession.

Parmi ces 97 %, 59,5 % (64MK) disent faire de la prévention primaire. Ils ne sont que 32,5 % (35 MK) à la mettre effectivement en œuvre.

Sur les 64 MK affirmant faire de la prévention primaire, 45 % (29 MK) confondent les degrés de prévention. Visiblement, malgré la présence dans le questionnaire de la définition des différents niveaux (primaire, secondaire, tertiaire), les MK ne perçoivent pas exactement les frontières qui existent entre chacun et donc le rôle possible qu'ils pourraient jouer en prévention primaire.

Les chiffres de 35 MK mettant réellement en œuvre la prévention primaire et de 29 MK confondant les degrés de prévention, proviennent de l'analyse de la réponse à la question : « Citez des exemples de situation pour lesquels vous réalisez de la prévention ». Souvent, après avoir affirmé qu'ils faisaient de la prévention primaire, ils donnent des exemples de prévention secondaire.

Exemple d'un MK déclarant mettre en œuvre la prévention primaire : « Quand les patients souffrent du dos, je leur montre les bons mouvements à réaliser au quotidien ». Cela illustre bien le manque de maîtrise concernant les différents niveaux de prévention.

3.2.2 Résultats relatifs au groupe mettant en œuvre la prévention primaire

Nous nous intéressons maintenant aux MK réalisant la prévention primaire, c'est-à-dire 31,5 % des MK interrogés (35 MK sur les 111).

Tableau I : Identification des paramètres (caractéristiques) qui pourraient prédisposer les MK à la réalisation de prévention primaire

Paramètres	Caractéristiques	Pourcentage (sur les 35 MK réalisant de la prévention laire)
Sexe	Hommes	66 %
	Femmes	34 %
Age	Entre 20 et 29 ans	31,5 %
	Entre 30 et 39 ans	28,5 %
	40 ans et au-delà	40 %
Temps d'exercice	<1 an	9 %
	Entre 1 an et 9 ans	51 %
	10 ans et au-delà	40 %
Formation complémentaire	Oui	63 %
Commune	<5 000 habitants	23 %
	>5 000 habitants	31,5 %
	>20 000 habitants	20 %
	>100 000 habitants	25,5 %

Tableau II : estimation de la place de la prévention primaire, dans l'activité quotidienne du MK

Paramètres caractérisant l'activité du MK (en prévention)	Caractéristiques de mise en œuvre de la prévention primaire (sous telle forme, à telle fréquence, sur telles thématiques)	Pourcentages de MK (sur les 35 MK réalisant de la prévention primaire)
Forme de prévention primaire mise en place	- conseil ponctuel	100 %
	- acte ponctuel de prévention	85,5 %
	- orientation vers le médecin traitant pour une prescription de séances MK	63 %
	- orientation vers un professionnel compétent	63 %
Fréquence	- occasionnellement	5,5 %
	- régulièrement	63 %
	- toujours	31,5 %
Thématiques	- ergonomie du rachis	49 %
	- prévention par rapport à la pratique sportive	31 %
	- respiration (de la prévention des bronchiolites au tabagisme)	26 %
	- ergonomie par rapport aux tendinopathies	23 %
	- conseils d'hygiène de vie généraux	23 %
	- posture, équilibre musculaire (agonistes/antagonistes)	20 %
	- prévention des chutes chez les personnes âgées	20 %
	- mesures d'hygiène	6 %
- surveillance systématique du rachis des enfants	3 %	

Sur le groupe des 35 MK qui met en œuvre la prévention primaire, seuls 46 % des MK (16 MK) prennent en charge le patient globalement et réalisent de la prévention primaire dans plusieurs domaines (plusieurs thématiques abordées).

Ainsi, seuls 16 MK sur les 111 (soit 14,5 % des MK interrogés) se sont appropriés la notion de prévention primaire en prenant la personne dans sa globalité. Ils utilisent les compétences dont ils disposent dans ce domaine, dans l'objectif de « prévenir, anticiper, la survenue de facteurs de risques ».

Pour synthétiser, en se basant sur les réponses majoritaires de chaque rubrique, il ressort que les caractéristiques des MK qui mettent en œuvre la prévention primaire, toutes thématiques confondues, sont : **sexe masculin, exerçant depuis plus d'un an, ayant une formation complémentaire** (toutes thématiques confondues), pratiquant **régulièrement** la prévention primaire, sur l'**ergonomie du rachis**, par le biais du **conseil ponctuel**.

3.2.3 Commentaires laissés par les MK, à la fin du questionnaire

Sur les réponses des 35 MK réalisant de la prévention primaire, nous relevons, en tant que freins :

- pour 5,5 % (2 d'entre eux) le manque de temps,
- pour 5,5 % (2 d'entre eux) le manque de formation dans le domaine de la prévention,
- pour 5,5 % (2 d'entre eux) le manque de participation du patient (« les patients ne sont pas toujours volontaires pour changer leurs comportements »),
- et enfin 3 % (1 MK) affirme que le fait que la prévention ne soit pas un acte conventionné est un frein à sa réalisation.

Et par ailleurs, les leviers identifiés sont :

20 % (7 MK) assurent que « le MK, en recevant ses patients pendant plusieurs séances, est certainement le professionnel de santé le mieux placé pour faire de la prévention ». Ils disent également que « la prévention représente 50 % du métier et que les patients sont demandeurs de conseils et d'explications ». « La prévention fait partie intégrante de la profession de MK ».

« Mieux vaut prévenir que guérir ».

3.2.4 Comparaison entre le groupe qui met en œuvre la prévention primaire (35 MK sur les 111), et celui qui ne le fait pas (76 MK sur les 111)

Sur les 111 MK participants, 35 d'entre eux mettent en œuvre la prévention primaire et les 76 autres ne le font pas.

Nous tentons, en comparant les variables qualitatives de ces deux groupes (sexe, âge, temps d'exercice, formation et taille de la commune), par le test du Chi², de voir ce qui prédisposerait le MK à réaliser de la prévention primaire.

Tableau III : Comparaison des variables qualitatives (en effectifs) des deux groupes

caractéristiques	prévention primaire n=35	pas de prévention primaire n=76	Chi 2 (p)
sexe			
masculin	23 (65%)	37 (49%)	0,09
féminin	12 (35%)	39 (51%)	
âge			
entre 20 et 29 ans	11 (31%)	41 (54%)	0,08
entre 30 et 39 ans	10 (29%)	16 (21%)	
40 ans et au delà	14 (40%)	19 (25%)	
temps d'exercice			
< à 1 an	3 (9%)	6 (8%)	0,93
de 1 à 9 ans	18 (51%)	42 (55%)	
10 ans et plus	14 (40%)	28 (37%)	
formation complémentaire (oui)	21 (60%)	39 (51%)	0,39
commune			
< à 5 000 habitants	8 (23%)	19 (25%)	0,89
> à 5 000 habitants	11 (31%)	21 (28%)	
> à 20 000 habitants	7 (20%)	19 (25%)	
> à 100 000 habitants	9 (26%)	16 (21%)	

Les analyses du Chi2 n'ont pas montré de différence significative pour les différents paramètres : sexe, âge, temps d'exercice, formation complémentaire, commune. En effet, la différence est significative, quand $p < 0,05$, or ici, p est toujours supérieur à cette valeur seuil.

Ainsi, avec ces caractéristiques, il est impossible de dire ce qui prédispose le MK à mettre en œuvre la prévention primaire.

4. DISCUSSION

L'initiation d'une action de promotion de la santé ou de prévention est souhaitée par un ou des professionnels, selon le rapport Flajolet. Cette action demande une participation active des individus ciblés [6].

La mise en œuvre de ce concept n'est que minoritaire dans la politique de santé en France contrairement aux initiatives qui se développent dans les pays nordiques ou anglo-saxons.

« En France l'organisation du système de santé reste segmentée : santé publique et prévention d'un côté, organisation et régulation des soins de l'autre » [22].

Ainsi, le médecin généraliste, premier interlocuteur du patient, est encore insuffisamment impliqué dans la prévention. Qu'en est-il alors de la place effective du MK au sein de cette dernière ?

Le décret de compétences présente la prévention comme inhérente à la fonction du MK. Mais à quels niveaux fait-il allusion ? Certains MK ayant répondu au questionnaire confirment qu'elle est l'essence même de leur pratique. Par ailleurs, pour la mise en œuvre de prévention primaire

ils citent des exemples d'actions préventives qui sont de niveaux secondaire et tertiaire pour illustrer leurs dires. Ils n'ont pas identifié le niveau de prévention qu'ils pratiquent.

Le décret ne précise pas à quels niveaux de prévention le MK doit intervenir ; il omet également sa définition.

Dans les IFMK, c'est l'ergonomie qui occupe le champ de la prévention, le plus souvent [23]. Ainsi, le manque d'enseignement de ce concept (de ses niveaux, de sa méthodologie...), fait que, lorsqu'on parle « prévention », les représentations ne sont pas les mêmes. Même après avoir lu les définitions dans le questionnaire, les MK font toujours la confusion entre les niveaux. En pratique, seules les actions de prévention secondaire et tertiaire font partie intégrante de l'activité quotidienne du MK, comme le confirment les réponses au questionnaire. Le concept de prévention dans son ensemble et notamment la prévention primaire, n'appartient pas à sa culture, en France. Son activité est principalement tournée vers le soin.

Ainsi, seuls 14,5 % des MK ayant répondu au questionnaire réalisent de la prévention globale. Ils prennent en compte la personne dans sa globalité et lui confèrent les moyens de gérer activement sa santé, dans tous les aspects de sa vie.

Le Canada, souvent pris comme modèle de promoteur de la santé, réfléchit depuis des années déjà sur le sujet de la place du physiothérapeute dans la prévention. Les coûts liés aux soins étant trop importants, le système de santé est en pleine réforme. Ainsi, la prévention est reconnue comme une des solutions pour économiser sur les dépenses de santé. Un article canadien [24], sur la place du physiothérapeute en prévention primaire affirme qu'il a aujourd'hui un profil qui le met au centre d'une prise en charge thérapeutique (où son action a un réel impact positif sur les pathologies) et qu'il pourrait avoir un rôle important dans la prévention primaire. En effet, il est

actuellement bien implanté au niveau tertiaire, dans le cadre de la prescription médicale. Il pourrait intervenir plus tôt, en détectant, en réorientant, au sein d'un modèle de prévention primaire pluridisciplinaire. L'Association Canadienne de Physiothérapie pense même qu'il peut occuper un poste clé de « leadership » au sein d'équipes interprofessionnelles [25]. Ainsi, le Canada fait évoluer la place du physiothérapeute dans ce sens.

Pourquoi le système français, dans le domaine de la kinésithérapie, n'adopte-il pas la même logique, alors que l'investissement dans la prévention semble permettre, à long terme, la réalisation d'économies en matière de santé ?

Même si l'activité principale de 68,5 % des MK interrogés est le soin (prévention secondaire et tertiaire), même si le contexte politique ne favorise pas le développement et l'enseignement pluridisciplinaire de la prévention et la promotion de la santé, le MK pourrait être un acteur important de la prévention précoce en France. Il dispose d'une légitimité à travers la réglementation et ses compétences lui permettent une prise en charge globale du patient.

Ses compétences, ses connaissances ainsi que le contexte de la consultation kinésithérapique, font une combinaison idéale qui mettent la profession à une place de choix pour réaliser la prévention pour la santé.

Les compétences du MK, à travers l'observation et l'analyse :

- du corps dans son ensemble (le mouvement, l'attitude morphostatique),
- des structures telles que la peau, les muscles, les fascias, les articulations, les os,
- des fonctions telles que la respiration, la fonction cardiaque, la marche,

lui permettent de détecter d'éventuelles anomalies, lors du bilan.

Par ailleurs, l'expérience du MK peut être à l'origine du développement de compétences décrites

par l'INPES dans le référentiel des praticiens en éducation thérapeutique [26]; compétences de l'ordre de l'empathie, l'écoute active...

Suite au bilan réalisé, ses **connaissances** lui donnent le moyen d'établir un diagnostic kinésithérapique.

La place de choix du MK permet l'**observation** et l'instauration d'une relation de confiance qui lui confère la capacité de détecter des anomalies. Même si ces dysfonctionnements sortent de son champ de compétences, il peut orienter le patient vers son médecin afin qu'il réalise le diagnostic approprié.

Le **contexte de la relation professionnelle** avec le patient, à savoir : le nombre, la fréquence, la durée des séances, le rapport au corps, la connaissance de l'histoire du patient et de son cadre de vie (visites à domicile) font qu'une **relation de confiance** s'instaure petit à petit. Le MK est ainsi amené à connaître des éléments du vécu de ce dernier et notamment sur sa santé – informations pouvant être à l'origine de la suspicion ou de la détection d'anomalies.

Selon Christian MEIGNAN, directeur de Kiné Ouest Prévention, « le MK dispose d'un atout majeur en matière de prévention : la confiance qu'il a acquise auprès du public en tant que thérapeute. Celle-ci le rend crédible dans la difficile mission qui consiste à proposer de nouveaux comportements de santé. Il a aussi des connaissances techniques utiles dans les interventions préventives : une bonne connaissance de la biomécanique, un oeil et une main de "maquignon" qui savent dépister avant que n'apparaissent les premiers signes cliniques de dysfonctionnement de l'appareil locomoteur par exemple. Il a enfin une pratique de la relation humaine, une écoute de la souffrance verbalisée ou non qui lui seront utiles dans les actions de dépistage et lors des audits ». [27]

Pour les MK minoritaires réalisant de la prévention primaire, celle-ci prend forme à travers :

- des conseils et apprentissages, relevant de l'éducation pour la santé (EPS), en rapport avec un risque encouru,
- le dépistage de troubles infra cliniques,
- la correction précoce de ces troubles.

Si le MK a un rôle possible dans la prévention dans le cadre de la prescription médicale, comme le dit le décret, qu'en est-il lorsqu'il détecte un trouble en dehors de cette prescription ? Que fait-il de cette information ? Certains y sont attentifs et en informent le patient, le médecin traitant. D'autres ne s'y attardent pas car ils s'arrêtent à la prescription. C'est au bon vouloir de chacun puisque le concept de prévention et le dépistage kinésithérapiques sont peu développés en France et les limites d'actions ne sont pas fixées.

Pour ceux qui la pratique, il s'agit d'une **prévention « invisible »** qu'il faut savoir **valoriser auprès du patient, des médecins, des caisses d'assurance maladie et des pouvoirs publics** car son évaluation est difficile (comment prouver qu'une hanche aurait évolué vers une pathologie dégénérative si elle n'avait pas été ré-harmonisée ?) [27].

Grâce au CNPK qui s'est penché sur la question et a décidé de promouvoir le concept des « rendez-vous préventifs chez le kinésithérapeute », les consultations sont en accès direct chez le MK et permettent enfin au MK de remplir ce rôle légitime en prévention primaire.

Grâce au dépistage kinésithérapique qu'il aura réalisé, un accompagnement précoce pourra éventuellement être entrepris, ainsi qu'une éducation pour la santé personnalisée.

Ce concept pourrait connaître un grand développement, vu le potentiel du MK comme acteur de prévention primaire. Il dispose de l'expertise de la prévention dans son domaine ; il connaît

« l'hygiène gestuelle » à respecter, en fonction des caractéristiques personnelles de l'individu.

Cependant, cette initiative des RVPK, depuis sa création, n'a touché qu'une trentaine de MK. Il semblerait que le MK soit encore focalisé sur la thérapeutique dans sa pratique quotidienne. Pour le moment, trois CDPK se sont investis et ont formé les MK des départements des Côtes d'Armor, de la Drôme ainsi que du Puy de Dôme. L'objectif actuel est d'ouvrir au plus grand nombre cette démarche.

Ainsi, pour que ce concept des RVPK (rejoignant la réflexion menée tout au long de ce travail), s'étende à l'ensemble des régions de France, il s'agirait d'une part, de développer la communication et, d'autre part, de parvenir à impliquer d'autres financeurs.

5. CONCLUSION

Seuls 14,5 % des MK interrogés se sont appropriés la notion de prévention globale (c'est-à-dire non spécifique à une thématique) et exploitent leurs compétences dans l'objectif d'empêcher l'apparition de la maladie. Le MK a la possibilité d'intervenir auprès de bien-portants en les accompagnant de ses conseils et en leur recommandant des exercices auto réalisables. Il peut également, lors de son bilan, participer au dépistage de facteurs de risques et ensuite orienter l'individu. Enfin, il peut prendre en charge ces facteurs et des formes précoces de maladies.

Pour que la prévention précoce puisse avoir une plus grande place dans l'activité quotidienne du MK, il faudrait, d'une part, que le rôle préventif du MK soit clarifié dans le décret de compétences : domaines d'intervention, lien avec les autres professionnels travaillant autour de la

compétences : domaines d'intervention, lien avec les autres professionnels travaillant autour de la santé de l'individu, acte conventionné, etc, et que la définition de la prévention et de ses différents niveaux y figure. D'autre part, il faudrait que le concept de prévention (et d'EPS) fasse partie de sa culture. En dehors de ces aspects faisant défaut, le MK a toutes les cartes en main (les compétences kinésithérapiques, le contexte de la séance, le droit de mise en œuvre...) pour être un acteur important de la prévention précoce, un acteur clé.

Si cette légitimité d'action est exploitée, des économies pourront être réalisées en matière de dépenses de santé. Le MK aurait alors un rôle, plus global. Il connaîtrait l'ensemble des déterminants de santé modifiables et interviendrait, en faveur de l'amélioration de ces facteurs.

Pour ce faire, il doit être formé au concept de prévention, voire de promotion de la santé, englobant celui de l'EPS. « Cette dernière comprend la communication d'informations concernant les conditions sociales, économiques et environnementales de base ayant des effets sur la santé, ainsi que sur les différents facteurs de risque et comportements à risque, et sur l'utilisation du système de santé.

L'EPS concerne également le développement de la motivation, des compétences et de la confiance en soi nécessaires pour agir en vue d'améliorer sa santé » [5]. Elle permet de conférer à l'individu les moyens de prendre en charge sa propre santé, en travaillant sur ses savoirs, savoirs-faire et savoirs-être. La démarche est aujourd'hui enclenchée dans le cadre de la réforme des études en MK. Il est prévu, dans le nouveau programme, le développement d'une nouvelle unité d'enseignement ciblée sur la santé publique, comprenant entre autres, la prévention.

C'est certainement la place de la promotion de la santé dans l'activité quotidienne du MK qu'il serait intéressant de mettre en avant et de développer.

un type d'affection qui doit être prévenu ou qui doit faire l'objet d'un diagnostic précoce).

La promotion de la santé, c'est l'avenir tant pour la personne qui se retrouve au cœur du système de santé, que pour le professionnel de santé et les organismes financeurs. Le MK est un acteur indispensable disposant d'un fort potentiel dans ce domaine. Ne serait-il pas intéressant d'élaborer un référentiel de compétences du MK en promotion de la santé, afin d'en développer un enseignement efficient [28] tant en formation continue qu'en formation initiale ?

Ce serait aussi replacer le MK dans une philosophie de santé qui prend en compte les qualités nécessaires à la relation d'aide, comme le décrit par exemple Karl Rogers.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] GOUGEON F. - Prévention, le kinésithérapeute, un acteur essentiel. Kiné actualité, janvier 2007, n° 1053, p.12
- [2] OMS - Conférence internationale de la santé. New York, 1946
- [3] OMS - Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Ottawa, 1986
- [4] WHO - The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. Oxford Journals Medicine, Health Promotion International, 1997, vol. 12, No. 4, p. 261-264
- [5] OMS - Glossaire de la promotion de la santé, Genève, 1999, 25 p.
- [6] FLAJOLET A. - Rapport Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire, 2008, 91 p.
- [7] SICART D. - Les professions de santé au 1er janvier 2011. Document de travail, DREES série statistique, juillet 2011, n° 158, p. 51
- [8] MEIGNAN C. - Evaluation d'un programme de formations de kinésithérapeutes à l'animation d'action d'éducation pour la santé. KS, janvier 2001, n° 407, p. 21-23
- [9] MINISTERE DE LA SANTE - Loi n° 46.857 du 30 avril 1946 tendant à réglementer l'exercice des professions de masseur gymnaste médical
- [10] Arrêté du 6 janvier 1962 fixant la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par des

directeurs de laboratoire d'analyses médicales non médecins. Code de la santé publique, 6 janvier 1962, p. 1-3

[11] Décret n°85-918 du 26 août 1985 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute. JORF, 26 août 1985, p. 10032-10033

[12] Décret n°96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute. JORF 236, 9 octobre 1996, p. 14802

[13] Décret n° 2000-577 du 27 juin 2000 modifiant le décret no 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute. JORF 149, 29 juin 2000

[14] LEROUX T. - Le siècle des hygiénistes. Laviedesidées.fr, juin 2010, 8 p.

[15] GENDRIER M. - Gestes et mouvements justes. EDP Sciences, 2004, 12 p.

[16] HAYE M. - La kinésithérapie analytique thérapie manuelle selon le concept de Sohier. Profession kinésithérapeute, juin 2007, 5 p.

[17] DE SAINT RAPT M. - 5è congrès d'envergure, ouvert et indispensable. Kiné actualité, avril 2010, n° 1192, p.9

[18] DE SAINT RAPT, Michel. *Les RDV préventifs chez le kinésithérapeute*. [En ligne]. <<http://cnpk.org/sante-publique>> (page consultée le 27 novembre 2011)

[19] Les rendez-vous préventifs chez le kinésithérapeute. Kiné actualité, mai 2009, n° 1154, p. 13

[20] *Les journées mains libres*. [En ligne]. < <http://preventionmk.fr/les-journees-mains-libres/la-campagne.html>> (page consultée le 10 décembre 2011)

[21] MUCHIELLI R. - Le questionnaire dans l'enquête psychosociale, connaissance du problème. *Formation permanente en sciences humaines*. 3^e éd. Entreprise moderne d'édition, libraires techniques

[22] JOURDAIN-MENNINGER D., LIGNOT-LELOUP M., Membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales – Comparaisons internationales sur la prévention sanitaires. Janvier 2003. Rapport n° 2003 003, 172 p.

[23] ZANA J-P. – Kinésithérapie et prévention : tout reste à construire... Réflexions pour permettre aux kinésithérapeutes de devenir des partenaires des acteurs de prévention. *Journées de médecine orthopédique et de rééducation*. 2003, p. 86-89

[24] FRICKEL M. - *Physiotherapy and primary health care : Evolving opportunities*. BMR (PT), Msc. Department of Physical Therapy, School of Medical Rehabilitation, University of Manitoba. 2005, 53 p

[25] Canadian Physiotherapy Association – Health promotion and disease prevention. In *Physiotherapy it'll move you*. [En ligne].

<<http://www.physiotherapy.ca/PublicUploads/222539Health%20Promotion%20and%20Disease%20Prevention.pdf>>

[26] *Elaboration d'un référentiel de compétences en éducation thérapeutique du patient, le référentiel des praticiens*. INPES, août 2011, 39 p.

[27] MEIGNAN C. - Prévention, le kinésithérapeute, un acteur essentiel. *Kiné actualité*, janvier 2007, n° 1053, p.14-15

[28] NUTBEAM D.- The challenge to provide « evidence » in health promotion. *Oxford Journals Medicine, Health Promotion International*, vol. 14, Issue 2, 1999 p 99-101

Bibliographie des annexes

Annexe I :

MONNIER J. – Santé publique, santé de la communauté. Simep, 1980

Annexe II et III :

VAN DER LINDE F. - Renforcer la promotion de la santé et la prévention, bases pour l'élaboration d'une stratégie en Suisse. Ensemble pour le mieux être, Promotion Santé Suisse, 2006

Annexe IV :

DE SAINT RAPT M., REYNAUD J-L., ROBIN J. - Les rendez-vous préventifs chez le kinésithérapeute : une réalité en marche. 5e congrès du CNPK Saint-Brieuc, 4 et 5 juin 2010

Annexe V :

Les journées mains libres. [En ligne]. < <http://preventionmk.fr/les-journees-mains-libres/la-campagne.html>> (page consultée le 10 décembre 2011)

ANNEXES

Les facteurs influençant la santé

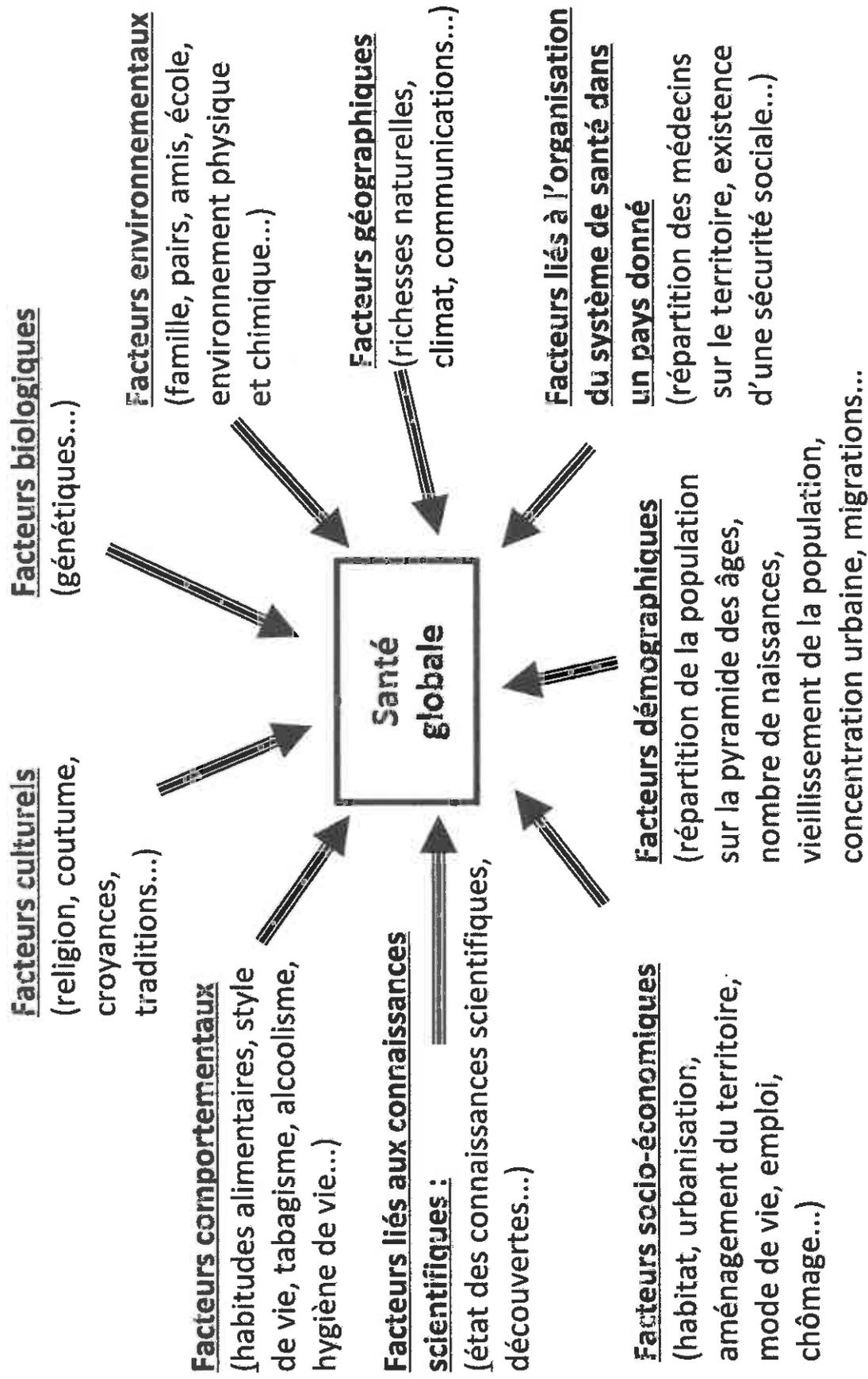
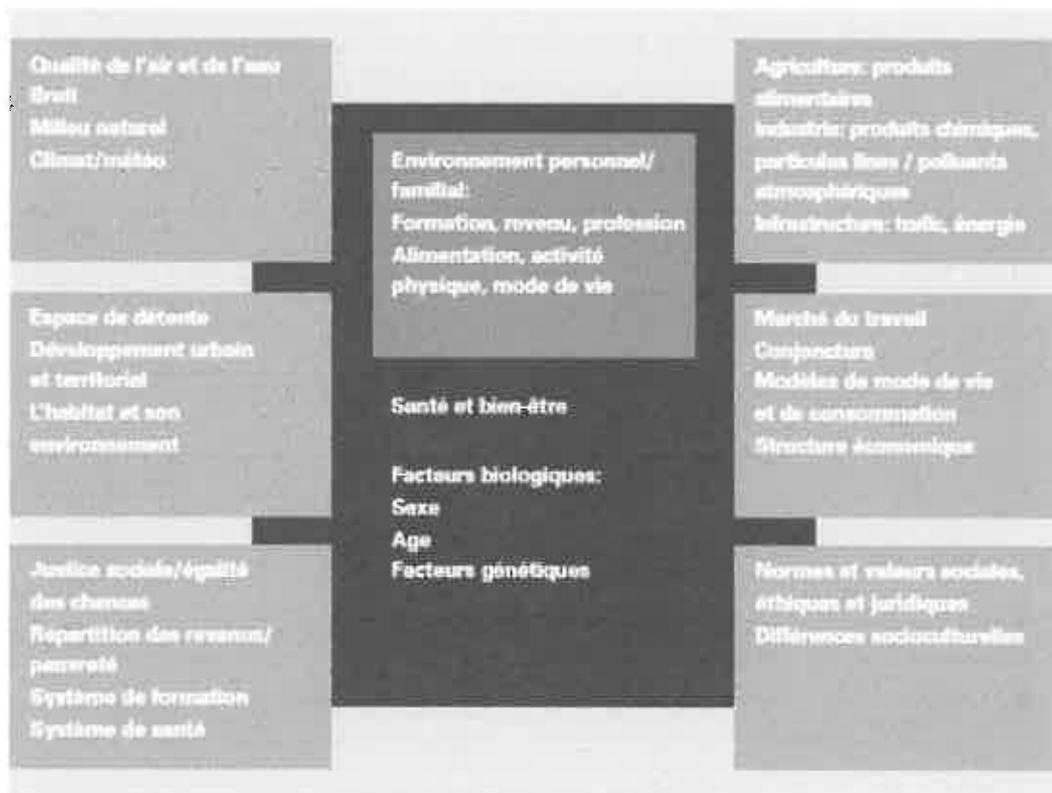


Schéma tiré de : Monnier J. *Santé publique, santé de la communauté*. Simep, 1980.

ANNEXE II : Les déterminants de la santé

Les déterminants de la santé selon l'Office fédéral de la santé publique¹



¹ Office fédéral de la santé publique: Plan directeur de recherche en santé publique 2004-2007. OFSP, 2002.

Schéma tiré de : VAN DER LINDE F. - Renforcer la promotion de la santé et la prévention, bases pour l'élaboration d'une stratégie en Suisse. Ensemble pour le mieux être, Promotion Santé Suisse, 2006

ANNEXE III: Les déterminants de la santé

Les déterminants de la santé selon Promotion Santé Suisse

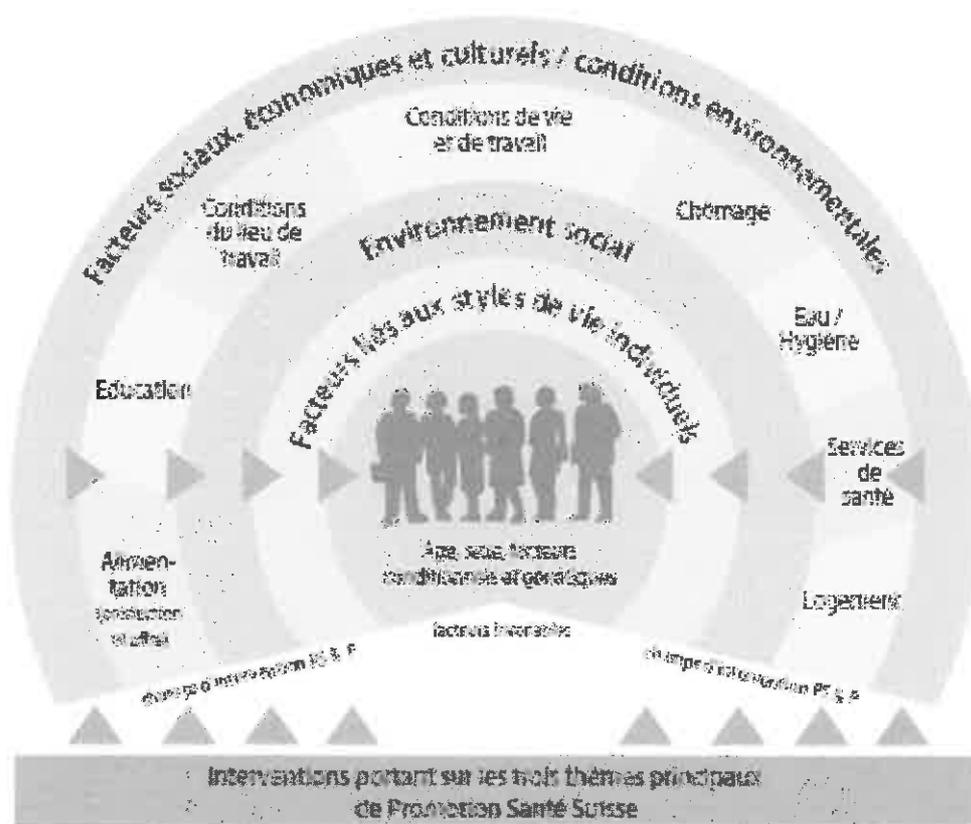


Schéma: Les principaux facteurs déterminant la santé selon l'OMS, rapportés à la stratégie à long terme de Promotion Santé Suisse.

Schéma tiré de : VAN DER LINDE F. - Renforcer la promotion de la santé et la prévention, bases pour l'élaboration d'une stratégie en Suisse. Ensemble pour le mieux être, Promotion Santé Suisse, 2006

ANNEXE IV :

Les RDV de prévention chez le masseur-kinésithérapeute

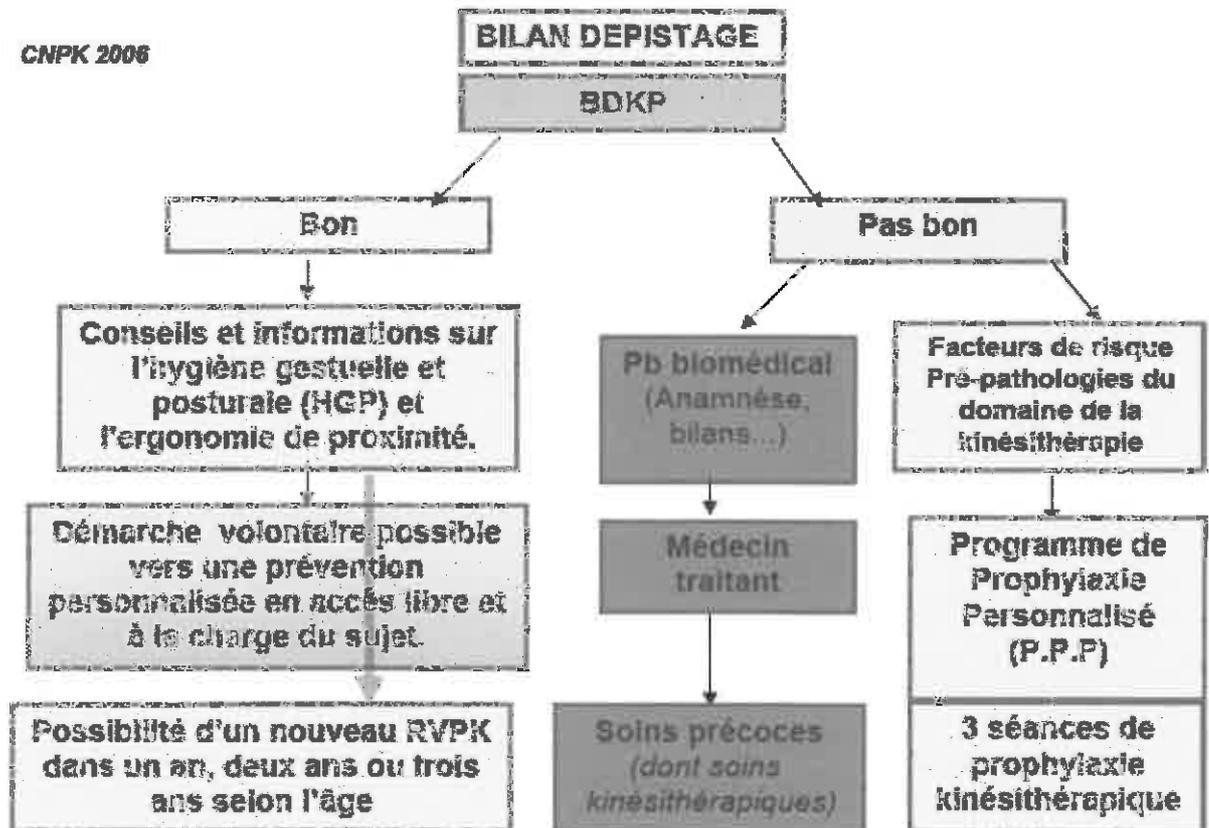


Schéma tiré de : DE SAINT RAPT M., REYNAUD J-L., ROBIN J. - Les rendez-vous préventifs chez le kinésithérapeute : une réalité en marche. 5ème congrès du CNPK Saint-Brieuc, 4 et 5 juin 2010

ANNEXE V : Les journées mains libres

Faire un bilan diagnostique

Faire une séance
consultation
c'est

Anticiper la douleur

avec votre

Masseur
Kinésithérapeute

Les journées mains libres
Prévention et kinésithérapie

Du 1^{er} juin 2010 au 19 juin 2010

Dates

La campagne de prévention gratuite se déroulera
Du 1^{er} juin 2010 au 19 juin 2010.

Pendant cette période vous pourrez bénéficier d' un
bilan préventif et d'un soin gratuit par personne
chez un masseur-kinésithérapeute participant à
l'opération.

Lieu : Tous les cabinets de masseurs-
kinésithérapeutes participants en France.

Informations: Rendez-vous sur le site
preventionmk.fr ou parlez-en à votre
praticien.

Affiche tirée du site : preventionmk.fr

ANNEXE VI :

Questionnaire à destination des masseurs kinésithérapeutes

Vous êtes : un homme
 une femme

Dans quelle catégorie d'âge vous trouvez-vous actuellement ?

- Entre 20 et 29 ans
- Entre 30 et 39 ans
- Entre 40 et 49 ans
- Entre 50 et 59 ans
- 60 ans et au delà

Depuis quand exercez-vous ?

- Moins de 1 an
- Entre 1 et 9 ans
- Entre 10 et 19 ans
- Entre 20 et 29 ans
- 30 ans et au delà

Avez-vous une formation complémentaire à celle de masso-kinésithérapie ?

oui non

Si oui, laquelle ?

Combien d'habitants comporte la commune où se trouve votre cabinet ? :

- > 100 000
- > 20 000
- > 5 000
- < 5 000

La prévention...

Selon l'OMS, la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps.

Les 3 niveaux de prévention sont :

- la prévention primaire qui vise à réduire le risque d'apparition de cas nouveaux,
- la prévention secondaire qui vise à réduire l'évolution de la maladie,
- la prévention tertiaire qui vise à réduire les invalidités consécutives à la maladie.

Et vous, pensez-vous faire de la prévention ?

oui non

Si oui : - A quel niveau ?

- Prévention primaire
- Prévention secondaire
- Prévention tertiaire

- Citez des exemples de situation pour lesquels vous réalisez de la prévention :

- A quelle fréquence ?

- Jamais (pour aucun patient)
- Occasionnellement
- Régulièrement
- Toujours (pour chaque patient)
- Autre (citer) :

- Sous quelle forme ?

- Par du conseil ponctuel
- Par un acte ponctuel
- Par l'orientation vers un thérapeute compétent
- Par l'orientation vers le médecin traitant pour la prescription d'une prise en charge complémentaire en masso-kinésithérapie
- Autre (citer) :

Si non : Pourquoi ?

- Cela vous semble inopportun
- Vous manquez de temps
- Ce n'est pas votre rôle
- Acte n'est pas codifié par l'assurance maladie
- Ça ne fait pas partie de la prescription
- Vous manquez de connaissances sur le domaine de la prévention
- Autre (citer) :

Avez-vous des commentaires à faire, des informations complémentaires à apporter ?

ANNEXE VII

sujet	sexe	âge	durée d'exercice	formation complémentaire	intitulé de la formation	population commune d'exercice	réalisation de prév° ?	niv de prév°	fréquence de réalisation	prév° 1aire effective
1	une femme	entre 20 et 29 ans	entre 1 et 9 ans	non		>100 000 habitants	oui	1aire, 2aire, 3aire	Régulièrement	2
2	une femme	entre 30 et 39 ans	entre 10 et 19 ans	non		>100 000 habitants	oui	2aire, 3aire	Régulièrement	2
3	une femme	entre 30 et 39 ans	entre 1 et 9 ans	oui	respi; thérapie viscérale; expert judiciaire en kinésithérapie	>100 000 habitants	oui	2aire	Jamais (pour aucun patient)	2
4	un homme	entre 50 et 59 ans	entre 20 et 29 ans	non		<5 000 habitants	non		Occasionnellement	2
5	un homme	entre 30 et 39 ans	entre 10 et 19 ans	oui	Thérapie manuelle	<5 000 habitants	non		Occasionnellement	2
6	un homme	entre 30 et 39 ans	entre 1 et 9 ans	oui	Maitrise STAPS éducation et motricite	>100 000 habitants	oui	1aire, 2aire, 3aire	Régulièrement	1
7	une femme	entre 30 et 39 ans	entre 1 et 9 ans	oui	thérapie manuelle / orthokinésie-kinépodie	>100 000 habitants	oui	2aire, 3aire	Toujours (pour chaque patient)	2
8	un homme	entre 20 et 29 ans	entre 1 et 9 ans	non		>5 000 habitants	oui	3aire	Occasionnellement	2
9	un homme	entre 30 et 39 ans	entre 1 et 9 ans	oui	DU Reconstruction Posturale, Certificat d'Etude Complémentaire en Kinesithérapie du Sport	>100 000 habitants	oui	1aire, 2aire, 3aire	Toujours (pour chaque patient)	2
10	une femme	entre 30 et 39 ans	entre 1 et 9 ans	oui	uro gynecologie et osteopathie articulaire	>20 000 habitants	oui	1aire, 2aire, 3aire	Régulièrement	1
11	une femme	entre 20 et 29 ans	entre 1 et 9 ans	non		>100 000 habitants	oui	1aire, 2aire, 3aire	Régulièrement	1
12	un homme	entre 30 et 39 ans	entre 1 et 9 ans	non		>20 000 habitants	oui	2aire, 3aire	Régulièrement	2

13	un homme	entre 30 et 39 ans	entre 10 et 19 ans	oui	BIOKINERGIE	>20 000 habitants	oui	1aire, 2aire, 3aire	Occasionnellement	2
14	un homme	60 ans et au delà	30 ans et au delà	non	kiné respiratoire, recentrage épaule,	>100 000 habitants	oui	1aire, 2aire, 3aire	Toujours (pour chaque patient)	2
15	un homme	entre 20 et 29 ans	entre 1 et 9 ans	oui	kiné énergétique, médecine des ventouses	>20 000 habitants	oui	1aire, 2aire, 3aire	Toujours (pour chaque patient)	1
16	un homme	entre 50 et 59 ans	entre 20 et 29 ans	oui	ostéo+chinois humain véto	>5 000 habitants	oui	1aire, 2aire, 3aire	Toujours (pour chaque patient)	2
17	une femme	entre 30 et 39 ans	entre 1 et 9 ans	non		>20 000 habitants	oui	1aire	Régulièrement	1
18	un homme	entre 40 et 49 ans	entre 10 et 19 ans	non		>5 000 habitants	oui	1aire, 2aire, 3aire	Occasionnellement	2
19	un homme	entre 30 et 39 ans	entre 1 et 9 ans	oui	microkiné	>5 000 habitants	oui	2aire	Régulièrement	2
20	une femme	entre 20 et 29 ans	entre 1 et 9 ans	non		>20 000 habitants	oui	2aire, 3aire	Régulièrement	2
21	un homme	entre 40 et 49 ans	entre 20 et 29 ans	oui	pediatrie	>5 000 habitants	oui	2aire	Occasionnellement	2
22	une femme	entre 20 et 29 ans	entre 1 et 9 ans	non		>5 000 habitants	oui		Occasionnellement	2
23	une femme	entre 20 et 29 ans	entre 1 et 9 ans	non		<5 000 habitants	oui	2aire, 3aire	Régulièrement	2
24	une femme	entre 40 et 49 ans	entre 20 et 29 ans	non		<5 000 habitants	oui	1aire, 2aire	Régulièrement	2
25	un homme	entre 30 et 39 ans	entre 1 et 9 ans	oui	k taping	>100 000 habitants	oui	1aire, 2aire, 3aire	Régulièrement	1
26	un homme	entre 20 et 29 ans	entre 1 et 9 ans	oui	DU kinésithérapie du Sport	>20 000 habitants	oui	1aire	Régulièrement	1
27	une femme	entre 20 et 29 ans	entre 1 et 9 ans	non		<5 000 habitants	oui	2aire, 3aire	Régulièrement	2

28	une femme	entre 40 et 49 ans	entre 10 et 19 ans	oui	Myothérapie	>5 000 habitants	oui	2aire, 3aire	Toujours (pour chaque patient)	2
29	une femme	entre 20 et 29 ans	entre 1 et 9 ans	oui	hirudothérapie	>20 000 habitants	oui	2aire, 3aire	Occasionnellement	2
30	un homme	entre 30 et 39 ans	entre 10 et 19 ans	oui	microkinésithérapie	>20 000 habitants	oui	2aire, 3aire	Régulièrement	2
31	un homme	entre 50 et 59 ans	30 ans et au delà	oui	Osteopathie	>5 000 habitants	oui	1aire, 2aire, 3aire	Toujours (pour chaque patient)	1
32	un homme	entre 50 et 59 ans	entre 20 et 29 ans	oui	OSTEO+ACUPUNCTURE+MICROKINESITHE RAPIE	<5 000 habitants	oui	1aire	Occasionnellement	1
33	un homme	entre 30 et 39 ans	entre 1 et 9 ans	non	Sport, respi, thérapie manuelle, kinesiotalping...	<5 000 habitants	oui	1aire, 2aire, 3aire	Toujours (pour chaque patient)	2
34	un homme	entre 20 et 29 ans	entre 1 et 9 ans	non		>5 000 habitants	oui	1aire, 2aire, 3aire	Régulièrement	2
35	un homme	entre 20 et 29 ans	entre 1 et 9 ans	oui	osteopathie, niromathe, kinesio-taping	>20 000 habitants	oui	2aire, 3aire	Occasionnellement	2
36	une femme	entre 20 et 29 ans	entre 1 et 9 ans	oui	STAPS	>20 000 habitants	oui	1aire	Toujours (pour chaque patient)	2
37	un homme	entre 40 et 49 ans	entre 20 et 29 ans	oui	Psychopraticien	>100 000 habitants	oui	1aire, 2aire	Toujours (pour chaque patient)	2
38	une femme	entre 50 et 59 ans	entre 20 et 29 ans	oui	médecine traditionnelle chinoise	>100 000 habitants	oui	2aire, 3aire	Régulièrement	2
39	une femme	entre 20 et 29 ans	Moins de 1 an	non		>5 000 habitants	oui	1aire, 2aire, 3aire	Régulièrement	1
40	un homme	entre 30 et 39 ans	entre 10 et 19 ans	non		>20 000 habitants	oui	2aire, 3aire	Toujours (pour chaque patient)	2
41	une femme	entre 20 et 29 ans	entre 1 et 9 ans	non		<5 000 habitants	oui	1aire	Occasionnellement	2
42	un homme	entre 20 et 29 ans	entre 1 et 9 ans	oui	ostéopathie	>5 000 habitants	oui	2aire	Régulièrement	2
43	un homme	entre 50 et 59 ans	30 ans et au delà	oui	OSTEOPATHIE	>5 000 habitants	oui	1aire, 2aire	Toujours (pour chaque patient)	1

44	une femme	entre 20 et 29 ans	entre 1 et 9 ans	oui		>20 000 habitants	oui	2aire, 3aire	Régulièrement	2
45	une femme	entre 20 et 29 ans	entre 1 et 9 ans	non		<5 000 habitants	oui	1aire, 2aire, 3aire	Occasionnellement	2
46	une femme	entre 20 et 29 ans	entre 1 et 9 ans	oui	reflexologie plantaire	>20 000 habitants	oui	1aire, 2aire, 3aire	Régulièrement	1
47	un homme	entre 20 et 29 ans	Moins de 1 an	non		<5 000 habitants	oui	1aire, 2aire, 3aire	Toujours (pour chaque patient)	1
48	une femme	entre 50 et 59 ans	entre 20 et 29 ans	oui	Uro / Drainage lymphatique	>20 000 habitants	oui	2aire, 3aire	Régulièrement	2
49	un homme	60 ans et au delà	30 ans et au delà	oui	OSTEO	>20 000 habitants	oui	1aire	Toujours (pour chaque patient)	2
50	un homme	entre 30 et 39 ans	entre 1 et 9 ans	oui	osteopathie	>5 000 habitants	oui	1aire, 2aire, 3aire	Toujours (pour chaque patient)	1
51	une femme	entre 40 et 49 ans	entre 10 et 19 ans	oui	posturale DIU pelvipérinéologie Master2 sciences de l'éducation	<5 000 habitants	oui	1aire, 2aire, 3aire	Toujours (pour chaque patient)	1
52	une femme	entre 20 et 29 ans	entre 1 et 9 ans	non		>100 000 habitants	oui	2aire, 3aire	Régulièrement	2
53	une femme	entre 40 et 49 ans	entre 20 et 29 ans	oui	heilpraktiker	>100 000 habitants	oui	1aire, 2aire	Toujours (pour chaque patient)	1
54	un homme	entre 20 et 29 ans	Moins de 1 an	non		>5 000 habitants	oui	2aire	Régulièrement	2
55	un homme	entre 50 et 59 ans	30 ans et au delà	oui	Micrikiné	<5 000 habitants	oui	1aire, 2aire, 3aire	Régulièrement	1
56	un homme	entre 20 et 29 ans	entre 1 et 9 ans	non		>5 000 habitants	oui	1aire	Régulièrement	2
57	un homme	entre 20 et 29 ans	Moins de 1 an	non		>100 000 habitants	oui	2aire, 3aire	Toujours (pour chaque patient)	2
58	un homme	entre 50 et 59 ans	30 ans et au delà	oui	licence de theologie	>5 000 habitants	oui	1aire, 2aire, 3aire	Régulièrement	1

59	un homme	60 ans et au delà	30 ans et au delà	non		>20 000 habitants	oui	3aire	Occasionnellement	2
60	un homme	entre 40 et 49 ans	entre 10 et 19 ans	oui	ostéo-étiopathie	>5 000 habitants	oui	1aire, 2aire, 3aire	Régulièrement	2
61	un homme	entre 20 et 29 ans	entre 1 et 9 ans	non		<5 000 habitants	oui	2aire	Occasionnellement	2
62	une femme	entre 30 et 39 ans	entre 1 et 9 ans	non		>5 000 habitants	oui	1aire, 2aire	Régulièrement	1
63	une femme	entre 30 et 39 ans	entre 10 et 19 ans	oui	Osteopathie	>100 000 habitants	oui	1aire, 2aire	Régulièrement	2
64	un homme	entre 40 et 49 ans	entre 10 et 19 ans	oui	micro kinesitherapie	<5 000 habitants	oui	1aire, 2aire, 3aire	Régulièrement	2
65	une femme	entre 20 et 29 ans	entre 1 et 9 ans	oui	rpg	>20 000 habitants	oui	2aire, 3aire	Régulièrement	2
66	un homme	entre 20 et 29 ans	entre 1 et 9 ans	non		<5 000 habitants	oui	1aire	Régulièrement	1
67	un homme	entre 30 et 39 ans	entre 1 et 9 ans	non		>5 000 habitants	oui	1aire, 2aire, 3aire	Régulièrement	1
68	une femme	entre 20 et 29 ans	entre 1 et 9 ans	non		<5 000 habitants	oui	1aire, 2aire	Régulièrement	1
69	une femme	entre 20 et 29 ans	entre 1 et 9 ans	non		>5 000 habitants	oui	1aire, 2aire, 3aire	Régulièrement	2
70	une femme	entre 20 et 29 ans	entre 1 et 9 ans	oui	microkiné	>20 000 habitants	oui	1aire, 2aire	Régulièrement	2
71	un homme	entre 20 et 29 ans	entre 1 et 9 ans	oui	microkiné	<5 000 habitants	oui	1aire, 2aire, 3aire	Toujours (pour chaque patient)	2
72	un homme	entre 30 et 39 ans	entre 10 et 19 ans	oui	osteopathie	>20 000 habitants	oui	2aire	Régulièrement	2
73	une femme	entre 30 et 39 ans	entre 1 et 9 ans	oui	therapie manuelle	>20 000 habitants	oui	1aire, 2aire, 3aire	Régulièrement	1
74	une femme	entre 20 et 29 ans	entre 1 et 9 ans	oui	fasciathérapie, medecine chinoise	>20 000 habitants	oui	1aire, 2aire	Régulièrement	2

75	une femme	entre 20 et 29 ans	entre 1 et 9 ans	oui	Uro gyneco			oui				Occasionnellement	2
76	une femme	entre 20 et 29 ans	entre 1 et 9 ans	oui	Crochetage myo facial, microkinésithérapie	> 5 000 habitants		oui			1aire, 2aire, 3aire	Régulièrement	2
77	une femme	entre 20 et 29 ans	entre 1 et 9 ans	oui	Uro gyneco	> 5 000 habitants		oui			2aire	Régulièrement	2
78	un homme	entre 30 et 39 ans	entre 1 et 9 ans	oui	osteo	> 100 000 habitants		oui			1aire	Toujours (pour chaque patient)	2
79	un homme	entre 40 et 49 ans	entre 10 et 19 ans	oui	Osteopathie	> 20 000 habitants		oui			3aire	Occasionnellement	2
80	un homme	entre 30 et 39 ans		non		> 5 000 habitants					2aire, 3aire	Toujours (pour chaque patient)	2
81	un homme	entre 50 et 59 ans	entre 20 et 29 ans	oui	ostéopathie, énergétique chinoise ...	> 5 000 habitants		oui			2aire	Régulièrement	2
82	un homme	entre 40 et 49 ans	entre 10 et 19 ans	oui	Osteopathie	> 5 000 habitants		oui			3aire	Régulièrement	2
83	une femme	entre 20 et 29 ans	entre 1 et 9 ans	non		< 5 000 habitants					1aire, 2aire, 3aire	Occasionnellement	2
84	une femme	entre 20 et 29 ans			rééducation périnéale homme et femme, kinésithérapie du sport, kinésithérapie viscérale, rééducation anorectal	> 5 000 habitants		oui			2aire, 3aire	Régulièrement	2
85	un homme	entre 40 et 49 ans	entre 20 et 29 ans	non		< 5 000 habitants					2aire, 3aire	Régulièrement	2
86	un homme	entre 50 et 59 ans	30 ans et au delà	oui	moniteur de voile	> 100 000 habitants		oui			1aire, 2aire, 3aire	Toujours (pour chaque patient)	1
87	un homme	entre 40 et 49 ans	entre 10 et 19 ans	oui	osteo	> 100 000 habitants		oui			1aire, 2aire, 3aire	Régulièrement	1
88	une femme	entre 20 et 29 ans	entre 1 et 9 ans	oui	thérapie manuelle	< 5 000 habitants		oui			2aire	Occasionnellement	2
89	une femme	entre 20 et 29 ans	entre 1 et 9 ans	non		> 100 000 habitants					3aire	Toujours (pour chaque patient)	2

90	un homme	entre 20 et 29 ans	entre 1 et 9 ans	oui	thérapie manuel sohier	<5 000 habitants	oui	1aire, 2aire, 3aire	Occasionnellement	1
91	une femme	entre 40 et 49 ans	entre 20 et 29 ans	oui	rééducation périnéale, kiné du sport, kiné respi, reflexothérapie plantaire, école du dos, endermologie, drainage lymphatique et cancer du sein, ostéopathie	>100 000 habitants	oui	1aire, 2aire, 3aire	Toujours (pour chaque patient)	1
92	une femme	entre 20 et 29 ans	Moins de 1 an	oui	Crochet	>20 000 habitants	oui	1aire, 2aire, 3aire	Régulièrement	2
93	une femme	entre 20 et 29 ans	entre 1 et 9 ans	non		<5 000 habitants	oui	2aire, 3aire	Toujours (pour chaque patient)	2
94	un homme	entre 20 et 29 ans	entre 1 et 9 ans	non		>100 000 habitants	oui	1aire, 2aire, 3aire	Toujours (pour chaque patient)	1
95	une femme	entre 20 et 29 ans	entre 1 et 9 ans	non		>5 000 habitants	oui	1aire, 2aire, 3aire	Régulièrement	2
96	un homme	entre 20 et 29 ans	Moins de 1 an	oui	ergothérapeute	<5 000 habitants	oui	2aire, 3aire	Régulièrement	2
97	un homme	entre 50 et 59 ans	entre 20 et 29 ans	oui	Orthopédiste	>20 000 habitants	oui	1aire	Régulièrement	1
98	un homme	entre 40 et 49 ans	entre 20 et 29 ans	oui	ostoe	>100 000 habitants	oui	1aire	Occasionnellement	2
99	un homme	60 ans et au delà	30 ans et au delà	non		<5 000 habitants	oui	1aire, 2aire, 3aire	Toujours (pour chaque patient)	2
100	une femme	entre 20 et 29 ans	Moins de 1 an	non		>5 000 habitants	oui	2aire	Régulièrement	2
101	une femme	entre 30 et 39 ans	entre 10 et 19 ans	oui	Chaines Musculaires	>5 000 habitants	oui	2aire	Régulièrement	2
102	un homme	entre 30 et 39 ans	entre 1 et 9 ans	non		>5 000 habitants	oui	1aire, 2aire, 3aire	Régulièrement	1

103	une femme	entre 30 et 39 ans	entre 1 et 9 ans	non		<5 000 habitants	oui	1aire, 2aire, 3aire	Régulièrement	1
104	une femme	entre 40 et 49 ans	entre 20 et 29 ans	non		>20 000 habitants	oui	1aire, 2aire	Régulièrement	2
105	un homme	entre 50 et 59 ans	entre 20 et 29 ans	non		>100 000 habitants	oui	1aire	Régulièrement	1
106	un homme	entre 20 et 29 ans	Moins de 1 an	non		>5 000 habitants	oui	1aire, 2aire	Régulièrement	1
107	un homme	entre 20 et 29 ans	entre 1 et 9 ans	non		>5 000 habitants	oui	2aire, 3aire	Régulièrement	2
108	un homme	entre 20 et 29 ans	entre 1 et 9 ans	non		>100 000 habitants	oui	1aire, 2aire, 3aire	Occasionnellement	2
109	une femme	entre 20 et 29 ans	entre 1 et 9 ans	non		<5 000 habitants	non		Jamais (pour aucun patient)	2
110	une femme	entre 20 et 29 ans	Moins de 1 an	non		<5 000 habitants	oui	2aire	Occasionnellement	2
111	une femme	entre 20 et 29 ans	entre 1 et 9 ans	oui	uro-gynéco	>100 000 habitants	oui	2aire, 3aire	Régulièrement	2

La colonne « prévention primaire effective » a été ajoutée aux résultats bruts. En comparant les réponses relatives au niveau de prévention réalisé, aux exemples illustrant cette prévention, on s'aperçoit que les niveaux de prévention pratiqués ne sont pas ceux cités. Ainsi « 1 » signifie prévention primaire et « 2 » sont les autres degrés de prévention.