

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

# **Le kinésithérapeute, un acteur incontournable en Prévention et Promotion de la Santé...?**

Mémoire présenté par **Adrien CONTENOT**,  
Étudiant en 3<sup>e</sup> année de masso- kinésithérapie  
En vue de l'obtention du  
Diplôme d'Etat de Masseur-kinésithérapeute  
2014-2017

## SOMMAIRE

### RESUME

<b>1. INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>2. LE MONDE DE LA PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE (PPS).....</b>	<b>2</b>
<b>2.1. Approche globale commune à tous les acteurs en PPS.....</b>	<b>2</b>
2.1.1. Appréhender une définition au travers des concepts - clés .....	2
La Santé Publique .....	2
La Promotion de la Santé .....	3
La Prévention Santé.....	3
L'Education pour la Santé .....	5
L'ETP .....	5
2.1.2. Politiques et organisations de la PPS en France.....	6
Brefs retours sur la place de la PPS dans la législation .....	6
Un pilotage complexe.....	7
Un système de financement existant, mais complexe .....	8
<b>2.2. Approche spécifique au MK .....</b>	<b>9</b>
2.2.1. Une légitimité ancrée dans les textes qui régissent l'activité du MK.....	9
Décret de compétences .....	10
Code de déontologie .....	10
Convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes.....	11
Nomenclature des actes de masso-kinésithérapie (NGAP).....	11
2.2.2. Compétence acquise .....	11
2.2.3. Point de vue des institutions.....	15
Ordre des MK.....	15
URPS MK.....	16
Syndicats .....	16
L'Institut National de Prévention en Kinésithérapie .....	17
France Kiné Prévention (anciennement Comité National Prévention Kinésithérapie).....	17
Lumière sur le « Rendez-vous Préventif Santé Kiné » (RVPSK) : .....	18
Exemple d'opinion d'un institut de formation.....	19
<b>3. METHODE .....</b>	<b>19</b>
<b>3.1. Planification .....</b>	<b>19</b>
<b>3.2. Objectif de l'enquête .....</b>	<b>20</b>
<b>3.3. Recherches bibliographiques .....</b>	<b>20</b>
<b>3.4. Elaboration du questionnaire .....</b>	<b>20</b>
<b>3.5. Population .....</b>	<b>21</b>
<b>3.6 Mode de diffusion, et de collecte .....</b>	<b>21</b>
<b>3.7 Traitement des résultats .....</b>	<b>21</b>
<b>4. RESULTATS .....</b>	<b>22</b>
<b>5. DISCUSSION.....</b>	<b>26</b>
<b>6. CONCLUSION .....</b>	<b>30</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>1</b>

## **RESUME**

Large sphère aux nombreux concepts et aux contours mouvants selon la fibre professionnelle de celui qui l'analyse : la Prévention et Promotion de la Santé, plus vaste que l'approche propre du MK, est avant tout pluri-professionnelle et nécessite une mixité de regards pour agir efficacement.

En vogue dans les politiques publiques ces dernières années, la Prévention et Promotion de la Santé réclame de s'y plonger pour en comprendre les subtils mécanismes. Car si le MK possède un grand nombre de qualités et d'arguments pour garantir sa place dans ce milieu de la PPS, il n'en demeure pas moins doté d'une culture, à ce jour, insuffisante pour prétendre au qualificatif d' « acteur incontournable ».

Toutefois, l'évolution de la profession, à travers les nouvelles générations de MK, se dirige à la croisée des chemins, entre volonté des pouvoirs politiques en matière de santé, ambition des décideurs sur la profession de MK et attirance croissante de la population quant à ce volet de leur santé.

C'est ce que montre notre enquête diffusée par mail et sur les réseaux sociaux à laquelle 809 MK (diplômés et étudiants) ont répondu. Celle-ci vise à cerner la place et l'attitude du MK au cœur de cette thématique Prévention et Promotion de la Santé avec quatre parties : la situation actuelle du MK ; son expérience et sa motivation ; sa culture générale en PPS et enfin sa légitimité et sa capacité à agir en PPS.

**Mots-clés** : Prévention - Promotion de la Santé - Education pour la santé - Kinésithérapeute

## 1. INTRODUCTION

« Renforcer la prévention et la promotion de la santé ». Cette phrase qui sonne comme une injonction, marque l'intime conviction des décideurs politiques à entrer dans une ère nouvelle pour le monde de la santé. En effet, c'est le titre initial de la Loi de modernisation de la Sécurité Sociale, promulguée fin 2016. Mais c'est surtout un exemple frappant de l'évolution des mentalités autour de la Prévention et Promotion de la santé (PPS) (1). Peut-on y voir une corrélation anticipée avec la réforme du Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute (MK) qui, un an plus tôt, tend à inscrire davantage notre profession dans le champ d'action de la PPS (2) ?

Il est vrai que ces dix dernières années reflètent une perception incomplète des MK quant au potentiel PPS pour la profession, bien que cet horizon exerce une certaine attraction sur la profession, soit par impéritie ne sachant « ni que faire, ni comment faire » (3), soit par manque d'harmonie auprès des partenaires du fait d'un « éventail d'action trop large et peu cohérente (gymnastique, éducation, ergonomie,...) qui rend les interventions peu cernables » (4). Alors que Claude MEIGNAN relève un manque de formation et de culture, malgré la mise en lumière de l'aspect de la prévention « invisible » (partie intégrante à la pratique mais jamais valorisée comme telle), Franck GOUGEON avance l'idée que le premier obstacle à l'entrée des MK dans le domaine de la prévention semble être le MK lui même, un praticien qui méconnaît ce qu'est la prévention : «La profession a concentré ses efforts sur la reconnaissance et la validation de ses techniques thérapeutiques. Celles-ci devenant de plus en plus pointues et efficaces, les cabinets libéraux [...] ont été victimes de ce succès. Il s'est produit au détriment de la prophylaxie, de la prévention, du dépistage et de l'épidémiologie. Ce qui a nuit au pan préventif de l'action du MK» (5).

Nous pouvons à juste titre nous poser plusieurs questions : Dans quelle mesure les MK se sont-ils appropriés la culture PPS ? Quels sont les paramètres qui influencent le degré d'appropriation de cette culture ? Quels sont les principaux freins et leviers pour que le MK devienne un acteur PPS reconnu sur son territoire ?

C'est ce que notre travail va tenter d'appréhender, en abordant de manière synthétique les contours du domaine PPS, puis en précisant notre méthodologie d'enquête et nos résultats pour ensuite les interpréter et envisager une ouverture lors de notre conclusion.

## **2. LE MONDE DE LA PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE (PPS)**

La caractéristique principale de ce monde est son ouverture, en effet, la PPS n'appartient à personne et par conséquent à tout le monde : il n'existe pas de corps de métier ou de formation spécifique unique pour agir en PPS. En prenant en compte cela, nous aborderons cette partie avec une rubrique globale et commune à tout acteur PPS, puis nous focaliserons notre attention sur les spécificités d'actions chez le MK.

### **2.1. Approche globale commune à tous les acteurs en PPS**

#### **2.1.1. Appréhender une définition au travers des concepts - clés**

##### ***La Santé Publique***

La Santé publique se révèle être une vaste sphère regroupant tous les “efforts de la société pour prévenir la maladie, pour promouvoir la santé et pour prolonger la durée et la qualité de vie de la population”.

Vaste, dans le sens où elle ne se consacre pas uniquement à un individu ou un groupe isolé, malade ou non (6), mais plus à l'ensemble de la société.

Vaste, dans le sens où les acteurs s'avèrent variés, dans le cadre des multiples domaines d'application. F. Bourdillon, dans *Traité de Santé Publique*, y distingue ceux qui observent et expertisent, ceux qui préservent et font la promotion de la santé, ceux qui organisent et pilotent les institutions, ceux qui prennent part au débat public... Parmi eux, nombreux sont les professionnels de santé, sans formation en Santé Publique reconnue (7).

Vaste, dans le sens où les contours de la Santé Publique ne cessent de progresser au gré des évolutions sanitaires et sociales. Ces directions évoluent selon l'analyse de l'état de santé et des risques, les définitions des politiques publiques, la progression des connaissances scientifiques ou la mise en place d'actions de terrain ayant un impact sur la santé (7).

### ***La Promotion de la Santé***

La promotion de la santé renvoie à une notion étendue de la santé comme « ressource de la vie quotidienne et non but de la vie » (8). Elle repose sur le principe que l'individu doit être acteur de sa santé - à travers sa participation active et éclairée - pour maximiser son état de santé (9).

C'est un concept déjà ancien, défini en 1986 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : « La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer autour de 5 axes :

- Elaboration d'une politique de santé
- Création d'environnements favorables
- Renforcement de l'action communautaire
- Acquisition d'aptitudes individuelles
- Réorientation des services de santé » (8)

Chez les acteurs de PPS, c'est aujourd'hui ce concept-clé qui imprègne leur méthodologie d'action avec pour exemple le guide pour la catégorisation des résultats dans les démarches de Promotion de la santé (10) (ANNEXE I, Figure 1). « La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé. » (8).

A ce jour, les actions de Promotion de la Santé sont coordonnées par les Agences Régionales de Santé (ARS), et ce, depuis la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) de 2009 (9).

### ***La Prévention Santé***

« La prévention c'est parler de la santé beaucoup plus que de la maladie, montrer comment la santé se conserve, beaucoup plus que comment la maladie se guérit » (11).

De l'OMS en 1948, à la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2006, la définition évolue peu : « La prévention consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités. Sont classiquement distinguées : la prévention primaire qui agit en amont de

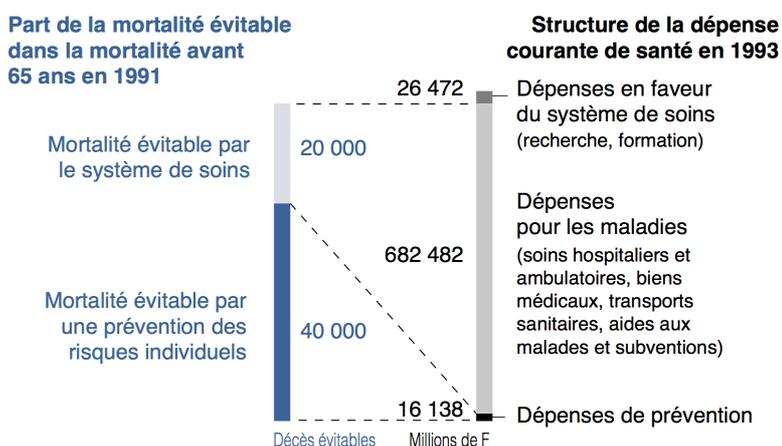
la maladie (exemple : vaccination et action sur les facteurs de risque), la prévention secondaire qui agit à un stade précoce de son évolution (exemple : dépistages), et la prévention tertiaire qui agit sur les complications et les risques de récurrence (exemple : rééducation, réadaptation) (12).

Ainsi, la prévention apparaît comme un domaine large, sans consensus de limites, qui englobe tous les déterminants de santé, toutes les populations et tous les problèmes de santé (7,13). Dalghren et Whitehead en 1991 propagent l'idée que la médecine est tellement pointue qu'elle ne peut plus s'adresser au plus grand nombre et « relativisent la portée des systèmes de soins » (14). Ils estiment que l'ère du curatif doit s'estomper au profit d'une approche portée sur la problématique du milieu.

Aujourd'hui, la conscience collective conçoit pleinement la possibilité d'agir, grâce à la prévention, sur une grande partie de la mortalité prématurée, sur la charge de morbidité et des dépenses de santé (15).

Pour autant, la prévention reste le parent pauvre des politiques de santé, avec seulement 2,2% des dépenses courantes de santé qui lui ont été consacrées en 2015 (16). Cela, malgré des analyses qui mettent en parallèle la part de la mortalité évitable, et la structure de dépenses courantes de santé, ce qui montre le potentiel d'optimisation des ressources financières (Figure 1). « La part des efforts consacrés à la prévention des risques individuels est nettement inférieure à la part des gains en mortalité prématurée qu'elle pourrait permettre » (17).

Figure 1: Efforts consacrés à la prévention et gain potentiel (17)



### ***L'Éducation pour la Santé***

Ancrée dans la législation depuis la circulaire du 22 octobre 2001 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé, l'éducation à la santé fait partie intégrante des politiques de santé.

Elle a pour but "que chaque citoyen acquière tout au long de sa vie, les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie, ainsi que celles de la collectivité :

- acquérir des aptitudes indispensables à la vie et à la prise en charge de sa santé
- accéder aux informations sur le système de santé et de protection sociale, les maladies, traitements, risques individuels et collectifs, et les manières de se protéger
- utiliser de manière optimale des services de soins, prévention et promotion santé
- s'impliquer dans les choix relatifs à sa propre santé et à celle de la collectivité » (18)

En cela, l'éducation pour la santé « aide les gens à élucider leurs propres comportements, et à voir comment ce comportement influence leur état de santé. On les encourage à faire leurs propres choix pour une vie plus saine. On ne les force pas à changer. [...] L'éducation pour la santé ne remplit pleinement sa fonction que si elle encourage les gens à participer et à choisir eux-mêmes. Ainsi, ce n'est pas faire de l'éducation pour la santé que dire simplement d'adopter un comportement favorable à la santé » (19). Il apparaît nettement que ce concept se positionne, non pas comme un transfert de connaissance, mais plutôt une démarche d'apprentissage (7).

Cela doit amener les professionnels médicaux et paramédicaux à changer leur façon d'appréhender l'éducation du patient. La démarche injonctive « du diagnostic à l'ordonnance » doit céder sa place à une démarche d'animation : Il s'agit avant tout de faire émerger des réflexions pour que chacun s'approprie des représentations positives, mais aussi d'intervenir pour étayer des propos ou proposer des repères et connaissances, sans se substituer aux participants (20).

### ***L'ETP***

L'éducation thérapeutique du patient est un axe particulier inscrit dans la loi HPST de 2009 : « L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour

objectif de rendre le patient plus autonome, en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. » (21) Nous pouvons y voir un pont entre le soin et la prévention (9).

On y retrouve cette compétence d'éducateur, pas toujours instinctive chez les soignants. Aussi le travail en réseau est-il intéressant pour la mise en place de programme d'ETP, en lien avec la spécificité et la complémentarité des professionnels du secteur (7).

En Lorraine, il existe un Pôle régional de compétences en éducation thérapeutique. Celui-ci a pour rôle :

- « - de centraliser les ressources disponibles dans le domaine de l'éducation thérapeutique,
- d'offrir des espaces d'échanges de pratiques,
- d'apporter un appui méthodologique personnalisé aux équipes de terrain de la région,
- de mobiliser et d'accompagner les professionnels de santé dans le développement d'une dynamique régionale en ETP, en cohérence avec le Projet Régional de Santé. »(22,23).

Au sein de notre région, en 2016, nous avons recensé 131 programmes d'ETP - toutes thématiques confondues (24). Il serait intéressant de recenser la présence des MK parmi ces programmes, ainsi que leur rôle.

### **2.1.2. Politiques et organisations de la PPS en France**

#### ***Brefs retours sur la place de la PPS dans la législation***

Depuis les années 2000, nous assistons à une véritable montée en puissance de l'activité PPS qui se traduit par des actes juridiques dans la Législation Française :

- En Février 2001, Bernard KOUCHNER, alors Ministre délégué à la Santé promulgue le Plan National d'Education pour la Santé (25).
- Un an plus tard, la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, inscrit la PPS et l'éducation pour la santé dans le Code de la Santé Publique. De plus, cette loi impulse la création de l'INPES (26).
- Peu de temps après, la loi du 4 août 2004, confirme le rôle prépondérant de la PPS. La politique de Santé Publique concerne entre autres : « La prévention des maladies, des

traumatismes et des incapacités » ; « L'information et l'éducation à la santé de la population et l'organisation de débats publics sur les questions de santé et de risques sanitaires » ; « L'identification et la réduction des risques éventuels pour la santé liés à des facteurs d'environnement et des conditions de travail, de transport, d'alimentation ou de consommation de produits et de services susceptibles de l'altérer » ; « La réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire » ; « L'organisation du système de santé et sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et handicaps » (27).

- Enfin en 2009, la Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) propulse l'ETP au rang de priorité nationale, et crée les ARS, et les schémas régionaux de Prévention (SRP) (7,28).
- Plus récemment, la loi du 28 décembre 2015, relative à l'adaptation de la société au vieillissement, a initié la mise en place de Conférences départementales des Financeurs, dont le rôle est de coordonner les financements de la prévention de la perte d'autonomie (29).
- Actuellement, la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, modifie le texte du 4 août 2004 pour élargir les contours, et mettre en avant «la promotion de la santé dans tous les milieux de vie » ou encore « La prévention collective et individuelle, tout au long de la vie, des maladies et de la douleur, des traumatismes et des pertes d'autonomie, notamment par la définition d'un parcours éducatif de santé de l'enfant, par l'éducation pour la santé, par la lutte contre la sédentarité et par le développement de la pratique régulière d'activités physiques et sportives à tous les âges » (27).

### ***Un pilotage complexe***

Composé d'acteurs nationaux et locaux, dispersés sur le territoire (à cause du déplacement de la prise en charge hospitalière vers le domicile), aux logiques d'interventions variées, ce tissu d'acteurs nécessite une coordination exigeante et un travail intersectoriel (14,30). (ANNEXE II, tableau 1).

Ainsi, l'ARS - et ses politiques régionales de santé- s'attache à accentuer les démarches en PPS, en favorisant la participation de l'ensemble des acteurs régionaux : décideurs (Etat, Organismes de protection sociale, Collectivités territoriales), institutions (établissements médico-sociaux, centres de santé, relais auprès des populations les plus vulnérables et des milieux de vie – familles, écoles, travail...-), professionnels, associations et réseaux, usagers, au travers d'incitations politiques et financières (appels à projets, contractualisations) (30).

Cette coordination complexe est facilitée par la mise en place de réseaux. Ils « sont la réponse à l'ensemble des problèmes auxquels le système de santé ne peut pas faire face : cloisonnements, échelles multiples et recouvrements partiels des territoires et des aires d'interventions” (déclaration du Président de la Confédération Nationale des Réseaux en 2005) (14).

Il ressort de ce contexte un besoin d'instituer, chez les porteurs d'initiatives, une démarche- projet. (31). De l'analyse de l'état de santé ou des besoins, au suivi des programmes et leur évaluation, en passant par la définition et la planification d'actions, le cheminement doit s'appuyer sur des orientations nationales, régionales et bien entendu sur les spécificités locales (32).

### ***Un système de financement existant, mais complexe***

Bien que nous ne trouvons pas de trace de rémunération pour un acte de prévention conventionné chez les MK, les possibilités de financement existent pour valoriser les interventions en PPS : la contractualisation-facturation, les subventions publiques ou encore les appels à projets, etc....

Ces modalités relèvent de l'initiative propre à chaque MK, qui doit alors démarcher ces financeurs (entreprises, particuliers, institutions, etc....) et mettre en avant ses spécificités en lien avec les besoins et/ou les demandes du bénéficiaire de la prestation.

En cela, la contractualisation-facturation non conventionnée est plus facilement accessible au MK libéral, car les subventions publiques et les appels à projets sont principalement accessibles aux associations, réseaux, institutions.

Concernant les sources de financement, l'investissement des organismes dépend de leurs missions et de leurs convictions. S'il apparaît de nombreux organismes-ressources dans le paysage PPS, seuls quelques promoteurs se distinguent par les budgets alloués, la pérennisation de leurs fonds et le caractère innovant des orientations. En voici quelques exemples :

L'ARS Grand Est (33) a consacré à la PPS, en 2015, un budget de 30,57M€ pour la grande région dont 12,39M€ pour la Lorraine :

- 6,65M€ pour les structures de dépistages et les centres des préventions (fonctionnement + campagne)
- 2,42M€ pour les programmes d'ETP
- 2,38M€ pour les actions de prévention et promotion santé (29% addictions ; 14% MCV ; 14% VIH ; 13% accès à la santé pour les plus démunis ; 13% santé mentale ; 10% APS et alimentation ; 1% maintien à domicile.

La conférence départementale des Financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées (34) est initiée en 2015, dans le cadre de la stratégie d'adaptation de la société au vieillissement. Au-delà du but de fédérer les acteurs autour d'une vision partagée, elle centralise et organise les financements liés à la prévention de la perte d'autonomie, à un niveau départemental (actions individuelles et collectives de prévention). Parmi ses axes d'orientation, nous trouvons « l'amélioration de l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles » et « le développement d'autres actions collectives de prévention ». En 2016, le montant des concours annuels inscrits dans l'arrêté du 5 avril 2016 est de 102M€ pour le concours des « autres actions de prévention » (35).

## **2.2. Approche spécifique au MK**

### **2.2.1. Une légitimité ancrée dans les textes qui régissent l'activité du MK**

Nous proposons une lecture dirigée des principales parties des textes qui régissent l'activité du MK : le Code de la Santé Publique (CSP) ; le Code de déontologie ; le Décret de compétences ; le Conventionnement national. Nous sommes conscients que le décret de compétences et le code de déontologie sont issus du CSP, aussi, ils seront abordés séparément, afin d'apporter plus de clarté à la lecture.

### ***Code de la Santé Publique***

Le texte-phare qui régit l'activité des professionnels de santé, et donc du MK, est le Code de la Santé Publique. Il y transparaît constamment la volonté d'orienter les pratiques vers la PPS. Non seulement, il intègre les concepts-clés dans la définition même de la politique de santé publique, mais il invite également les professionnels (de santé, auxiliaire médical, masseur-kinésithérapeute) à concourir à la réalisation des programmes de santé, et fixe les principes d'actions PPS, selon les propositions de l'OMS. En effet, il précise que l'accès aux soins et la prise en charge des malades comprend : « La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients et l'éducation pour la santé ».(*Art. L1411-1 ; Art. L1411-1-2 ; Art. L1411-1-8 ; Art. L1411-11 ; Art. L4001-1 ; Art. L4301-1*).

Ce texte définit même l'action de la masso-kinésithérapie avec les termes de « promotion de la santé, prévention, diagnostic » et déclare que l'ETP peut être dispensée par les professionnels de santé, dont les MK. (*Art. L4321-1 ; Art. D1161-1*) (36).

### ***Décret de compétences***

Incontournable par son statut de référence des actes professionnels, et l'exercice de la profession de MK, ce texte intègre quelques notions de PPS. Nous y distinguons l'aspect « préventif » dans les objectifs de la masso-kinésithérapie, ainsi que dans certaines de ses méthodes (gymnastique médicale). Par ailleurs, si ce décret incite le MK à participer à différentes actions d'éducation, de prévention, de dépistage et de formation, il l'autorise clairement à « prévenir les escarres » et « assurer la prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses » dans certaines conditions. (*Art. R4321-1 ; Art. R4321-4 ; Art. R4321-9 ; Art. R4321-13*) (37).

### ***Code de déontologie***

Le code de déontologie se positionne en garant du respect du patient et des soins prodigués, et aborde quelques éléments sur la PPS. Il engage le MK à soutenir les autorités compétentes en vue de la protection de la santé et de l'éducation sanitaire, et lui propose de participer à l'information éducative et sanitaire auprès d'un public non professionnel. (*Art. R. 4321-63 ; Art. R. 4321-64*) (38).

### ***Convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes***

Cette convention fixe les accords entre les MK et l'UNCAM. Le titre I-1.3 porte sur la prévention en masso-kinésithérapie. Nous y relevons que les « partenaires estiment très important de développer le sujet de la prévention » et que la « profession souhaite particulièrement voir son implication reconnue en ce domaine ». Ainsi, cette convention valorise la place des masseurs-kinésithérapeutes comme acteurs de santé publique, et les partenaires s'engagent à poursuivre leurs travaux visant à définir et mettre en œuvre des actions de prévention (39).

### ***Nomenclature des actes de masso-kinésithérapie (NGAP)***

L'unique présence du terme « prévention » apparait à peine en arrière-plan dans le bilan-diagnostic kinésithérapique. Celui-ci peut être « enrichi, au fil du traitement par les propositions consécutives (poursuite du traitement, exercices d'entretien et de prévention...)».

D'autres textes intéressants nous ont semblé en marge avec notre sujet et n'ont pas été étudiés :

- *Le code du travail qui s'applique aux salariés.*
- *Le code de la sécurité sociale s'applique aux libéraux conventionnés dont le code de la sécurité sociale qui régit notamment les rapports entre les caisses de sécurité sociale, les assurés et les professionnels de santé.*
- *Le code de l'action sociale et des familles qui régit les soins aux personnes âgées et handicapées*

Manifestement, la juxtaposition de ces éléments réglementaires atteste du fondement dont dispose le MK pour asseoir sa légitimité d'acteur en PPS. Cet environnement juridique permet d'encourager la profession à investir le domaine de PPS (40).

### **2.2.2. Compétence acquise**

Au delà de la légitimité officielle et réglementaire, agir en PPS, nécessite également des connaissances et capacités méthodologiques. "Autorisé à faire" ne veut pas dire "savoir faire" ni "se sentir en mesure de faire"... Penchons-nous alors sur l'aspect formatif du MK, en analysant la formation en masso-kinésithérapie initiale, avant et après 2015, et la formation continue.

**Depuis 1963 jusqu'en 2015, les études de MK comportaient quelques éléments propres au domaine PPS (41) :**

Le module 3 « pathologie et psychologie », en première année, a pour but de situer l'étudiant « en tant que thérapeute et éducateur de santé intervenant au sein d'une communauté ». Ce module offre une vision globale du concept de santé, des risques et réponses physiopathologiques (maladies chroniques, dégénératives, prolifératives...) mais aussi de quelques actions spécifiques de prévention (vaccination, hygiène, santé et professions, accident).

Le module 4 « Masso-kinésithérapie (activité physique et sportive) », en première année, aborde la manutention des malades et les préventions des troubles de décubitus.

Le module 10 « Prévention, Promotion de la santé et ergonomie », en deuxième ou troisième année, présente un objectif étendu : adopter une culture en PPS, et pouvoir agir à destination des populations en milieu fermé, en passant par la construction de savoir-faire en éducation dans le cadre de sa prise en charge. L'ergonomie y trouve une place conséquente.

**Depuis le 2 septembre 2015, l'arrêté relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute induit une dynamique nouvelle (2) :**

Dans le cadre de l'intégration de la formation des masseurs-kinésithérapeutes au processus licence-master-doctorat, la structuration des études en MK arbore un nouveau visage, construit autour d'une nouvelle terminologie portée sur la démarche de projet. Les notions de compétences et d'activités y trouvent une place centrale, et sont réparties au sein d'Unités d'Enseignement (UE).

L'une des activités dédiées au MK, est explicitement ancrée en PPS : « Prévention et dépistage, conseil, expertise, éducation thérapeutique et santé publique ». Elle invite à réaliser des actions de prévention (primaire, secondaire, tertiaire) de manière individuelle ou collective, dans ou hors contexte de soin ; à œuvrer en ETP ou dans l'intégration des personnes présentant un handicap. Le tout via une coopération avec les professionnels de santé : centrée sur le patient ou thématique (conseil, expertise).

Les compétences qui disposent, quant à elles, d'une forte orientation PPS sont au nombre de quatre :

- La compétence 3 : « Concevoir et conduire une démarche de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage » invite à acquérir une culture PPS en intégrant les politiques et les priorités de santé publique dans l'activité du MK. Elle offre l'ouverture nécessaire pour adopter une « posture éducative », placer le patient en tant qu'« acteur de sa santé », et l'accompagner vers des « changements de comportement » au moyen « d'outils pédagogiques » (conçus ou choisis). La démarche de projet pluridisciplinaire est clairement de mise, au sein de cette compétence : « Conduire une démarche à partir d'un diagnostic éducatif et des besoins d'apprentissage » ; « Concevoir des protocoles » ; « Dépister et prévenir » ; « Élaborer et organiser » ; « Évaluer les effets » ; « Conseiller, informer ou former les professionnels et partenaires »...
- La compétence 6 : « Concevoir et mettre en œuvre une prestation de conseil et d'expertise dans le champ de la masso-kinésithérapie » aborde l'aspect « de transmission » et de « communication » du MK auprès de ses patients, des administrations ou des partenaires. Il s'agit ici de s'appuyer sur des « textes de référence » pour « rédiger des avis/bilans » pertinents, pouvoir aisément « présenter », « expliciter », « argumenter » sur des thématiques MK (ergonomie, TMS, maladies cardiovasculaires,...) auprès de professionnels de santé ou dans le cadre d'actions en entreprises, ou encore de mettre en parallèle les besoins/capacités d'une personne avec ses demandes professionnelles ou sociales, ou avec ses droits sociaux relatifs à ses attentes.
- La compétence 10 : « Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs » comprend une dimension collective et territoriale, en créant des « liens et partenariats avec des acteurs, réseaux et structures intervenant auprès des patients » afin de « prendre en compte, dans son activité, les actions de prévention mises en place sur le territoire ».
- La compétence 11 : « Informer et former les professionnels et les personnes en formation » vise à maîtriser les notions nécessaires à la construction de *modules* « d'apprentissage ». De la phase préalable (« accueil », « information »,

« accompagnement ») à l' « évaluation » des acquisitions, le cœur de cette compétence repose sur la pédagogie (« préparer », « animer », « superviser les situations ») et la didactique (« transmettre ») inhérente à toute formation.

Ces quatre compétences se retrouvent au sein d'UE essentiellement basées sur la PPS :

- L'UE. 1 « Santé publique »
- L'UE. 24 « Intervention du kinésithérapeute en santé publique »

Nous sommes tentés d'ajouter l'UE. 31 optionnelle « Gestion de projet, initiative innovante et engagement étudiant » qui ouvre sur une démarche-projet, judicieuse en PPS.

Avec ces orientations, « le savoir-être préventeur de l'étudiant, activé tout au cours des études, devrait impacter les pratiques professionnelles » (42).

**Enfin, en terme de formation continue, l'Agence Nationale pour le Développement Professionnel Continu (ANDCP) proposait - sur 2015 et 2016 - de nombreuses formations portant sur la PPS (43).**

- Des formations pour étoffer sa culture en PPS « *Politique régionale de prévention et de promotion de la santé ; Learning tutore : Aventure en promotion de la santé ; Formation à la promotion de la santé ; Education à la santé, Etre acteur en santé...ou le devenir ! Concepts et méthodes en promotion de la santé...* ».
- Des formations pour compléter son bagage méthodologique « *La méthodologie de projets au service des actions de santé ; Concevoir et animer une action collective d'éducation pour la santé ; S'engager dans une relation éducative avec le patient ; Construire une action d'éducation pour la santé en Maison de santé : de la prévention à la prise en charge des populations...* ».
- Des formations spécifiques : « *Construire une action d'éducation pour la santé en Maison de santé : de la prévention à la prise en charge des populations ; Education thérapeutique du patient ; Prévention du Bien Vieillir des seniors avec le programme éducatif ludique REGAIN ; Outils d'éducation pour la santé du patient en kinésithérapie : Qi Gong et Tai Chi...* ».

Celles-ci sont mises en œuvre - entre autre - par les IREPS (Institut Régional en Education pour la Santé) et l'INK (Institut National de la Kinésithérapie). Toutefois, il existe une multitude d'autres formations, non prises en charge dans le cadre du DCP, qui peuvent permettre au MK de se former dans le domaine de la PPS.

Il semble indéniable que le MK dispose d'un bagage initial conséquent en matière de PPS, qui lui permet de prétendre sans complexe, au titre d'acteur en PPS (44). Cet ensemble de savoir/savoir-faire/savoir-être, tend à se densifier avec la réforme de 2015, renforcé par une offre de formation toujours en phase avec les problématiques actuelles.

### **2.2.3. Point de vue des institutions**

#### ***Ordre des MK***

Si ce n'est pas directement dans ses missions, l'Ordre aborde la thématique PPS dans le « Référentiel du métier et des compétences des masseurs-kinésithérapeutes » en 2013. Ce document est plutôt un guide méthodologique pour aider les MK à mettre en place des activités en lien avec les compétences, la Prévention y trouve la première place. « *Hier cantonnés à un exercice auprès de patients atteints de troubles musculo-squelettiques ou neuromusculaires, ils [les MK] offrent aujourd'hui leurs services à une frange très large de la population en promotion de la santé, en préventif ou en curatif, et ce, en lien avec la plupart des disciplines médicales.* » (45).

Ainsi l'Ordre note deux « tendances d'évolution du métier » qui nous intéressent fortement : « l'accroissement des activités de prévention primaire » et le « développement des activités de détection au sein des activités de prévention » (45). De plus, la première situation-type présentée dans le document est « Assurer des activités de masso-kinésithérapie de prévention primaire pour un groupe de personnes en formation ».

Par ailleurs, le Conseil National de l'Ordre des MK (CNOMK) soutient différents plans et campagnes nationales de prévention, à l'image de la communication : « Lutte contre le tabagisme, les kinésithérapeutes s'engagent » sur l'accompagnement au sevrage tabagique par le MK, lié à leur droit à la prescription (46).

### **URPS MK**

L'URPS contribue à l'organisation de l'offre de santé régionale et participe à l' « analyse des besoins de santé », « à des actions dans le domaine des soins, de la prévention, de la veille sanitaire, (...), de la promotion de la santé et de l'éducation thérapeutique » et « à la mise en œuvre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les réseaux de santé, les centres de santé, les maisons de santé et les pôles de santé » (47). En Lorraine, l'URPS MK a été fortement impliquée dans l'expérimentation du PAERPA (Parcours de santé des Personnes Agées en Perte d'Autonomie) où la place du MK en PPS semble indéniable : « *Les kinésithérapeutes sont des acteurs de santé, pouvant apporter leur concours au développement de la prévention primaire de la chute et des conséquences du vieillissement en amont de leurs soins* » (48). L'URPS MK Lorraine était également précurseur en proposant régulièrement en 2015, des formations ETP (49). Initiative que nous retrouvons maintenant dans d'autres régions (Grand Est, Occitanie et PACA).

### **Syndicats**

Les syndicats- acteurs engagés pour la profession- sont convaincus du rôle primordial du MK en PPS, et en font la promotion.

La FFMKR par exemple, valorise la capacité du MK à gérer les activités PPS, et invite à devenir « Kinésithérapeute Préventeur », mais reconnaît également une insuffisance de reconnaissance et d'usage par les MK (50). Elle cherche à innover, en participant à la création de l'Institut National de Prévention en Kinésithérapie « INPK » suite à une enquête réalisée, en 2014, par la commission prévention de la FFMKR, autour de la prévention auprès de 3723 MK. Les résultats mettent en avant l'évolution nécessaire « vers une kinésithérapie de prévention, innovante, inventive, tournée vers la demande des patients et des clients, par une offre de prestation, hors budget sécurité sociale, tout en perdurant dans la chaîne du soin remboursé ». Il semble alors évident aux dirigeants de « changer l'image du MK par rapport à la prévention, afin que dans l'esprit du grand public, des acteurs en sanitaire et social, du corps médical et des MK eux- mêmes : Prévention = MK » (51). Un travail en partenariat est aussi engagé avec France Kiné Prévention, et les complémentaires-santé, afin de développer le volet PPS dans la profession de MK, pour les années à venir.

Le SNMKR s'engage, lui aussi, aux côtés de « Mtondos », une offre de prestation en conseil, formation et éducation psychocorporelle, ainsi que dans la conception et la commercialisation de logiciels, livres et matériels ergonomiques et pédagogiques. Les « Campagnes Mtondos » proposent d'ouvrir les portes des cabinets de MK aux enfants des classes de cycle 3 : CM2 et 6<sup>ème</sup>, sur la période de la rentrée scolaire, dans le but de « réaliser un bilan préventif, et de prodiguer des conseils au moment de la rentrée des classes ». Loin d'être ponctuelle, cette action sera poursuivie toute l'année, en milieu scolaire, par l'intervention de kinésithérapeutes préventeurs (52,53).

### ***L'Institut National de Prévention en Kinésithérapie***

Présenté officiellement à l'occasion du salon Rééduca en octobre 2015, l'idéologie de l'INPK est de « faire sortir le MK de son cabinet, afin qu'il voit plus loin, au-delà de sa pratique quotidienne ». L'objectif de l'INPK est de faire de la prévention une alternative dans le développement de l'activité du MK : « Faire de la prévention hors nomenclature, c'est pratiquer de la kinésithérapie en étant rémunéré de manière juste, tout en étant responsable de ses actes ». Les missions de cette structure technico-administrative sont : d'une part la mise à disposition de renseignements pour aider les MK à se lancer (juridique, fiscal, formation, relation avec des partenaires, possible prise en charge par des mutuelles, etc...) et d'autre part la promotion de la prévention auprès des institutions, du grand public et des professionnels de santé (54).

### ***France Kiné Prévention (anciennement Comité National Prévention Kinésithérapie)***

Institution créée en 1993 par 5 CDPK, 2 syndicats (FFMKR et SNMKR) ainsi que par la Fédération Nationale de la Mutualité Française, FKP vise à promouvoir le rôle du kinésithérapeute en matière de prévention, à coordonner des actions nationales et à sensibiliser-former les MK (55). En 2016, le 7<sup>ème</sup> congrès du FKP portait les couleurs du « Kiné-préventeur », tant au sein de la santé au travail, que dans les actions de santé publique ou de santé scolaire (prévention des chutes, troubles posturaux liés à la station assise devant écran,...) au travers de 50 conférences, 14 ateliers et 5 tables rondes (56). Le projet à l'honneur y était le *Rendez-vous Préventif Santé Kiné*.

Par ailleurs, les Comités Départementaux font preuve d'initiatives aussi originales que judicieuses, comme la « Prévention des AVC » ou la « Prévention des cancers de la peau » par le CDPK Dordogne, pour qui « parmi les professionnels de santé, les MK sont ceux qui passent le plus de temps avec le patient dévêtu, et ont la possibilité de détecter d'éventuels grains de beauté suspects ». Le CDPK organise donc des conférences et des outils de formations et d'informations à destination du MK pour agir en cabinet (57).

Enfin, chaque MK est, sur son territoire, une source d'initiatives pour agir en prévention comme dans les actions « Equibr'Age » ; « Prévention des accidents sportifs » ; « Recommandations gestuelles en industrie » (58).

***Lumière sur le « Rendez-vous Préventif Santé Kiné » (RVPSK) :***

Fondé par KFP et la FFMKR, ce bilan vise à passer en revue les aspects musculo-squelettiques à la recherche de signe prédictif pouvant évoquer un risque de survenue de trouble ostéo-articulaire (3) (ANNEXE III, figure 1). L'objectif de ces rencontres est triple :

- « - Un dépistage kinésithérapique,
- Une levée des risques ou des soins précoces (par le MK ou autre professionnel de santé),
- Une éducation pour la santé (personnalisée et spécifique) » (59).

Au delà de l'intérêt individuel direct, l'ensemble des données récoltées permettra la réalisation d'études épidémiologiques sur la santé locomotrice des français, mise à disposition des organismes de santé publique et à l'ensemble de la population (60). Ce bilan serait préconisé tous les trois ans, en cabinet, en accès direct ou sur recommandation (58).

Si à ce jour, la Sécurité Sociale ne prend pas en charge l'aspect préventif de ces bilans, les mutuelles sont tout à fait à même (et intéressées) pour s'emparer de ce champ encore vacant (61).

Ces RVPSK sont accessibles à la population, auprès des MK spécialement formés à cet outil, lesquels MK bénéficiant d'une prise en charge financière dans le cadre du DPC / FIF-PL (3). En Lorraine, une formation aura lieu les 25 et 25 Novembre 2017. Le programme de la formation au RVPSK s'articule autour de 6 axes :

- « - Répondre à un besoin de santé publique
- Placer l'utilisateur en auteur privilégié de sa prévention
  - Participer, en priorité, à la prévention des TMS
  - Valoriser les compétences préventives des MK
  - Proposer une démarche volontaire vers une prévention personnalisée (co-construction des outils)
  - Favoriser le développement des recherches » (62).

### ***Exemple d'opinion d'un institut de formation***

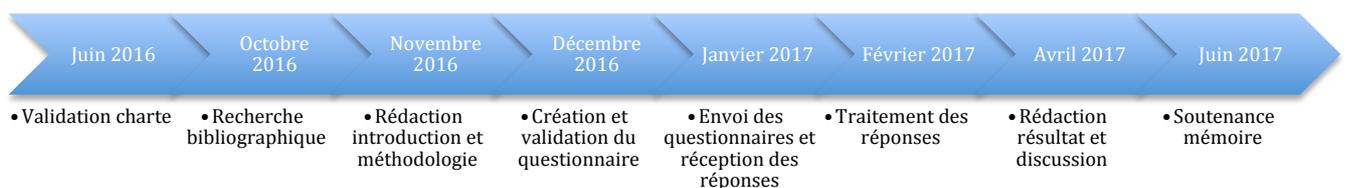
Interviewé par la mutuelle ACORIS, le directeur de l'Institut Lorrain de Formation en Masso-kinésithérapie, Pascal GOUILLY, évoque un « juste équilibre à trouver entre les actes préventifs et curatifs ». En effet, il identifie le MK comme un référent légitime et compétent pour assurer des actes de prévention, de dépistage spécifique et d'éducation pour la santé car c'est un professionnel outillé en solutions préventives. Une piste avancée pour développer cette activité est la coopération avec les complémentaires-santé. « Notre respect pour la santé est commun, et chaque partie valide l'idée que la prévention reste incontournable pour la préserver. » (63).

Quelle que soit l'institution rattachée à la profession, toutes s'accordent à penser que la PPS se distingue à l'horizon, pour l'avenir du métier de MK. Chacun y va de son soutien ou de son initiative, afin d'accompagner au mieux les MK sur le terrain.

## **3. METHODE**

### **3.1. Planification**

La planification de ce travail a été le premier élément de réflexion afin de s'assurer du respect de certains délais non compressibles en fonction de la date butoir.



### 3.2. Objectif de l'enquête

Compte-tenu de l'étendue du territoire PPS et de la diversité des actions envisageables, nous tenions à cerner « où » le MK situe sa propre activité et celle de sa profession. Par conséquent, nous avons cherché à « photographier » l'attitude actuelle des MK envers cette thématique pour entrevoir les orientations futures.

### 3.3. Recherches bibliographiques

Nous avons utilisé trois méthodes pour recueillir les données relatives à ce document :

- Consultation de bases de données (Réedoc – ULYSSE - Catalogue de la Bibliothèque Universitaire de l'université de Lorraine - Google) avec les mots-clés suivants : *prévention – promotion de la santé – éducation pour la santé – kinésithérapie – kinésithérapeute*
- Recherche à même les rayons des bibliothèques : Réedoc et Faculté de médecine
- Recueil de références au sein de la bibliographie des documents consultés.

Ont été exclus des résultats les documents ne traitant que de la prévention ciblée sur une pathologie ou portant sur un public précis.

### 3.4. Elaboration du questionnaire

Quatre rubriques ont permis de recueillir les informations nécessaires, pour répondre à l'objet de cette enquête en essayant d'être le plus succinct possible (ANNEXE IV) :

- Partie 1- « La situation actuelle du MK » devait permettre de relever des différences ou similitudes selon une classification des MK (Certains groupes de MK sont ils plus à même de faire de la PPS ? Disposent-ils de meilleurs connaissances ou davantage de motivation ? etc...).
- Partie 2 – « Expérience et motivation » devait permettre de cerner les besoins, freins et leviers déterminants pour que les MK s'investissent en PPS.
- Partie 3 – « La culture générale en PPS » devait permettre d'évaluer les représentations et le niveau d'imprégnation de ce champ PPS par les MK.

- Partie 4 – « Légitimité et capacité à agir » devait permettre d'estimer si les MK ont tendance à sous ou survaloriser leur compétences et connaissances en matière de PPS et d'ingénierie de projet.

Ce questionnaire a été testé auprès de 16 MKDE entre le 15 et le 31 décembre 2016.

### **3.5. Population**

Population cible : L'ensemble des MK libéraux du territoire français, ainsi que les étudiants de l'ILMFK de Nancy (PCK1 – PCK2 et K3).

### **3.6 Mode de diffusion, et de collecte**

Un outil informatique, « Google Forms », nous a permis de lever plusieurs freins inhérents à la méthodologie de l'enquête : une saisie aisée et rapide pour les MK, une collecte automatique et clairement organisée pour l'enquêteur, un traitement des données rationnel et flexible pour extraire les données souhaitées.

La diffusion immatérielle a été réalisée entre le 31 janvier et le 28 février 2017 par mail aux 22000 MK ayant accepté de fournir leur adresse mail à la FFMKR et à travers les réseaux sociaux (Facebook + Twitter) via les pages de la FFMKR, de ses partenaires et celles des promotions étudiantes de Nancy (ANNEXE V).

### **3.7 Traitement des résultats**

Les résultats portent exclusivement sur l'échantillon de retour obtenu, et non une extrapolation à l'ensemble des MK libéraux et étudiants de France. Ces résultats ont été élaborés en rapport avec le nombre total des personnes ayant répondu à chaque question, et non selon le nombre total d'occurrences, ni en fonction du nombre total de retours de questionnaires. Nous mettrons également en parallèle certains groupes lorsque cela s'avère intéressant : (femme/hommes ; diplômé/étudiant ; cabinet individuel/en groupe ; moins de 30 ans/plus de 50 ans ; moins de 15 ans d'exercice/plus de 28 ans d'exercice).

Les résultats les plus pertinents sont exposés dans la partie suivante, mais l'ensemble des graphiques est disponible en annexe.

#### 4. RESULTATS

##### Population (ANNEXE VI : Figures 1 à 8)

<i>Échantillon total</i>	809 MK libéraux
<i>Nombre de régions couvertes</i>	18
<i>Répartition par sexe</i>	53% de femmes et 47% d'hommes
<i>Répartition diplômés/ étudiants</i>	90,5% de diplômés et 9,5% d'étudiants
<i>Répartition par lieu d'exercice</i>	61% en milieu urbain et 54,7% en milieu rural
<i>Répartition par type d'exercice</i>	54,7% en individuel et 41,4% en groupe 74,1% en groupe chez les moins de 35 ans 58% en individuel chez les plus de 50 ans
<i>Répartition par âge</i>	32,2% de moins de 35 ans et 33,8% de plus de 50 ans
<i>Répartition par durée d'exercice</i>	33,1% < 15 ans et 33,6% > 28 ans
<i>Répartition de femme selon les groupes</i>	62,3% chez les étudiants, 63,7% chez les moins de 35 ans 58,9% chez les diplômés depuis moins de 15 ans

Quel que soit le territoire, rural ou urbain, nous ne distinguons pas de différence notable quant aux résultats des différentes questions.

##### Expérience et motivation (ANNEXE VII: Figures 1 à 6)

###### **Niveau de motivation à agir en PPS :**

<i>MK non passé à l'action</i>	50% dont 34% au stade de l'intention (64)
<i>MK déjà passé à l'action</i>	50% dont 31% au stade de maintien (64)

Les MK qui sont « déjà passés à l'action » sont plutôt des hommes (55%) de plus de 50 ans (63,9%) ou dont la durée d'activité est supérieure à 28 ans (65,4%), exerçant dans un cabinet individuel (59,4%) en milieu urbain (56,7%).

###### **Type de prévention qui intéresse le plus les MK :**

<i>Primaire</i>	65%
<i>Secondaire</i>	53,4%
<i>Tertiaire</i>	37,6%

**Avantages à agir en PPS :**

<i>Bénéfice humain pour la collectivité</i>	98,6% de MK « tout à fait » et « plutôt » d'accord
<i>Epanouissement personnel</i>	93,9% de MK « tout à fait » et « plutôt » d'accord
<i>Reconnaissance</i>	72,7% de MK « tout à fait » et « plutôt » d'accord
<i>Aspect financier</i>	37,7% de MK « tout à fait » et « plutôt » d'accord

Nous ne retrouvons pas de différences notables entre les groupes.

**Freins à agir en PPS :**

<i>Manque d'accompagnement</i>	81,3% de MK « tout à fait » et « plutôt » d'accord
<i>Complexité de la démarche</i>	78,1% de MK « tout à fait » et « plutôt » d'accord
<i>Manque de temps</i>	78% de MK « tout à fait » et « plutôt » d'accord
<i>Manque de connaissance</i>	65,3% de MK « tout à fait » et « plutôt » d'accord
<i>Rémunération insuffisante</i>	53,2% de MK « tout à fait » et « plutôt » d'accord

**Culture générale en PPS (ANNEXE VIII : Figures 1 à 8)****Type d'action envisagé et/ou réalisé :**

<i>Promulguer des conseils en cabinet avec ou sans liens avec la prescription</i>	85,1%
<i>Mettre en place des ateliers/exercices pratiques en cabinet, avec ou sans liens à la prescription (individuel ou collectif)</i>	63,1%
<i>Intervenir en milieu fermé (entreprise, club, école,...)</i>	62,4%
<i>Participer à des programmes d'Education Thérapeutique du Patient (59,4%)</i>	59,4%

Les cinq autres propositions recueillent moins de 40% de réponses.

**Focus sur certaines actions :**

<i>Ateliers/exercices pratiques en cabinet avec ou sans liens à la prescription (individuel ou collectif) :</i>	MK de moins de 35 ans et/ou exerçant depuis moins de 15 ans	72,2% et 71%
	MK de plus de 50 ans et/ou exerçant depuis plus de 28 ans	52,5% et 51,9%
<i>Interventions en milieu fermé</i>	MK exerçant depuis moins de 15 ans	70,5%
	MK exerçant depuis plus de 28 ans	50,2%
<i>Programmes d'Education Thérapeutique du Patient</i>	Etudiants	69,2%
	MK de plus de 50 ans	54%

**Focus sur les étudiants :**

<i>Relais des campagnes de communication</i>	Etudiants	46,2%
	Pop totale	34,8%
<i>Conseils hors cabinet à l'occasion de manifestations publiques</i>	Etudiants	44,9%
	Pop totale	37%
<i>Sensibilisation-information des décideurs</i>	Etudiants	19,2%
	Pop totale	30,3%
<i>Participer à des actions de repérage-dépistage</i>	Etudiants	44,9%
	Pop totale	34,3%

**Partenaires identifiés :**

<i>Les professionnels de santé</i>	66,5%
<i>La Sécurité Sociale</i>	62,2%
<i>Les entreprises privées</i>	51,8%
<i>Les syndicats</i>	25,6%
<i>L'URPS MK</i>	32,1%
<i>L'Ordre des MK</i>	34,7%

Les autres acteurs proposés recueillent un pourcentage que entre 40% et 50%.

**Moyens de rémunération :**

<i>Méconnaissance</i>	17,2%
<i>Patients</i>	11,8%
<i>Entreprises</i>	11,2%
<i>Mutuelles</i>	10,4%

**Public ciblé :**

<i>tous les individus avec des facteurs de risque (même en dehors des patients reçus en cabinet)</i>	68,1%
<i>patients en cabinet avec un lien avec leur prescription</i>	46,5%
<i>patients en cabinet sans lien avec leur prescription</i>	39,9%

**Place de la PPS dans l'avenir de la profession :**

<i>Score &gt; 5/10</i>	95%
<i>Score 10/10 (Indispensable)</i>	35%

**Légitimité et capacité (ANNEXE IX : Figures 1 à 8)**

**Légitimité à œuvrer en PPS :**

<i>La formation - initiale ou continue</i>	85,3%
<i>La législation en vigueur - CSP, Décret de compétence, convention nationale</i>	59,7%
<i>Le libre choix d'activité non conventionné</i>	42,2%
<i>La NGAP</i>	24%

**Choix des thèmes d'action :**

<i>Troubles locomoteurs</i>	89,7%
<i>Qualité de vie</i>	67,7%
<i>Vieillesse</i>	64,2%
<i>Accidents et traumatismes sportifs</i>	63,6%
<i>Maladies métaboliques</i>	47,5%

Ils sont un quart, voire moins, à se positionner sur chacune des autres thématiques.

**Focus sur les étudiants :**

<i>Troubles squelettiques</i>	Etudiants	77,6%
	Pop totale	89,7%
<i>maladies métaboliques</i>	Etudiants	63,2%
	Pop totale	47,5%
<i>Addictions</i>	Etudiants	39,5%
	Pop totale	19%

**Rôle du MK dans un projet PPS :**

<i>L'animation et l'intervention</i>	73,5%
<i>L'analyse et le repérage</i>	61,8%
<i>L'évaluation</i>	41,8%
<i>La conception</i>	33,1%
<i>Le pilotage ou la coordination</i>	32,6%

**Sentiment de capacité :**

72% des MK s'estiment *en mesure d'agir en PPS*. Le profil-type du MK en mesure d'agir en PPS est plutôt celui d'un homme (76,3%) en milieu urbain (78,1%) exerçant dans un cabinet individuel (81,6%) de plus de 50 ans (81,9%) ou ayant une durée d'exercice de plus de 28 ans (88,7%).

## 5. DISCUSSION

Initialement, ce questionnaire était destiné aux MK lorrains, mais une opportunité de diffusion au niveau national m'a permis de recueillir 800 réponses.

Cet échantillon de masseurs-kinésithérapeutes sondés reflète la population des MK libéraux, en comparaison avec quelques études abordant la profession de MK, telles que : le « *Rapport d'étude sur le métier de masseur-kinésithérapeute* » mené par l'ONDPS en 2009 (65) ; « *Démographie des MK en France par région* » du CNOMK de 2010 (66) ; *Enquête sur la prévention « Enfin l'accès direct » de la FFMKR en 2014* (67) ; « *La kinésithérapie au 1<sup>er</sup> janvier 2016* » par la FFMKR (68). Nous les rejoignons sur la répartition par tranche d'âge, sur la féminisation du métier de MK et sur la montée en puissance de l'installation des jeunes MK en cabinet de groupe plutôt qu'en individuel.

**L'analyse des résultats nous amène à penser que la culture PPS chez les MK est hétérogène et parfois lacunaire. Ce constat peut être limitant, pour que le MK soit reconnu comme un acteur incontournable en PPS.** En effet, les MK se focalisent sur une partie du domaine de la PPS. Cette partie pouvant être caractérisée dans la représentation suivante: un intervenant-animateur en prévention primaire sur quatre principaux thèmes (troubles locomoteurs, qualité de vie, vieillissement, accident sportif) selon quatre typologies centrales (conseil, atelier, en milieu fermé, ETP).

Si ces éléments sont bénéfiques pour la profession afin de donner une image positive, dans l'air du temps, détachée de l'approche « médicale pure » en induisant l'idée d'accessibilité directe dans l'opinion publique, il faut également y voir un risque de catégoriser le MK sur un secteur, d'impacter son identité et l'image que se font de lui, les acteurs – décideurs - financeurs en PPS. Les autres modalités sont donc à développer pour modifier, dans la conscience collective, les ressources du MK en PPS, ainsi que son potentiel en accès direct. Néanmoins, nous attirons l'attention sur le fait qu'il existe de nombreuses initiatives en PPS portées par des MK plus ou moins isolés, non repérés ici, et à ne pas occulter.

En parallèle, nous nous interrogeons sur l'identification inadéquate des partenaires-financeurs. Est ce dû à une mauvaise compréhension de la question ou une méconnaissance du rôle de certaines entités dans le domaine PPS ? Nous pensons qu'il serait dommageable que le MK reste dans la « bulle », en s'entourant essentiellement de professionnels de santé. Il nous paraît essentiel de chercher à s'ouvrir aux autres disciplines afin d'éviter une vision réduite et morcelée, mais de viser un enrichissement partagé. (Exemple de partenaires en annexe V)

Quid des principaux financeurs ARS – CARSAT – Complémentaires Santé? Et des associations ou collectivités territoriales (CCAS...) qui sont d'importants promoteurs, financeurs et pourvoyeurs en intervention en PPS ? Inutile d'attendre que la Sécurité Sociale offre une prise en charge (12 thèmes retenus mais aucun relatif aux MK) (69).

**En revanche, l'exploration des données recueillies suggère l'apparition d'une dynamique nouvelle chez les jeunes MK ou futurs MK.** Par rapport aux MK de plus de 50 ans ou exerçant depuis plus de 28 ans, ils affichent davantage de pluralité quant aux thèmes d'interventions concevables à leurs yeux, et se positionnent particulièrement sur des actions hors cabinet (repérage, dépistage, intervention sur des manifestations publiques) et/ou sur des modalités qui engagent corporellement les patients, avec ou sans liens à la prescription, en individuel ou en collectif (et pas simplement du conseil). Cela manifeste bel et bien une vision moderne de leur activité diversifiée et équilibrée entre thérapeutique et prophylaxie. Mais est-ce une caractéristique générationnelle ou plutôt une différence liée à l'activité en groupe qui facilite ce genre d'action ?

D'autre part, les futurs MK portent plus d'attention à l'éducation thérapeutique du patient que leurs aînés de plus de 50 ans. Ce qui semble logique au vu de l'essor récent de ce modèle d'action.

**Enfin la PPS a le vent en poupe chez les MK, et cette convergence est retrouvée chez dans les politiques de santé,** (Syndicat, Ordre des MK, URPS, Ministère de la santé, Sécurité sociale) autant que chez la population française (70,71). Tous les leviers s'offrent à la profession de MK pour s'investir pleinement. Espérons voir s'accroître dans les années à venir, cette diversification de l'activité !

Nous sommes d'autant plus confiants sur cet horizon, que le MK fait preuve d'une grande bienveillance à l'égard des populations qu'il côtoie (le *Bénéfice humain* est le premier avantage indiqué par les MK) et qu'il se montre épanoui personnellement lorsqu'il s'investit en PPS. Ces marqueurs, enrichis par la reconnaissance des patients, en font des leviers efficaces et simples pour mobiliser l'ensemble de la profession.

Enfin, les freins qui brident le MK à devenir un acteur de PPS reconnu sur son territoire, peuvent être théoriquement levés. Une multiplicité de formations (DPC, universitaires ou autres), d'organisations nationales ou régionales voient le jour ou se coordonnent (CNPK, INK, regroupement de MK, etc...) pour assister le MK au plus près de ses besoins. Celles-ci peuvent largement pallier au manque de connaissances et/ou d'accompagnement, et à la complexité de la démarche en PPS. L'aspect financier n'apparaît pas vraiment comme un frein fondamental, mais ce n'est pas un atout non plus. Il s'agit plutôt d'éclairer le MK quant aux possibilités les plus adaptées qui s'offrent à lui en fonction de son projet, afin que cela ne devienne justement pas une difficulté (contractualisation, facturation au patient, appel à projet...etc.).

Le manque de temps est difficilement interprétable, car on ne sait pas par rapport à quoi il est évoqué : par rapport à la prise en charge des patients avec la crainte de dénaturer son activité intrinsèque ? Par rapport à ses horaires de travail (qu'il exerce 30-50h voire plus) ? Par rapport à la « perte de gain financier » ? Qu'en serait-il si l'activité PPS engendrait autant de rémunération que l'activité classique ? Les MK trouveraient-ils plus de temps ?

Au regard des éléments exposés dans ce document, nous pensons que les critères nécessaires à la profession pour qu'elle devienne un rouage évident au sein des dispositifs PPS sont :

- Une amorce/incitation nationale de la part d'un organisme indépendant à travers lequel chaque MK peut se reconnaître.
- Une offre financière et méthodologique cohérente grâce à divers accords auprès d'un maillage de partenaires territoriaux (nationaux et locaux), voire une évolution de la NGAP, pour encourager la mise en action des MK.
- Une amélioration de la connaissance des acteurs PPS locaux (rôle, projets, financement)
- L'introduction obligatoire d'un temps/nombre d'activités PPS annuelles hors cabinet pour enrichir la visibilité de la profession dans ce domaine.
- L'instauration d'une « permanence PPS MK » pour accueillir la population (en cabinet ou dans un lieu neutre tenu par roulement par des MK locaux)
- Une communication sur le potentiel du MK en PPS, ciblée sur les promoteurs et financeurs et élargie auprès de l'ensemble des acteurs de la PPS et de la population de manière générale.

Dans ce sens, les RVPK font déjà office d'innovation pour répondre à certains de ces critères. Et c'est aussi sans compter sur les diverses actions menées, plus ou moins dans l'ombre, des MK isolés.

Pour finir, nous sommes conscients que **notre mémoire possède quelques imperfections**, bien que nous ayons pris le temps de considérer le sujet de notre mieux.

La diffusion du questionnaire ne nous permet pas de tracer véritablement les destinataires et de connaître la proportion de retours. En effet, une fois sur les réseaux sociaux, il est impossible de contrôler la propagation et les utilisateurs. De plus, le fait que l'envoi mail ait été porté par la FFMKR ne pourrait-il pas avoir biaisé l'étude, même si dans l'ensemble, tous ne sont pas syndiqués et donc pas gênés de répondre sous la bannière FFMKR

Enfin, il pourrait nous être reproché que les questions ne soient pas toujours accessibles ou adaptées aux étudiants, qui n'ont pas assez de recul sur leur futur métier. Mais nous y voyons ici les prémices d'une étude spécifique sur cette population.

## 6. CONCLUSION

Notre enquête prouve que les MK sont véritablement motivés à agir en PPS car convaincus de l'importance dans l'avenir de leur profession. Ils disposent, avec cela, de capacités manifestes et de fondements légitimes dans ce domaine d'action. Si quelques freins font ombrages à la marche des MK vers cette diversification, c'est plutôt une méconnaissance de cette sphère qui limite l'essor de la PPS chez les MK. Une tendance qui semble s'infléchir avec l'arrivée des nouvelles générations de MK, pour qui le domaine PPS paraît mieux appréhendé.

Face à la montée des restrictions budgétaires au plan national, certains se posent depuis longtemps la question de la fin d'une rémunération systématique, si l'acte thérapeutique n'est pas accompagné par une approche préventive...(72) Si quelques-uns d'entre vous y voient un risque pour la profession, nous y voyons au contraire une opportunité, d'ores et déjà saisie par les futurs praticiens. Comme indiqué précédemment, il serait ainsi intéressant d'obtenir un échantillon d'étudiant plus représentatif, mais surtout de suivre la progression de ces derniers évoluant sous la nouvelle réforme.

Dans le même temps, « l'accès en première intention aux soins de kinésithérapie (physiothérapie) a été mis en place dans la majorité des pays pour permettre une prise en charge précoce intégrant la prévention primaire, secondaire et tertiaire. » (72) comme par exemple au Québec depuis le début des années 1990 (65). Ne serait-il pas envisageable que le MK devienne un « référent prévention » sur son territoire géographique d'activité, une ressource reconnue par les acteurs-financeurs locaux ? Qu'il puisse être sollicité, aussi bien dans la phase de réflexion que dans l'analyse des retombées, tout en continuant à évoluer dans ses interventions pertinentes. Pour cela, il serait intéressant de connaître le regard des décideurs, acteurs, financeurs en PPS sur le MK, sa place, son rôle, son identité en PPS ? Est-il bien identifié ou au contraire méconnu ?

## BIBLIOGRAPHIE

1. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
2. Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute. sept 2, 2015.
3. Rendez-vous Préventif Santé Kiné – Prévenir, c'est guérir [Internet]. [cité 19 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.rendezvouspreventifsantekine.org/>
4. GAVINET B. Réflexions sur la place du kinésithérapeute au sein d'une action globale de prévention des TMS. Kiné Actual. 2008;(1117).
5. GOUGEON F. PRÉVENTION, Le kinésithérapeute, un acteur essentiel. Kiné Actual [Internet]. 25 janv 2007;(1053). Disponible sur: <http://www.kineactu.com/article/1249-prevention-br-le-kinesitherapeute-un-acteur-essentiel>
6. BOURDILLON F, BRUCKER G, TABUTEAU D. Winslow CEA. The untilled fields of public health. Science, 1920 cité dans Traité de santé publique. 2° éd. 2007.
7. BOURDILLON F, BRUCKER G, TABUTEAU D. Traité de santé publique. 2007. (2°).
8. OMS. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé [Internet]. 1986. Disponible sur: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf)
9. AQUILINO M, TABUTEAU D. La Santé Publique. 2015. (QUE SAIS JE ?).
10. Promotion Santé Suisse. Guide pour la catégorisation des résultats [Internet]. 2005. Disponible sur: <https://promotionsante.ch/public-health/bases-de-la-promotion-de-la-sante-et-de-la-prevention/impact/categorisation-des-resultats.html#c2552>
11. BOURDILLON F, BRUCKER G, TABUTEAU D. DELORE P. La santé de l'homme, 1942 cité dans Traité de santé publique. 2° éd. 2007.
12. HAS. Définition du terme « Prévention » [Internet]. 2006 [cité 5 sept 2016]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_410178/fr/prevention](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_410178/fr/prevention)
13. DAHLGREN, WHITEHEAD. Le modèle de Dahlgren et Whitehead cité par l'INPES (Whitehead, M., Dahlgren G. What can we do about inequalities in health. The lancet, 1991, n° 338 : p. 1059-1063) [Internet]. 2012 [cité 22 sept 2016]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/ISS/determinants-sante.asp>
14. RICHOZ S, BOULIANNE L-M, RUEGG J. Santé et développement territorial, enjeux et opportunités. 2010.
15. SFPS. Pour une stratégie de prévention articulant la santé dans toutes les politiques, la promotion de la santé et les pratiques cliniques préventives, intégrée à la Stratégie nationale de santé [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://www.sfsp.fr/activites/file/PROPOSITIONSSFSPPREVENTIONSNS.pdf>
16. DRESS. Les dépenses de santé en 2015 - Résultats des comptes de la santé [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns2016.pdf>
17. Henrard J-C. Les nouveaux outils de planification sanitaire - Plans et planification : Définition et histoire. ADSP. Juin 1995;(11).
18. Circulaire DGS/SD6 n° 2001-504 du 22 octobre 2001 relative l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé [Internet]. oct 22, 2001. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2001/01-46/a0463058.htm>
19. OMS. Manuel d'éducation pour la santé dans l'optique des soins de santé primaires [Internet]. 1990. Disponible sur:

<http://apps.who.int/iris/handle/10665/36961>

20. Véret J luc. Les métiers en éducation pour la santé. Santé Publique. 2007;19(HS).

21. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juillet, 2009.

22. ARS Lorraine. La Lorraine se dote d'un pôle régional de compétences en éducation thérapeutique [Internet]. [cité 11 déc 2016]. Disponible sur:

<http://www.ars.lorraine.sante.fr/La-Lorraine-se-dote-d-un-pole.188902.199.html>

23. Pôle lorrain de compétences en éducation thérapeutique du patient [Internet]. [cité 11 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.etp-lorraine.fr>

24. ARS Lorraine. Liste des programmes d'éducation thérapeutique du patient autorisés en Lorraine [Internet]. 2016 [cité 14 nov 2016]. Disponible sur:

[http://www.ars.lorraine.sante.fr/fileadmin/LORRAINE/ARS\\_LORRAINE/Acteurs\\_Sante/Education\\_therapeutique/prog\\_ETP\\_autorises\\_16-06-2016.pdf](http://www.ars.lorraine.sante.fr/fileadmin/LORRAINE/ARS_LORRAINE/Acteurs_Sante/Education_therapeutique/prog_ETP_autorises_16-06-2016.pdf)

25. KOUCHNER B, Ministère délégué de la santé. L'éducation pour la santé : un enjeu de santé publique - Plan national d'éducation pour la santé [Internet]. 2001. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/01/dp010228.pdf>

26. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. mars 4, 2002.

27. LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. aout, 2004.

28. RAYSSIGUIER Y, JEGU J, LAFORCADE M. Politiques sociales et de santé, comprendre et agir. 2ème édition. Presses de l'EHESP; 2012.

29. LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. 2015-1776 décembre, 2015.

30. ARS Lorraine. Schéma Régional de Prévention [Internet]. [cité 20 sept 2016]. Disponible sur: <http://arslorraine.prod.flexit.fr/index.php?id=58>

31. JOURDAIN A, BRECHAT P-H. La nouvelle planification sanitaire et sociale. 2ème éd. Presses de l'EHESP; 2012.

32. INPES. Agences régionales de santé : promotion, prévention et programmes de santé [Internet]. 2009. Disponible sur:

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1252.pdf>

33. ARS Lorraine. PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ en Alsace, Champagne-Ardenne et Lorraine - l'ARS en action [Internet]. 2015. Disponible sur: [http://www.ars.grand-](http://www.ars.grand-est.sante.fr/fileadmin/LORRAINE/ACAL/ACTUALITES/PUBLICATIONS_2016/2_ARS_ACALplaquette_PPS_2016_actions_2015-web-2.pdf)

[est.sante.fr/fileadmin/LORRAINE/ACAL/ACTUALITES/PUBLICATIONS\\_2016/2\\_ARS\\_ACALplaquette\\_PPS\\_2016\\_actions\\_2015-web-2.pdf](http://www.ars.grand-est.sante.fr/fileadmin/LORRAINE/ACAL/ACTUALITES/PUBLICATIONS_2016/2_ARS_ACALplaquette_PPS_2016_actions_2015-web-2.pdf)

34. CNSA. La conférence des financeurs [Internet]. 2016 [cité 29 sept 2016].

Disponible sur: <http://www.cnsa.fr/compensation-de-la-perte-dautonomie/financement-des-prestations-concours-aux-departements/la-conference-des-financeurs>

35. CNSA. Concours nationaux pour l'année 2016 [Internet]. 2016. Disponible sur: [http://www.cnsa.fr/documentation/notification\\_initiale\\_2016\\_cf.pdf](http://www.cnsa.fr/documentation/notification_initiale_2016_cf.pdf)

36. Code de la Santé Publique [Internet]. Version consolidée au décembre, 2016. Disponible sur:

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665>

37. Décret n°96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice

de la profession de masseur-kinésithérapeute. 96-879 oct 8, 1996.

38. Décret n° 2008-1135 du 3 novembre 2008 portant code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes. 2008-1135 nov 3, 2008.

39. Arrêté du 10 mai 2007 portant approbation de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes destinée à régir les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes et les caisses d'assurance maladie. mai, 2007.

40. Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) - Version du 20 juillet 2016 [Internet]. Journal Officiel mars 30, 2005. Disponible sur: [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/NGAP.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/NGAP.pdf)

41. La formation initiale en Masso-Kinésithérapie: contribue-t-elle à l'émergence d'une compétence relationnelle? [Internet]. mars 29, 1963. Disponible sur: <http://www.ifcsmontpellier.fr/images/pdf/M10607/hussler%20roland.pdf>

42. de Saint-Rapt M, Meignan C, Reynaud J-L, Burles D, Desbois P. La réforme des études de kinésithérapie : une opportunité de relance des défis de santé publique pour la profession. Kinésithérapie Rev [Internet]. 20 sept 2016; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1779012316302406>

43. IREPS. DCP - Construire une action d'éducation pour la santé en Maison de santé : de la prévention à la prise en charge des populations [Internet]. Disponible sur: <https://www.agencedpc.fr/formations-dpc/rechercher-un-dpc>

44. Remondière R. Enjeux de santé publique et kinésithérapie. ENCYCL MED CHIR KINESITHER [Internet]. 2015;(FASC. 26005 D10). Disponible sur: <http://emvmsa1a.jouve-hdi.com/article/985337>

45. Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes. Référentiel du métier et des compétences des masseurs-kinésithérapeutes [Internet]. Disponible sur: <http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2011/05/referentiel.pdf>

46. Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes. Lutte contre le tabagisme, les kinésithérapeute s'engagent. Flash Actu [Internet]. oct 2016;(74). Disponible sur: <http://publications.ordremk.fr/2016/10/18/newsletter-n74/>

47. Décret n° 2010-585 du 2 juin 2010 relatif aux unions régionales de professionnels de santé. 2010-585 juin, 2010.

48. URPS MK Lorraine. PAERPA [Internet]. [cité 12 nov 2016]. Disponible sur: [http://www.urpsmk.fr/dos\\_paerpa.html](http://www.urpsmk.fr/dos_paerpa.html)

49. URPS MK Lorraine. Développement Professionnel Continu [Internet]. [cité 27 oct 2016]. Disponible sur: [http://www.urpsmk.fr/dos\\_dpc.html](http://www.urpsmk.fr/dos_dpc.html)

50. FFMKR. Prévenir c'est guérir [Internet]. 2016 [cité 20 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.ffmkr.org/pratique-professionnelle/prevention-ref310/prevenir-c-est-guerir>

51. Commission Prévention de la FFMKR. Prévention et kinésithérapie - Etat des lieux et prospective. 2015.

52. Mtondos [Internet]. [cité 14 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.mtondos.biz>

53. La quinzaine des bilans gratuits [Internet]. snmkr. 2015 [cité 14 déc 2016]. Disponible sur: <http://snmkr.fr/la-quinzaine-des-bilans-gratuits/>

54. PICARD A. Création de l'INPK - Plein feux sur la prévention. Kiné Actual. 29 oct 2015;(1421).

55. CNPK. Présentation du CNPK (Comité National de Prévention en Kinésithérapie) [Internet]. [cité 19 déc 2016]. Disponible sur: <http://cnpk.org/presentation-cnpk/>

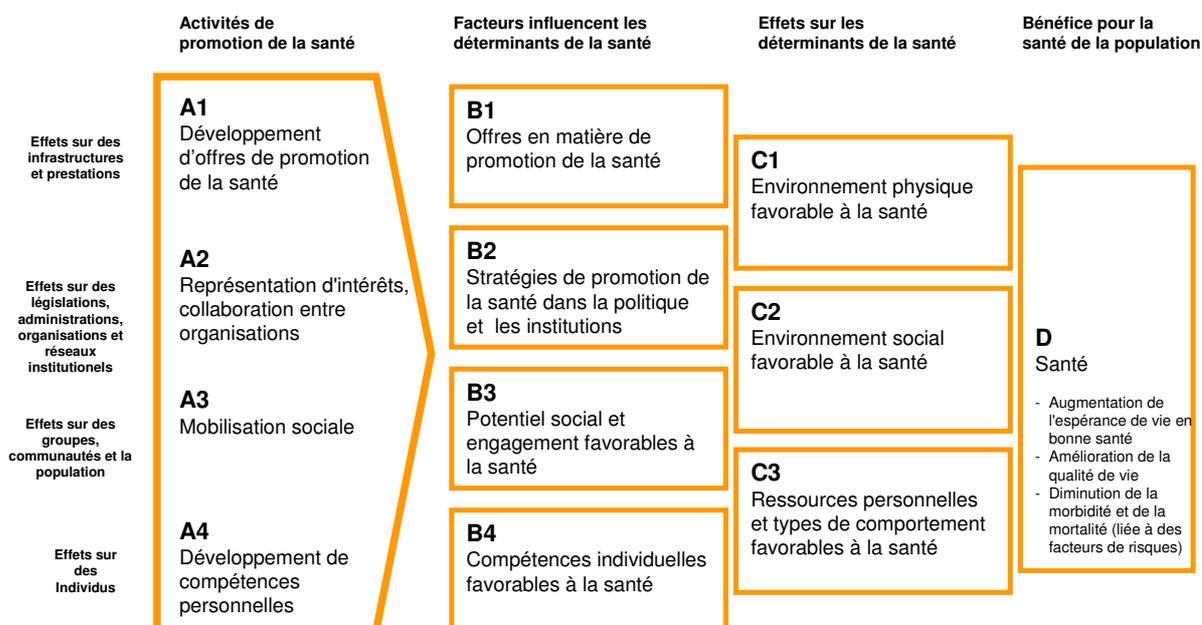
56. CNPK. 7<sup>e</sup> Congrès National de Kiné France Prévention. In Paris; 2016. Disponible sur: <http://cnpk.org/congres/>
57. CDOMK Dordogne. Prévention des cancers de la peau [Internet]. Onglet santé publique. [cité 11 juin 2016]. Disponible sur: <http://www.ordremk24.fr/spip.php?rubrique32>
58. La kiné est aussi préventive. Kiné Actual. 6 déc 2008;(1114-1117).
59. France Kiné Prévention. LE RENDEZ VOUS PRÉVENTIF SANTÉ KINE [Internet]. [cité 28 janv 2017]. Disponible sur: <http://cnpk.org/lerendezvouspreventifsantekine/>
60. Le Rendez Vous Préventifs Santé Kiné : cette fois ci c'est parti ! [Internet]. [cité 19 déc 2016]. Disponible sur: <http://cnpk.org/rendez-preventifs-sante-kine-cette-cest-parti/>
61. INK, Kiné France Prévention. Dossier de Presse - Rendez vous Préventif Santé Kiné [Internet]. [cité 15 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.rendezvouspreventifsantekine.org/wp-content/uploads/2016/07/bilan-preventif-presentation.pdf>
62. INK. FORMATION AU RENDEZ-VOUS PRÉVENTIF SANTÉ KINÉ [Internet]. [cité 29 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.ink-formation.com/formation/fiche/formation-au-rendez-vous-preventif-sante-kine-17dprev26>
63. GOUILLY P D de l'institut lorrain de formation en masso-kinésithérapie. DONNER À NOTRE SAVOIR-FAIRE UNE NOUVELLE DIMENSION ! [Internet]. 2016 [cité 6 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.acorismutuelles.fr/actualites/parole-de-pro>
64. Prochaska, DiClemente. The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy. Dow Jones-Irwin; 1984.
65. ONDPS. Le métier de masseur- kinésithérapeute [Internet]. 2009. Disponible sur: [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ONDPS\\_etude\\_masseur-kinesitherapeute.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ONDPS_etude_masseur-kinesitherapeute.pdf)
66. CNOMK. Démographie des Masseurs-kinésithérapeutes en France par région [Internet]. 2010. Disponible sur: <http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2011/05/FRANCE-par-Region-planches.pdf>
67. FFMKR C prévention. « Enfin l'accès direct » - Enquête sur la prévention. 2014.
68. FFMKR. La kinésithérapie au 1er janvier 2016 [Internet]. 2016. Disponible sur: [http://www.ffmkr.org/\\_upload/ressources/divers/chiffres\\_de\\_la\\_kine/2016/pdf\\_statistiques\\_2016.pdf](http://www.ffmkr.org/_upload/ressources/divers/chiffres_de_la_kine/2016/pdf_statistiques_2016.pdf)
69. Amélie.fr. Prévention prise en charge par l'Assurance Maladie [Internet]. [cité 19 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/vous-former-et-vous-informer/prevention-prise-en-charge-par-l-assurance-maladie/>
70. IFOP. Les Français et la prévention santé [Internet]. 2014 Octobre. Disponible sur: [http://www.ifop.com/media/poll/2859-1-study\\_file.pdf](http://www.ifop.com/media/poll/2859-1-study_file.pdf)
71. Cabinet d'audit Deloitte. Les Français et la santé - baromètre santé 2016 [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://www2.deloitte.com/fr/fr/pages/sante-et-sciences-de-la-vie/articles/les-francais-et-la-sante-etude-2016.html#>
72. GATTO F. Kinésithérapie et éducation à la santé. KinéScientifique. 2002;(426).

# ANNEXES

# ANNEXE I

Figure 1 : Guide pour la catégorisation des résultats dans les démarches de Promotion de la santé (10)

## Aperçu général de l'outil de catégorisation des résultats



Auteur(e)s: Cloetta, Bernhard; Spencer, Brenda; Ackermann, Günter; Broesskamp-Stone, Ursel; Ruckstuhl, Brigitte; Spörri-Fahmi, Adrian  
© Promotion Santé Suisse. Guide pour la catégorisation des résultats: [www.promotionsante.ch](http://www.promotionsante.ch)

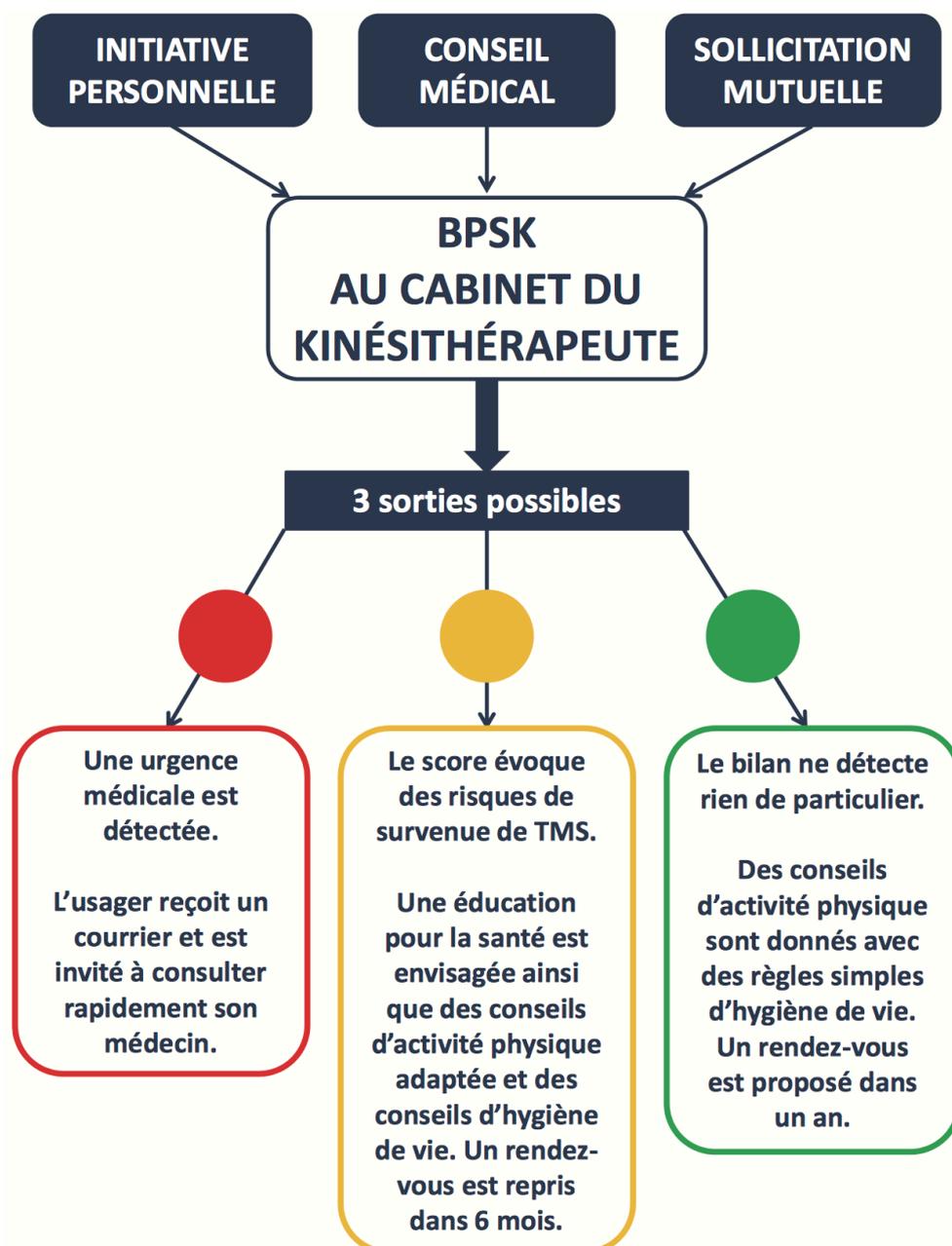
# ANNEXE II

Tableau 1 : Liste non exhaustive des acteurs nationaux et locaux (7) (28)

<b>Acteurs PPS nationaux</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- <u>Ministères</u> (santé, éducation nationale, travail, éco et développement durable, agriculture)</li><li>- <u>Groupes interministériels</u></li><li>- <u>Administrations</u> DGOS - DHOS – DGAS - DSS</li><li>- <u>Etablissement</u> HAS – HCSP + conférence national de santé + INPES + INVES</li><li>- <u>Associations</u> : thématiques ou populationnelles (Inca, FFCardio,...)</li><li>- <u>Autre</u> CNAM (fond FNPEIS + FASQV), RSI, MSA...</li></ul>
<b>Acteurs PPS locaux</b>
<p><u>Etat</u> :ARS</p> <p><u>Institution</u> : CAF, CARSAT, MSA, RSI, Complémentaires santé</p> <p><u>Professionnels médicaux</u> : médecins, pharmaciens</p> <p><u>Pros paramédicaux</u> : infirmière, MK, ergo, psychomotricien, diététicienne</p> <p><u>Pros secteur social</u> : Assistantes sociales, conseillers économie sociale et familiale, aides à domicile, éducateurs spécialisés, animateurs socio-culturels</p> <p><u>Associations/réseaux</u> : thématiques ou populationnelles (Association de Santé d'Education et de Prévention sur les Territoires de Lorraine initiative MSA Lorraine, Brain Up, ADAL...)</p> <p><u>Usagers</u> : patients, CISS</p>

# ANNEXE III :

Figure 1 : Parcours d'un patient au sein du RVPSK (61)



# ANNEXE IV

## Le kinésithérapeute, un acteur de Prévention et Promotion de Santé incontournable...?

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude en Masso-kinésithérapie, je cherche à répondre à trois questions :

- Dans quelle mesure les MK se sont appropriés la culture Prévention Promotion de la Santé (PPS) ?
- Quels sont les paramètres (âge, nombre d'année d'expérience, formation initiale, etc...) qui influencent le degré d'appropriation de cette culture ?
- Quels sont les principaux freins et leviers pour que le MK devienne un acteur PPS reconnu sur son territoire ?

Aussi, je vous remercie d'accorder quelques minutes pour remplir ce questionnaire.

Remarque : la "Prévention et Promotion de la santé" repose sur le principe que l'individu doit être acteur de sa santé - à travers sa participation active et éclairée - pour maximiser son état de santé, et d'éviter par ailleurs l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités.

En cas d'erreur, cliquer sur retour en bas de page pour revenir à la rubrique précédente.

## Faisons connaissance rapidement, si vous le voulez bien

Vous et votre activité MK

### 1. Quel est votre sexe ?

*Une seule réponse possible.*

- une femme  
 un homme

### 2. Quel est votre âge ?

---

### 3. Etes-vous diplômé ou étudiant ?

*Une seule réponse possible.*

- Diplômé  
 Etudiant PCK1  
 Etudiant PCK2  
 Etudiant K3

### 4. Quelle est l'année d'obtention de votre Diplôme d'Etat ?

Uniquement si vous êtes diplômé

---

**5. Quelle est votre activité actuelle ?**

Uniquement si vous êtes diplômé  
*Plusieurs réponses possibles.*

- Libéral individuel
- Libéral en groupe
- Mixte (libéral + salariat)

**6. Dans quelle région exercez-vous ?**

*Une seule réponse possible.*

- Auvergne-Rhône-Alpes
- Bourgogne-Franche-Comté
- Bretagne
- Centre-Val de Loire
- Corse
- Grand Est
- Hauts-de-France
- Île-de-France
- Normandie
- Nouvelle-Aquitaine
- Occitanie
- Pays de la Loire
- Provence-Alpes-Côte d'Azur
- Guadeloupe
- Guyane
- Martinique
- Mayotte
- La Réunion

**7. Quel est votre territoire d'activité actuel ?**

Uniquement si vous êtes diplômé  
*Plusieurs réponses possibles.*

- Rural
- Urbain

**Un peu, beaucoup, à la folie, pas du tout... Et vous, vous l'aimez comment la Prévention et Promotion de la santé (PPS) ?**

Votre expérience et/ou votre motivation dans le domaine de la PPS

**8. Quel est votre niveau de motivation à agir en PPS ?**

*Une seule réponse possible.*

- Je n'en fais pas et je ne le souhaite pas pour le moment
- J'y réfléchis un peu, je commence à m'y intéresser
- Je me suis renseigné(e) et j'en discute avec mes confrères ou professionnels de santé
- J'en fais déjà mais c'est épisodique
- J'en fais régulièrement, c'est une habitude

**9. Quel type de prévention vous intéresse le plus ?**

*Plusieurs réponses possibles.*

- La prévention primaire (agir en amont de la maladie)
- La prévention secondaire (agir à un stade précoce de l'évolution de la maladie)
- La prévention tertiaire (agir sur les complications et éviter les récives)
- Autre : \_\_\_\_\_

**10. D'après vous, quels sont les avantages à agir en PPS ?**

*Une seule réponse possible par ligne.*

	Oui, tout à fait	Oui, plutôt	Non, pas vraiment	Non, pas du tout
Reconnaissance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aspect financier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epanouissement personnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bénéfice humain pour la collectivité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**11. D'après vous, quels sont les freins qui vous limitent à agir en PPS?**

*Une seule réponse possible par ligne.*

	Oui, tout à fait	Oui, plutôt	Non, pas vraiment	Non, pas du tout
La complexité de la démarche (montage de dossier,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le manque de connaissance dans le domaine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La rémunération insuffisante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le manque d'accompagnement méthodologique (partenaires, mode de rémunération, cible,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le manque de temps	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Flou ou maîtrisé, ce champ d'action ne vous est pas inconnu... Voyons l'idée que vous vous faites de la Prévention et Promotion de la Santé (PPS).**

Votre perception du domaine de la PPS

**12. Dans quelles actions suivantes vous verriez-vous agir en PPS ?**

*Plusieurs réponses possibles.*

- Participer à des actions de repérage - dépistage
- Promulguer des conseils en cabinet avec ou sans liens avec la prescription
- Proposer des conseils hors cabinet à l'occasion d'une manifestation publique (ex : forum santé - conférence)
- Mettre en place des ateliers/exercices pratiques en cabinet avec ou sans liens à la prescription (individuel ou collectif)
- Participer à des programmes d'Education Thérapeutique du Patient
- Intervenir en milieu fermé (entreprise, club, école,...)
- Relayer les campagnes de communication (affiche, flyer)
- Former des confrères et/ou des professionnels de santé
- Sensibiliser- informer les décideurs politiques (institutions, Collectivités territoriales,...)

**13. Parmi les acteurs suivants, lesquels vous semblent être des partenaires potentiels si vous vous investissez en PPS ?**

*Plusieurs réponses possibles.*

- La Sécurité Sociale (régime général - RSI - MSA)
- L'ARS
- La CARSAT + les complémentaires santé (mutuelles + assurances)
- Les Collectivités Territoriales ( communes, CG, CR...)
- Les entreprises privées (quelles qu'elles soient)
- Les associations
- Les réseaux de santé locaux
- Les professionnels de santé
- L'URPS MK (Union Régionale des Professionnels de Santé)
- L'Ordre des MK
- Les syndicats de MK
- Le CNPK (Comité National de Prévention en Kinésithérapie)

**14. Quels publics vous concernent en PPS ?**

*Plusieurs réponses possibles.*

- Tous les individus avec des facteurs de risque, même en dehors des patients que je prends en charge à mon cabinet
- Tous les patients de mon cabinet en lien avec leur prescription
- Tous les patients de mon cabinet hors lien avec leur prescription

15. **Par quels moyens pensez-vous pouvoir être rémunéré si vous agissez en PPS ?**

Réponse courte attendue

---

---

---

---

---

16. **Pour vous, la PPS est-elle une activité à développer dans le métier de MK ?**

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Non pas du tout	<input type="radio"/>	Oui c'est indispensable										

17. **Pourquoi ?**

---

**"Autorisé à faire" ne veut pas dire "savoir faire" ni "se sentir en mesure de faire"... Découvrons comment vous percevez votre légitimité et votre capacité à intervenir en PPS.**

Légitimité et capacité du MK à oeuvrer en PPS

18. **Quels éléments vous légitiment à agir en PPS ?**

Plusieurs réponses possibles.

- La législation en vigueur m'octroie cette compétence (Code de la santé publique - Décret de compétence - Convention Nationale, ...)
- Ma formation me confère cette capacité (initiale ou continue)
- La Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) comprend certains actes de prévention
- L'activité non conventionnée (hors nomenclature) me permet le libre choix d'action dont la PPS
- Autre : \_\_\_\_\_

**19. Dans quels domaines vous sentez-vous pertinent pour agir en PPS ?**

*Plusieurs réponses possibles.*

- Trouble locomoteur (ostéo articulaire + musculo squelettique + rhumaologie)
- Neurologie
- Accident sportif et traumatisme
- Maladies métaboliques (MCV, diabète, obésité, atteinte respiratoire)
- Cancer
- Santé mentale
- Addiction (tabac, alcool, substances psychoactives)
- Pédiatrie
- Vieillessement
- Qualité de vie
- Autre : \_\_\_\_\_

**20. Quels rôles pourriez-vous assumer dans un projet PPS ?**

*Plusieurs réponses possibles.*

- Analyse - Repérage
- Conception
- Intervention - Animation
- Pilotage - Coordination
- Evaluation
- Autre : \_\_\_\_\_

**21. Estimez-vous être en capacité d'agir en PPS ?**

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

**22. Pourquoi ?**

---

---

---

---

---

# ANNEXE V

## FLASH INFO

À diffuser au plus grand nombre..  
Si vous avez des difficultés pour visualiser ce message, consultez la copie web



le 31 janvier 2017

Bonjour CORINNE FRICHE



**i** **Questionnaire concernant la « Prévention et Promotion de la Santé » (PPS)**

Ce questionnaire est diffusé dans le cadre d'un mémoire de fin de cursus d'un étudiant en 3ème année de Masso-Kinésithérapie.

Son travail aborde la place du MK dans le champ de la « Prévention et Promotion de la Santé » (PPS).

Ses interrogations se portent, en effet, autour de trois axes :

- La culture PPS chez les MK
- Le sentiment de compétence du MK à agir en PPS
- Les besoins du MK pour devenir un acteur PPS reconnu sur son territoire.

[▶ Je réponds au questionnaire en 5 minutes](#)

---

Actualités du mois 

Communiqués de presse 

Pratiques professionnelles 

Le JT de la FFMKR 



---

3 rue Lespagnol - 75020 Paris  tél. : 01 44 83 46 00

# ANNEXE VI : Graphiques globaux sur la population

Figure 1 : Répartition par sexe

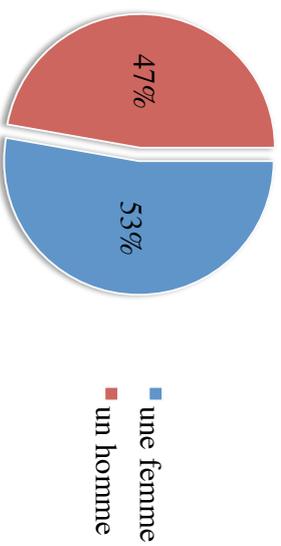


Figure 2 : Répartition diplômés / étudiants

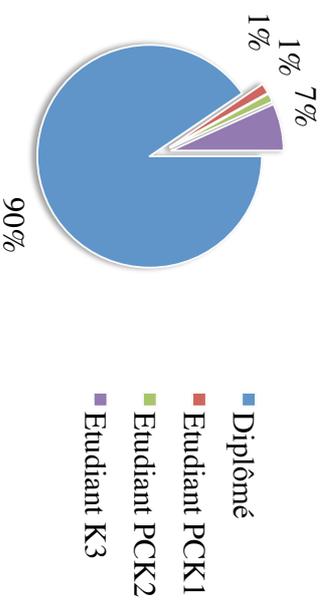


Figure 3 : Répartition par lieu d'exercice

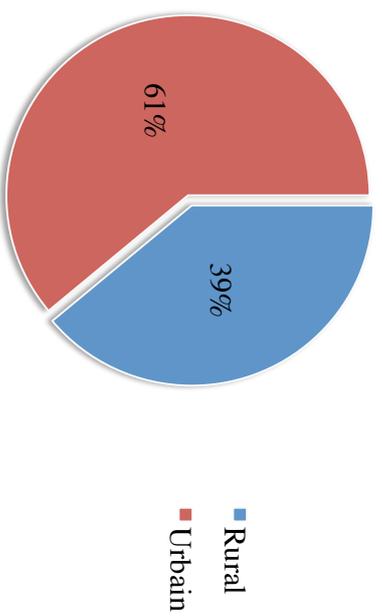
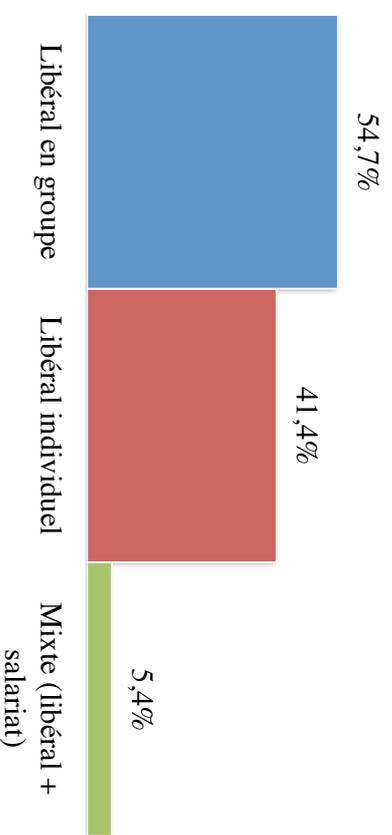
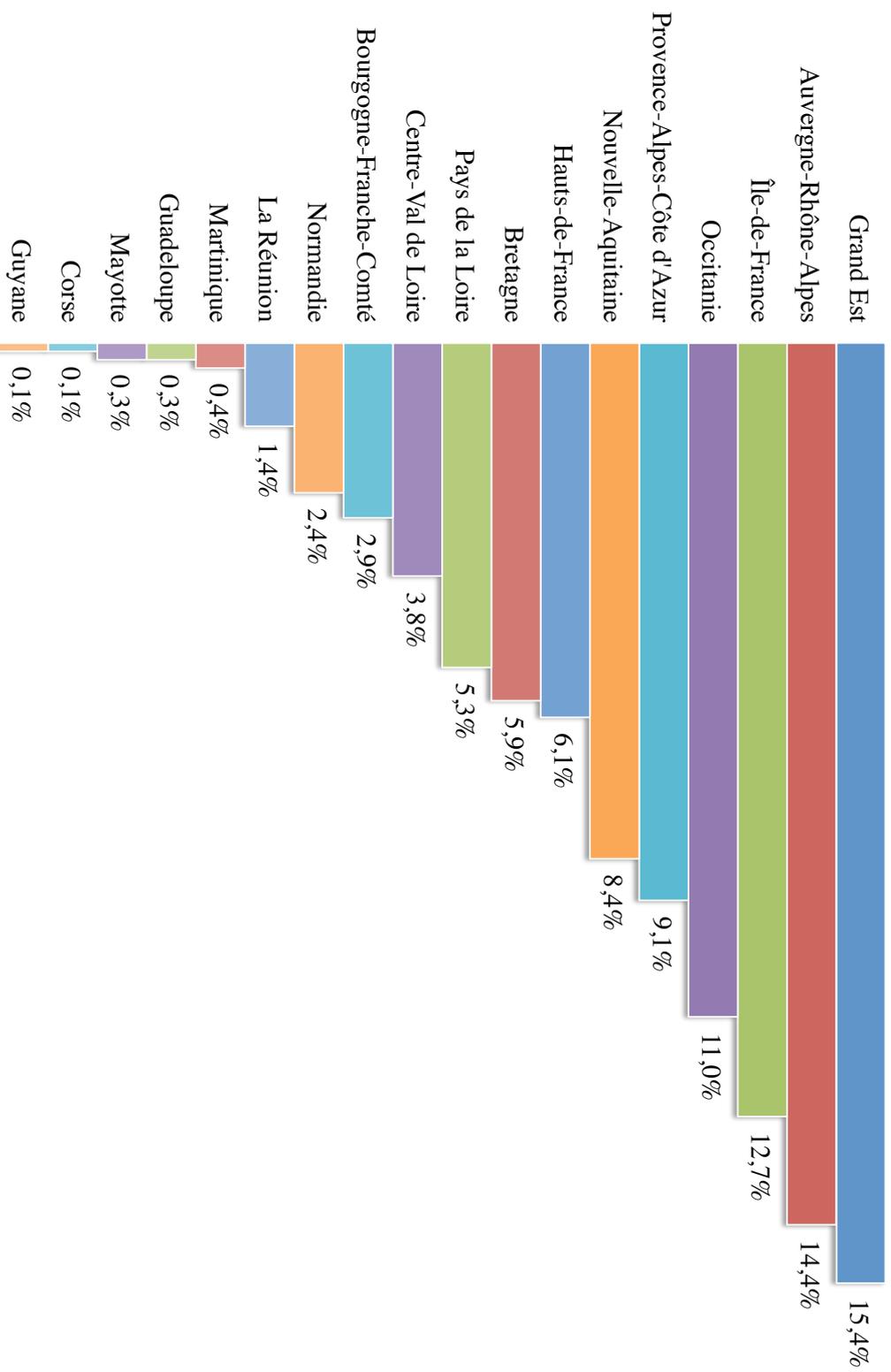


Figure 4 : Répartition par type d'exercice



**Figure 5 : Répartition par région**



**Figure 6 : Mise en parallèle homme/femme selon les groupes**

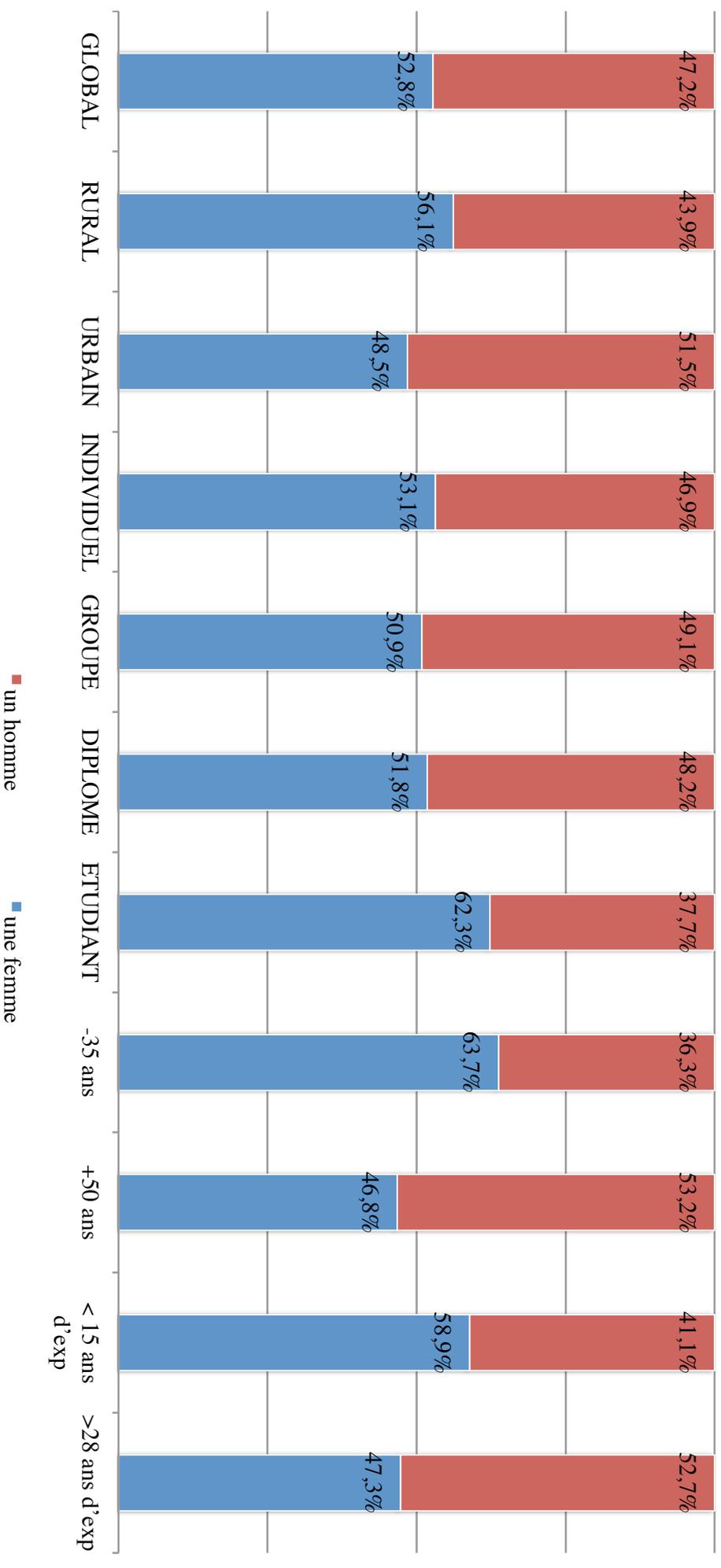
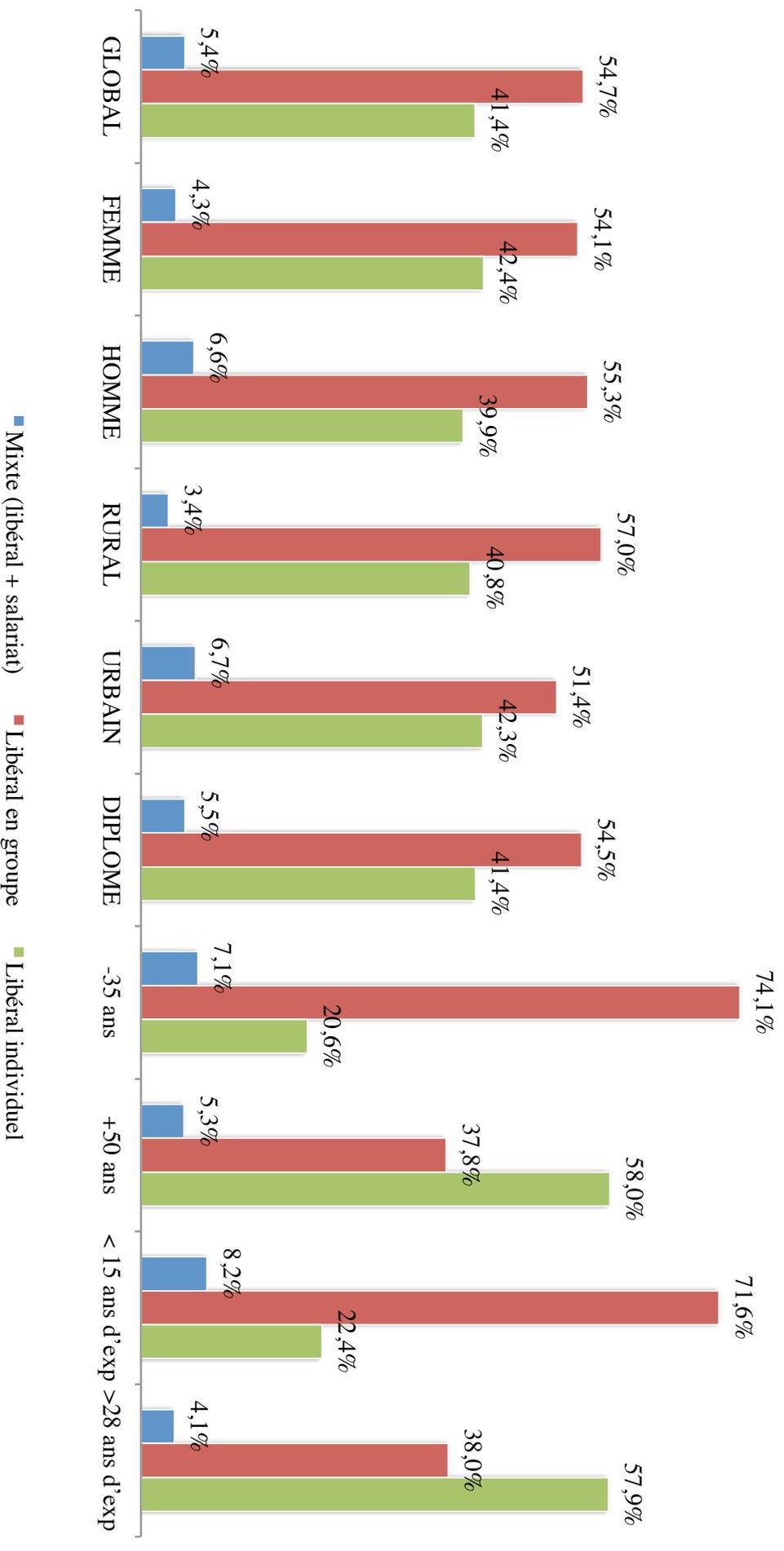
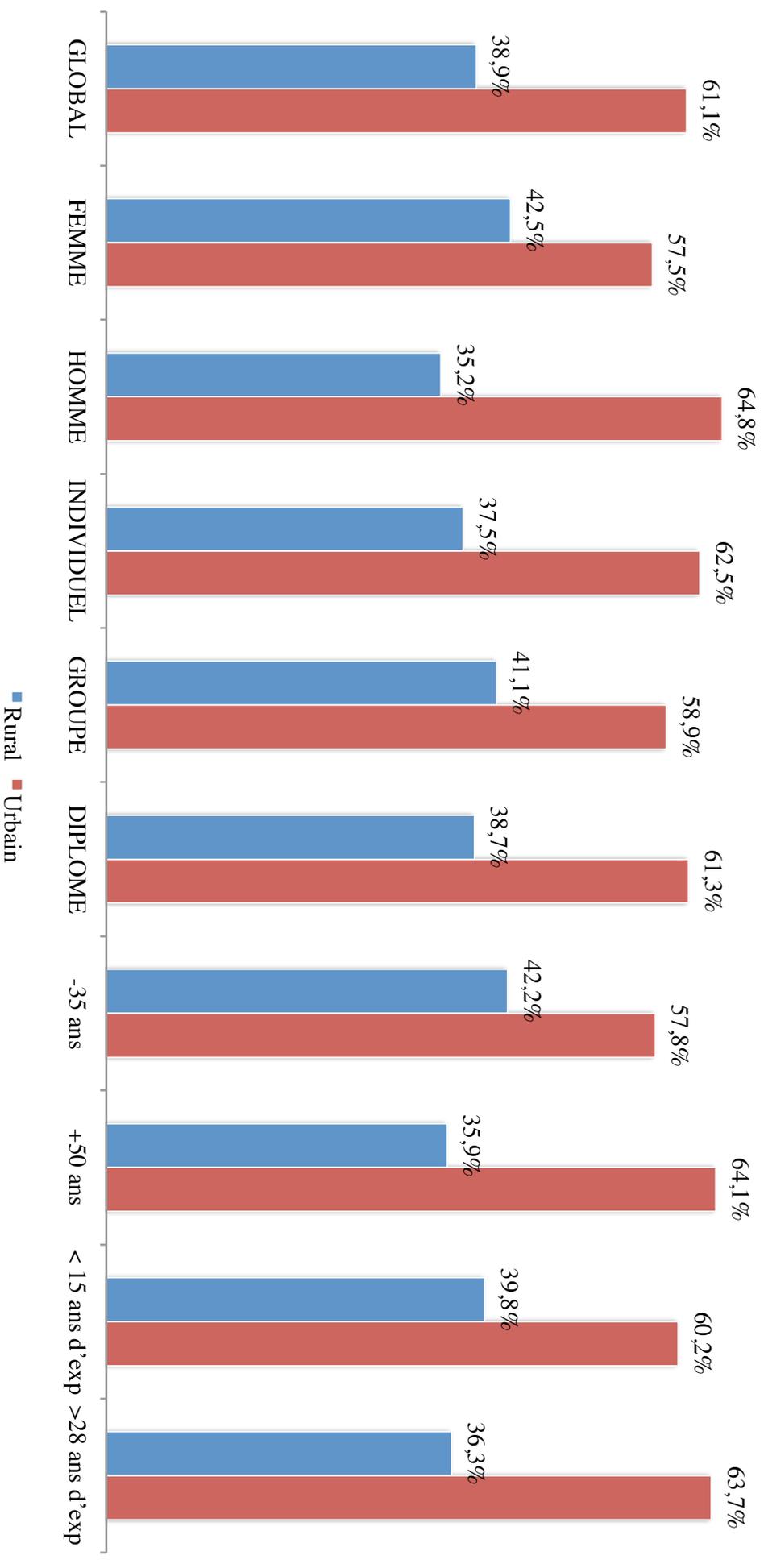


Figure 7 : Mise en parallèle du type d'activité selon les groupes

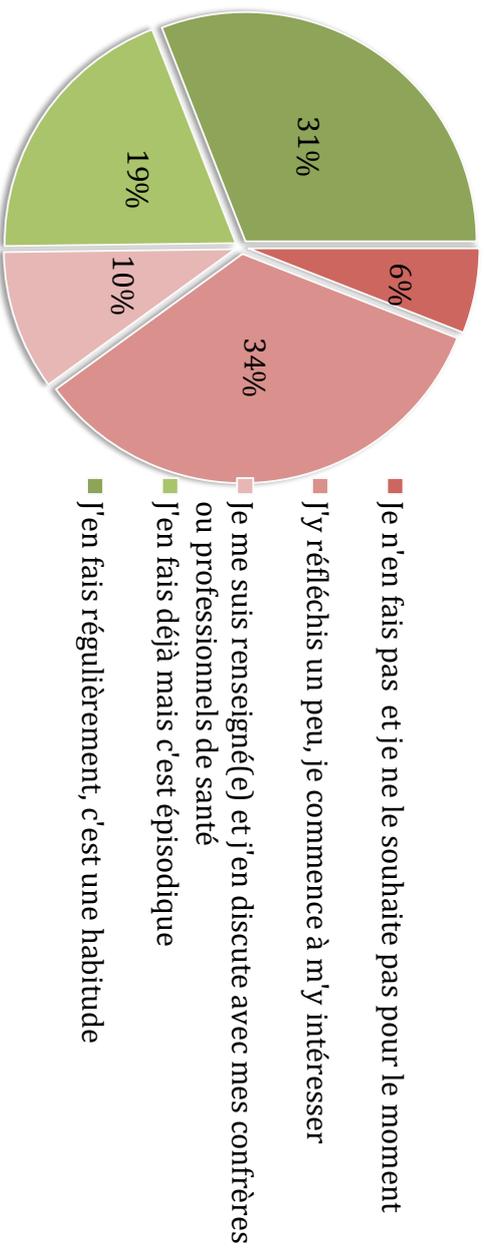


**Figure 8 : Mise en parallèle du lieu d'activité selon les groupes**

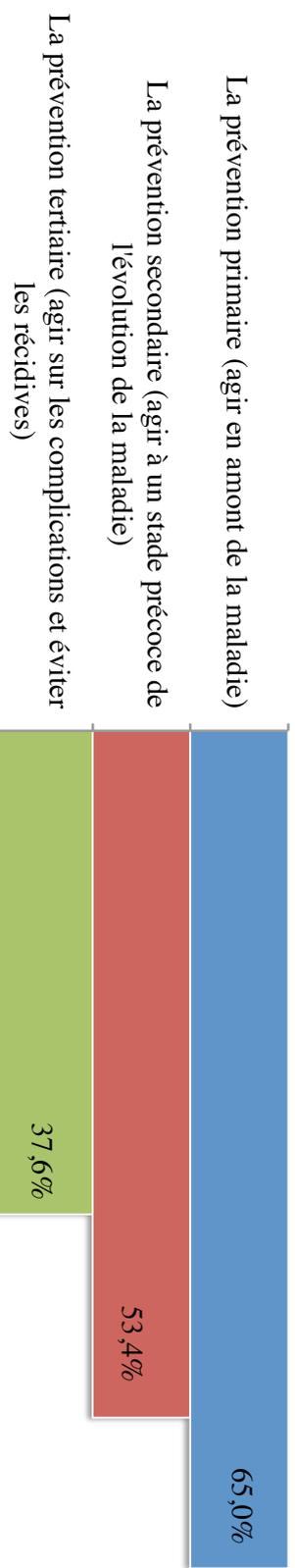


# ANNEXE VII : Graphiques globaux sur l'expérience et la motivation

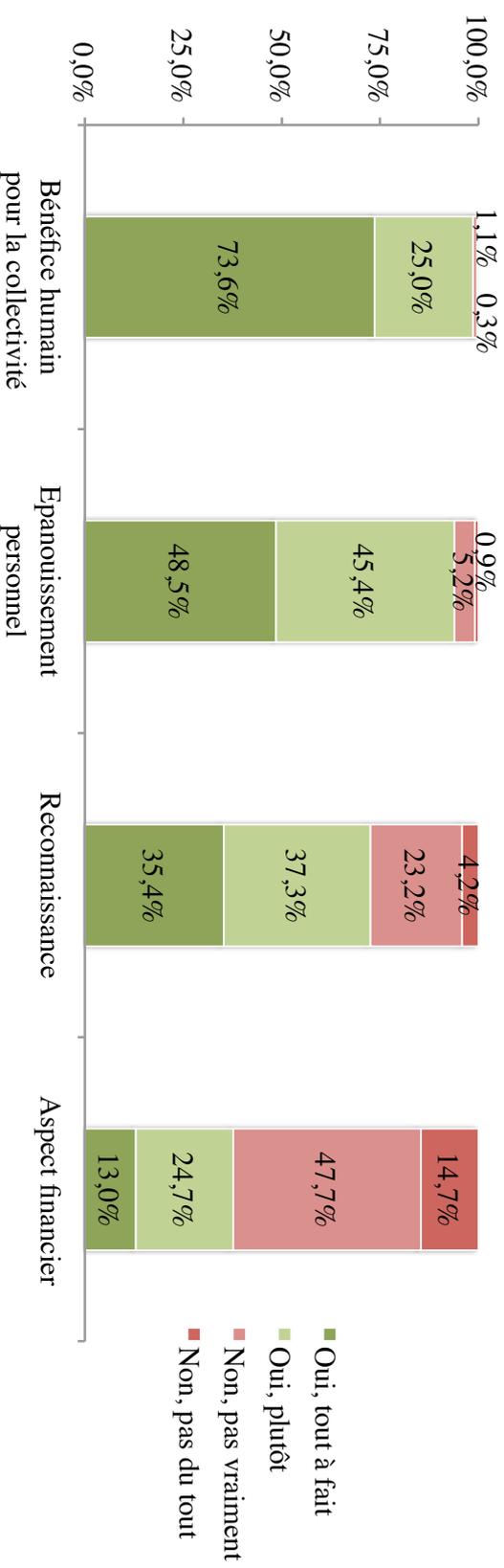
**Figure 1 : Niveau de motivation à agir en PPS**



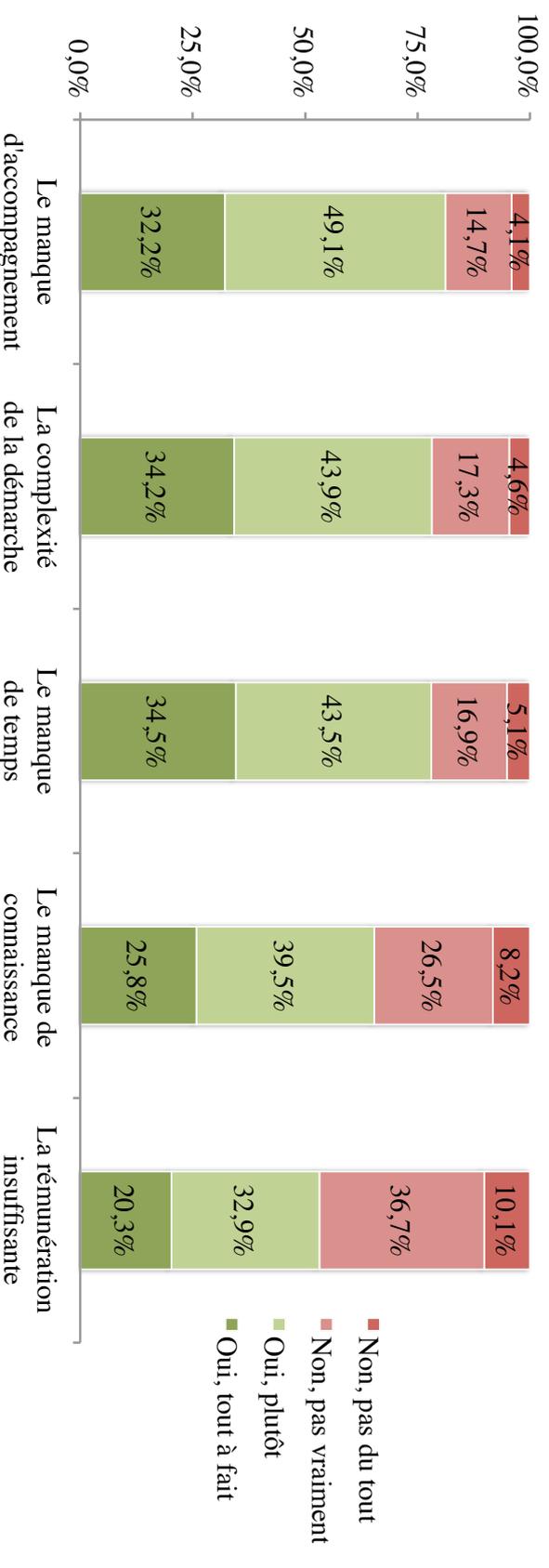
**Figure 2 : Type de prévention qui intéresse le plus**



**Figure 3 : Avantages à agir en PPS**

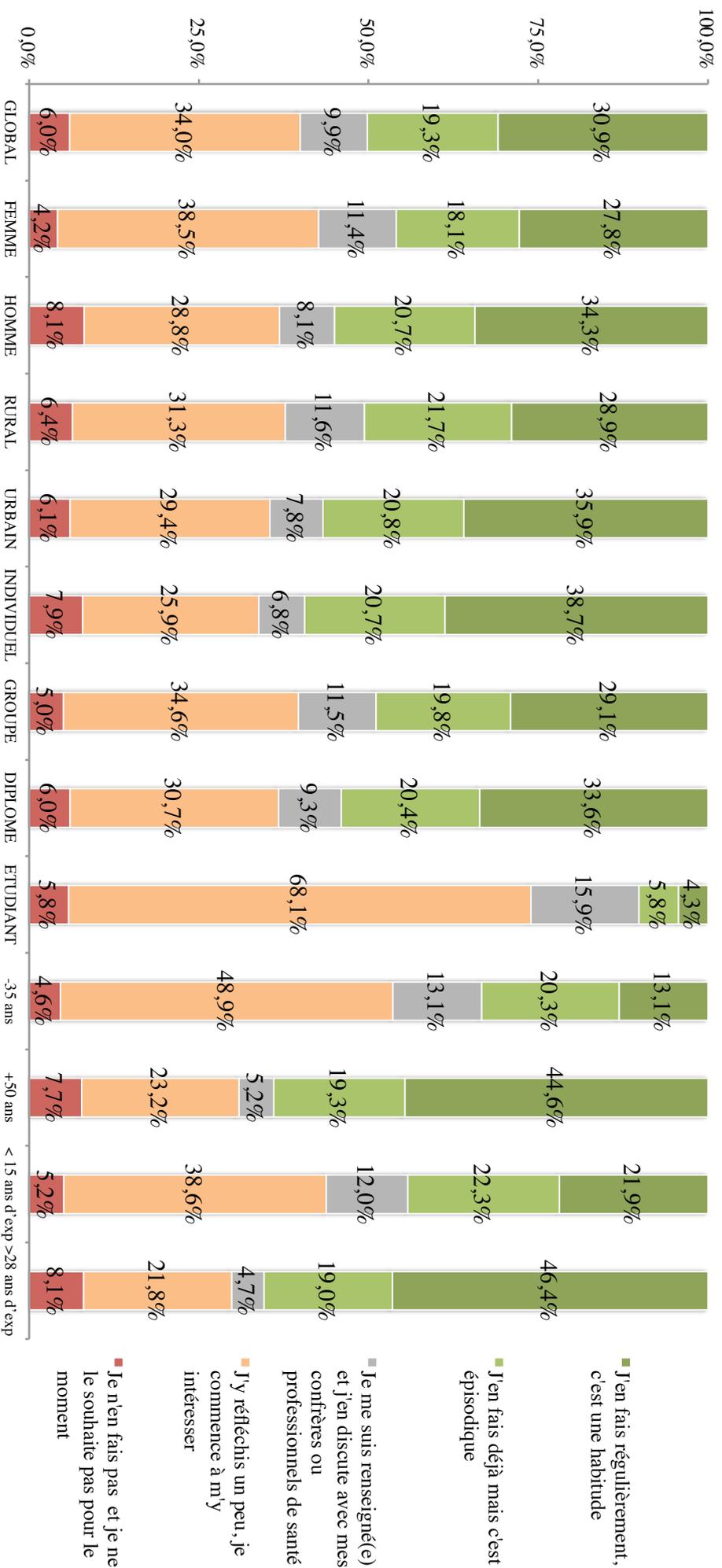


**Figure 4 : Freins à agir en PPS**

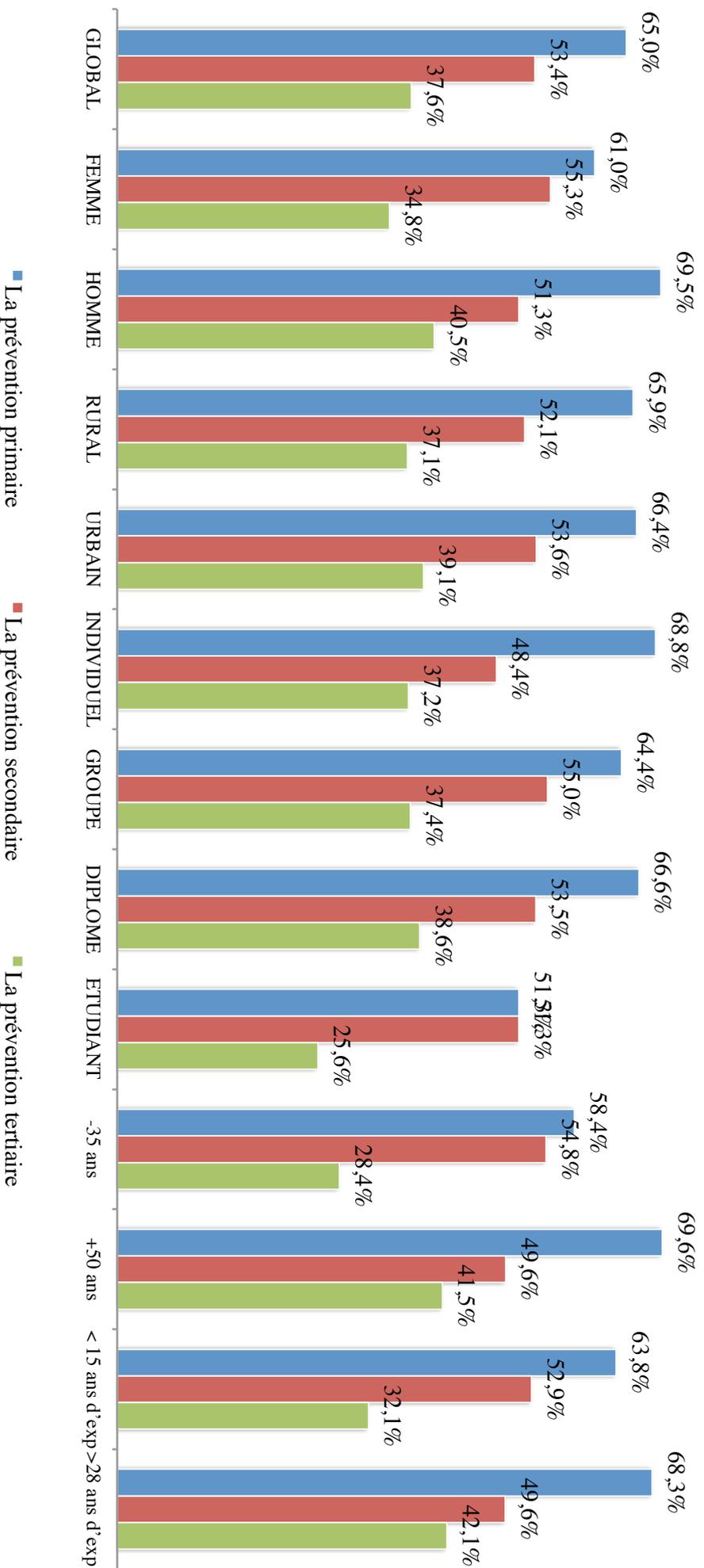


## Graphiques comparatifs des groupes de MK concernant la motivation :

**Figure 5 : Mise en parallèle du niveau de motivation à agir en PPS selon les groupes**

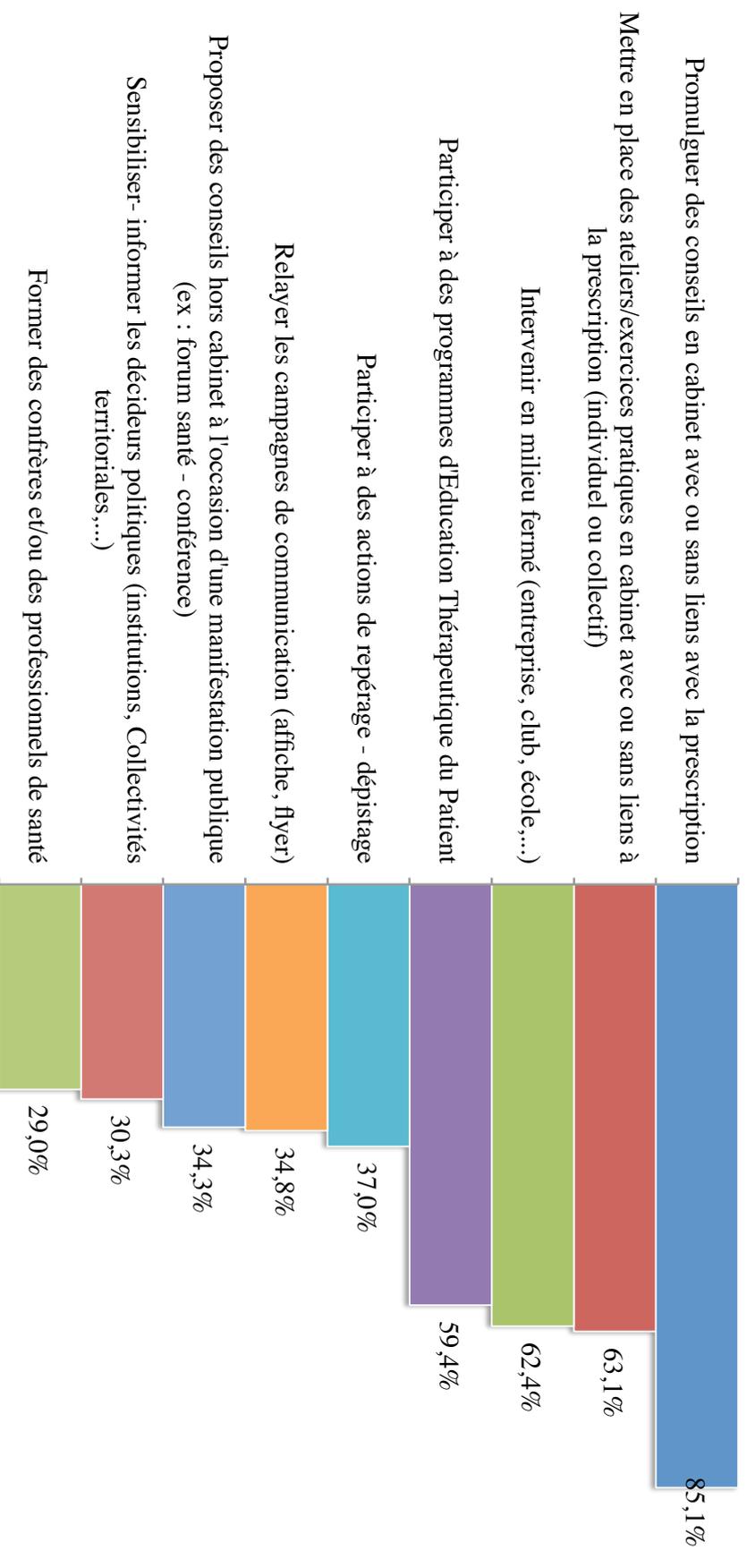


**Figure 6 : Mise en parallèle du type de prévention qui intéresse le plus selon les groupes**

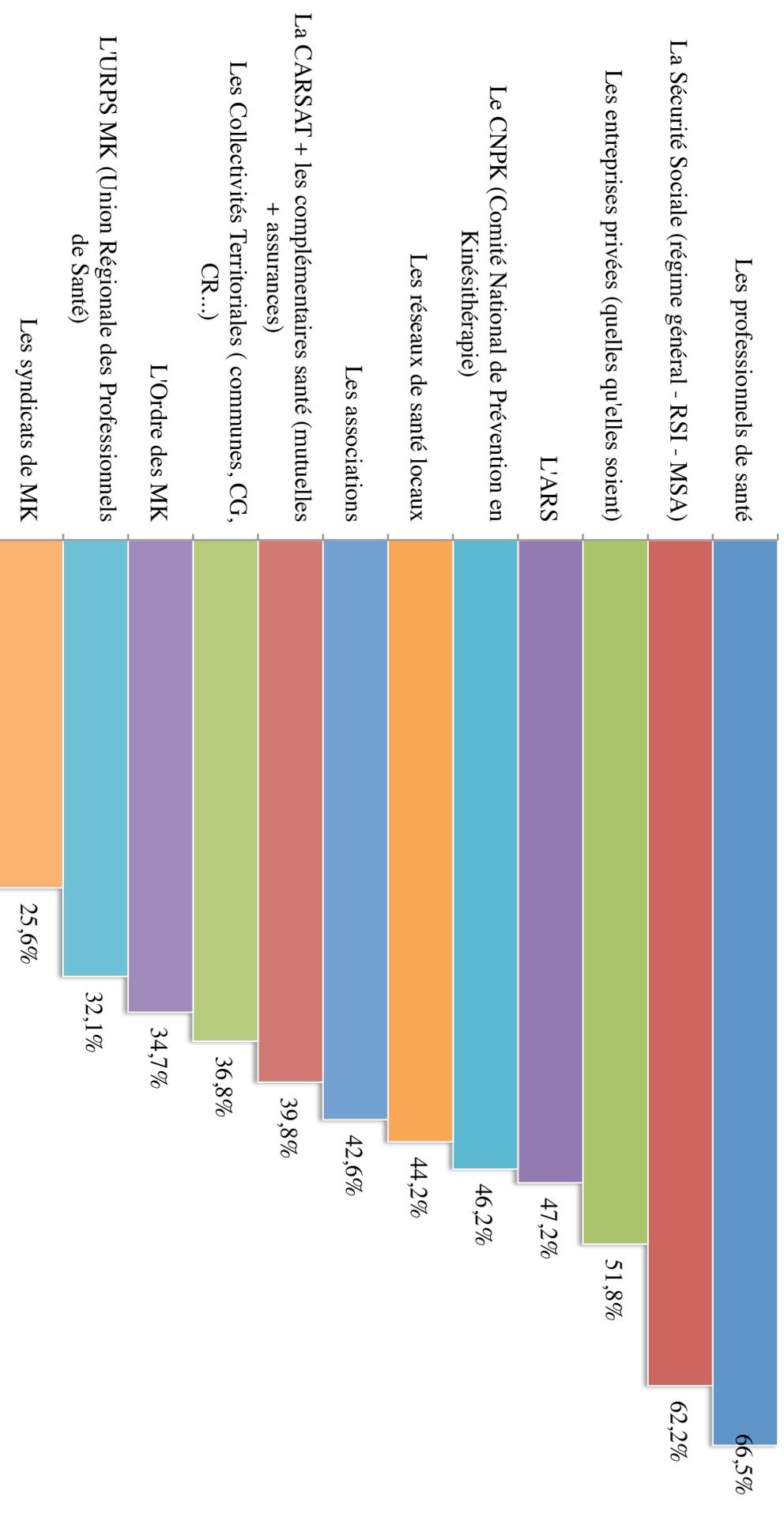


# ANNEXE VIII : Graphiques globaux sur la culture générale

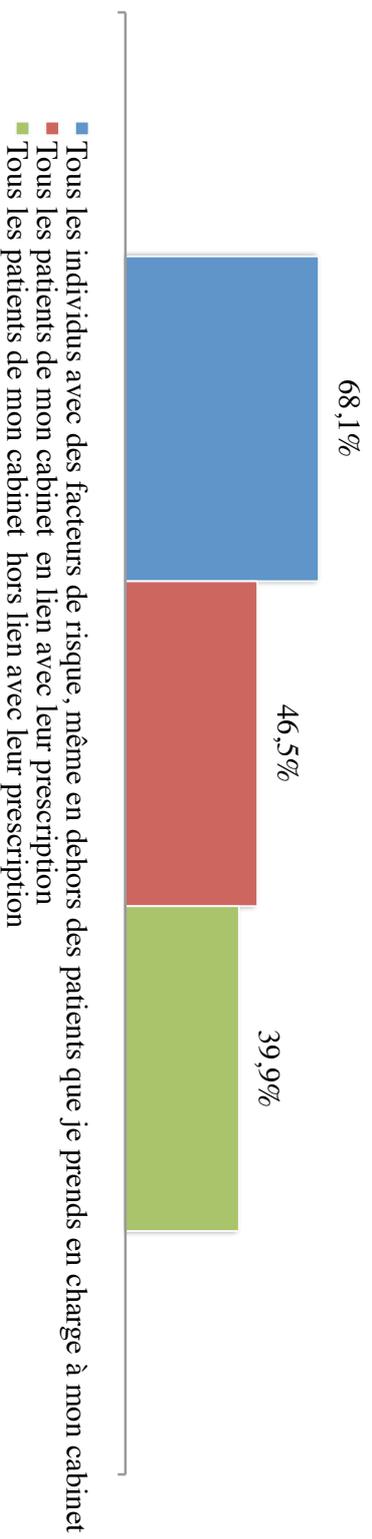
Figure 1 : Type d'action PPS réalisée ou envisagée



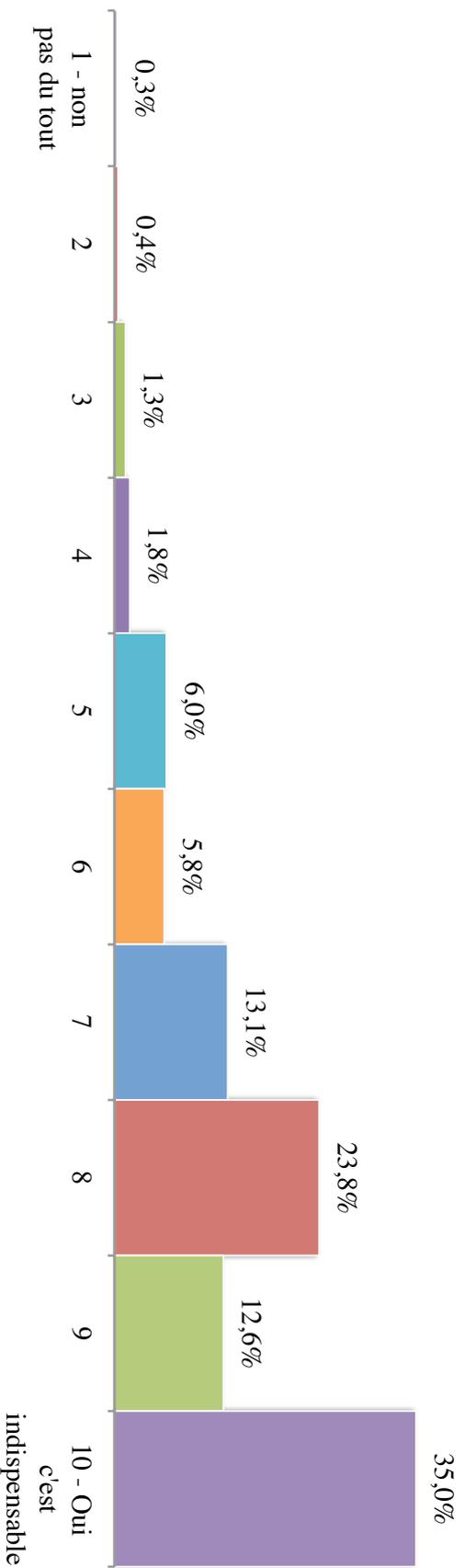
**Figure 2 : Partenaires potentiels en PPS ?**



**Figure 3 : Publics concernés en PPS**

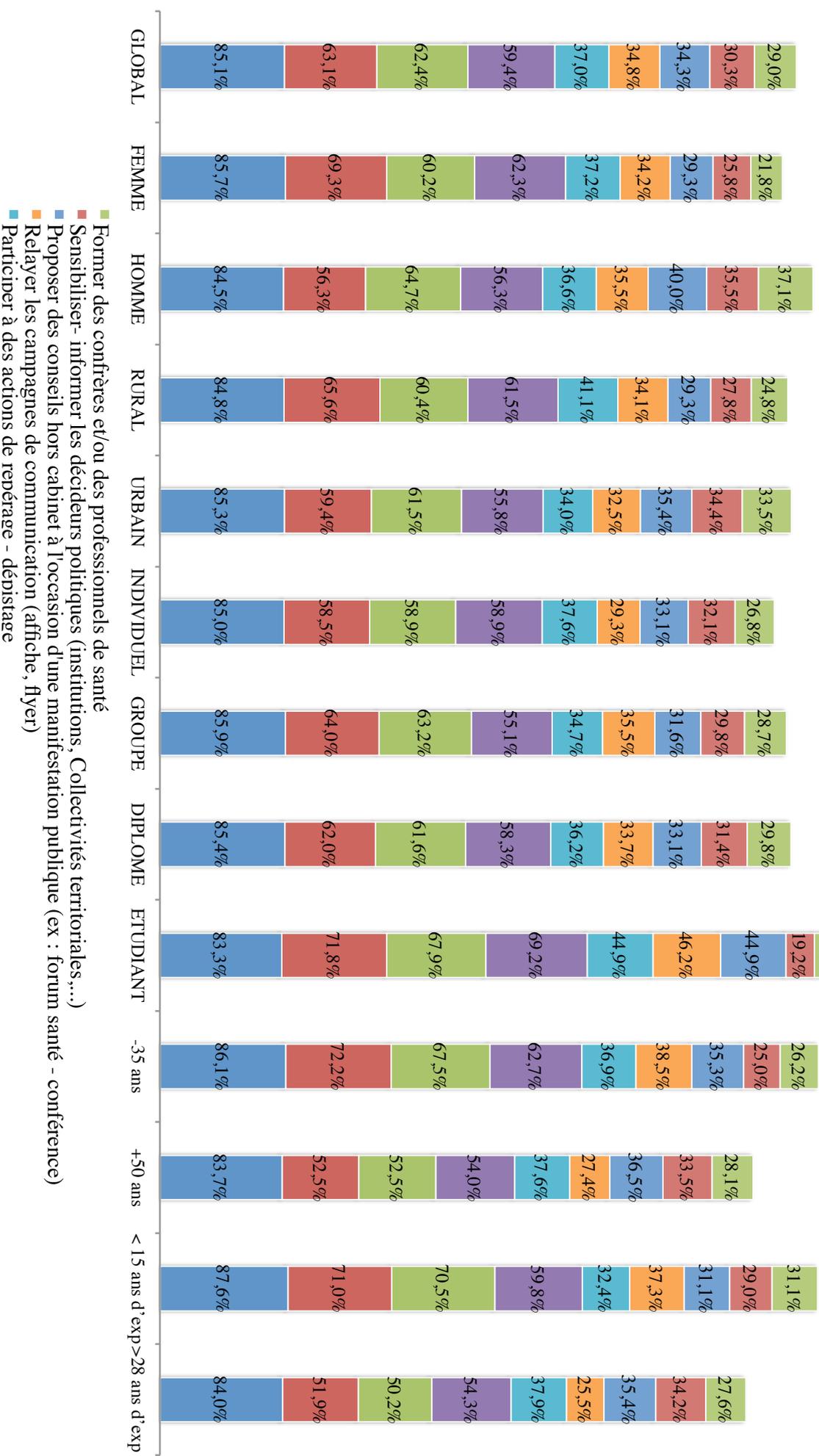


**Figure 4 : Développement de la PPS, envisagé dans le métier de MK**

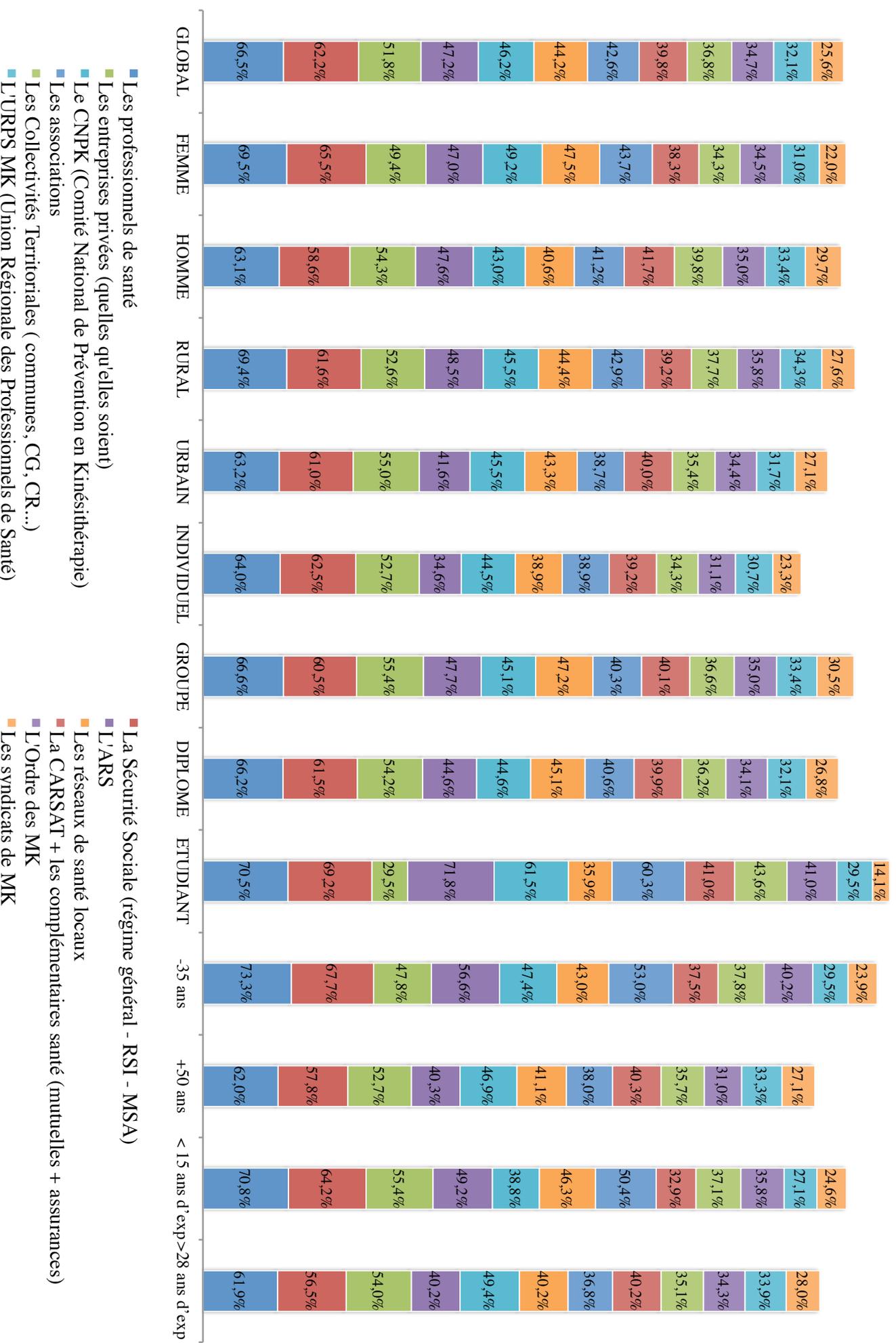


Graphiques comparatifs des groupes de MK concernant la culture générale :

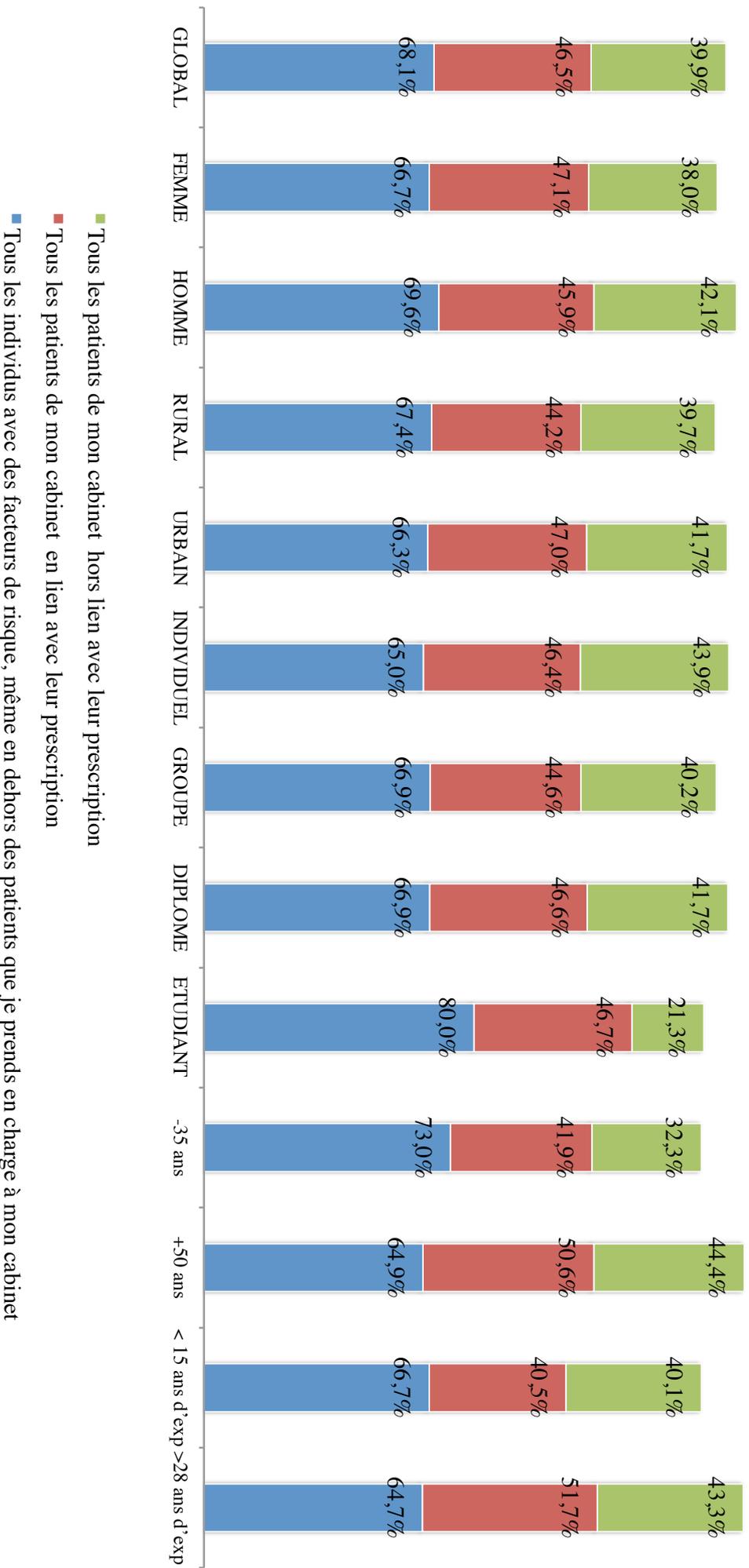
**Figure 5 : Mise en parallèle du type d'action réalisée ou envisagée , selon les groupes**



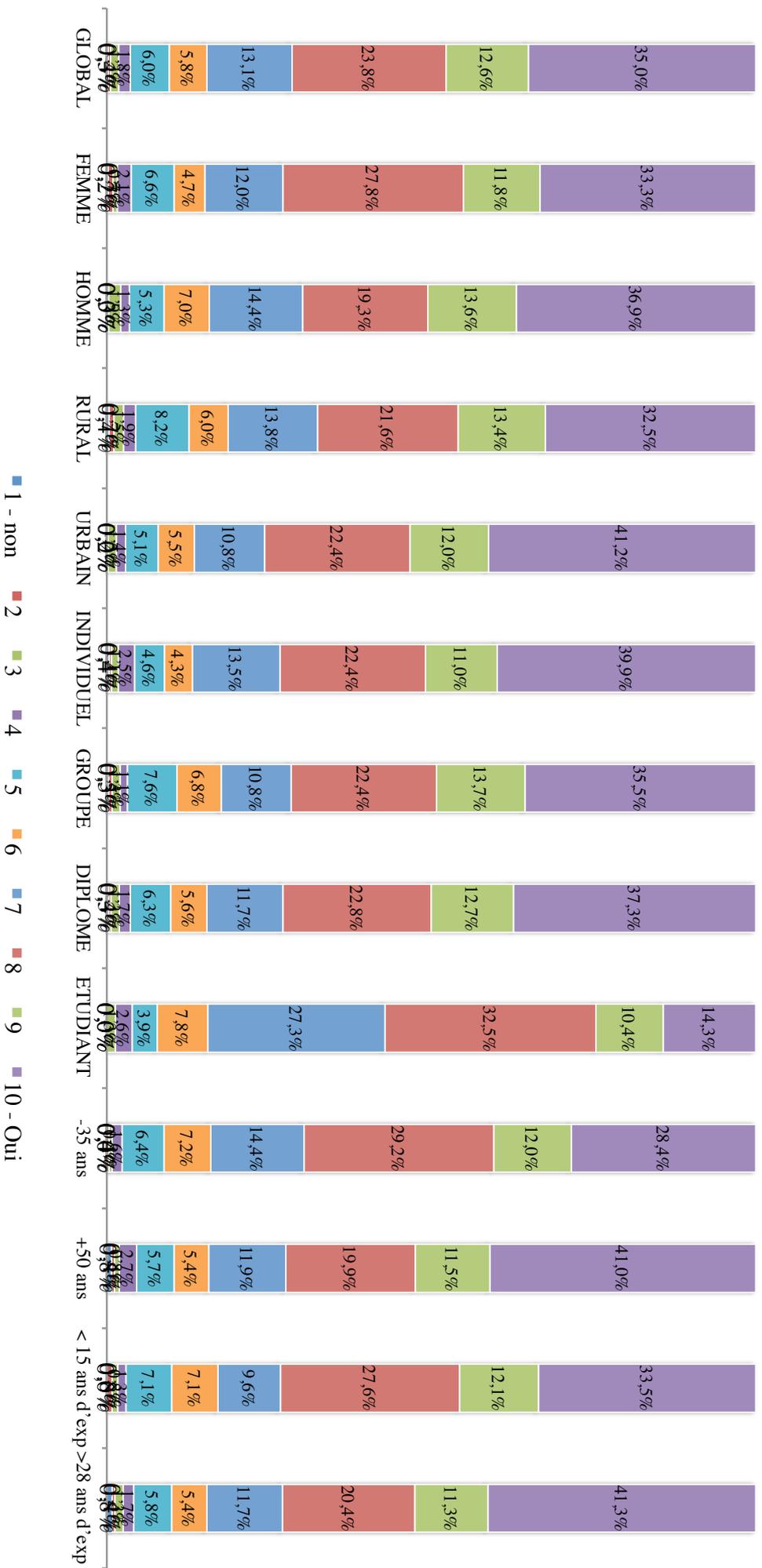
**Figure 6 : Mise en parallèle des partenaires potentiels en PPS, selon les groupes**



**Figure 8 : Mise en parallèle des publics concernés en PPS, selon les groupes**



**Figure 8 : Mise en parallèle du développement de la PPS envisagé dans le métier de MK, selon les groupes**



# ANNEXE IX : Graphiques globaux sur la légitimité et la capacité

Figure 1 : Légitimité à agir en PPS

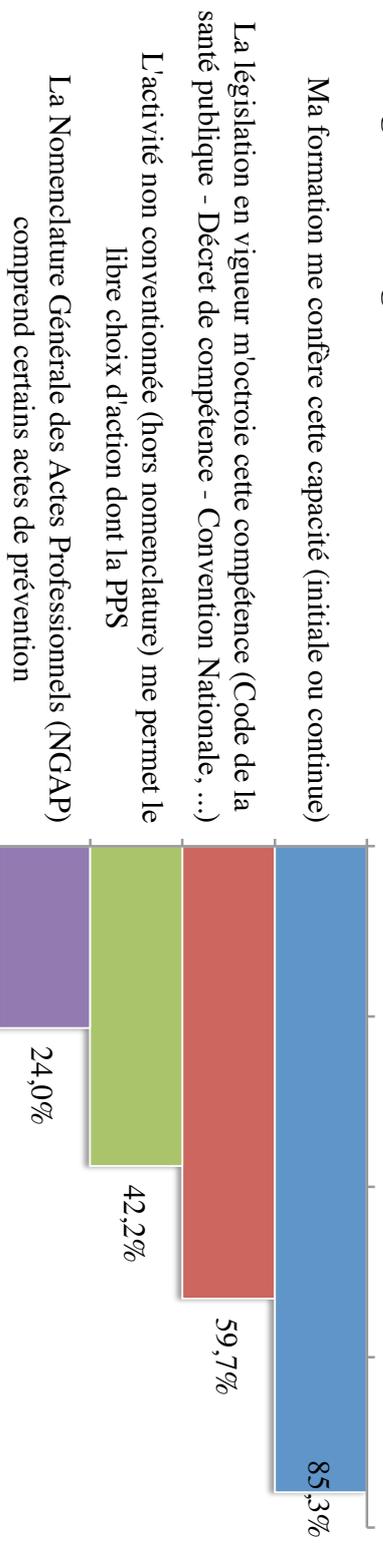
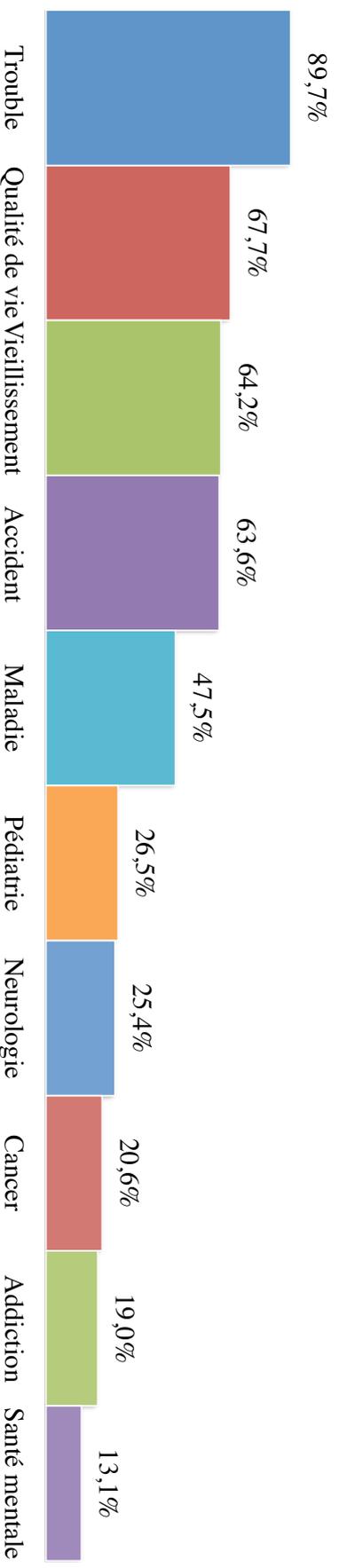
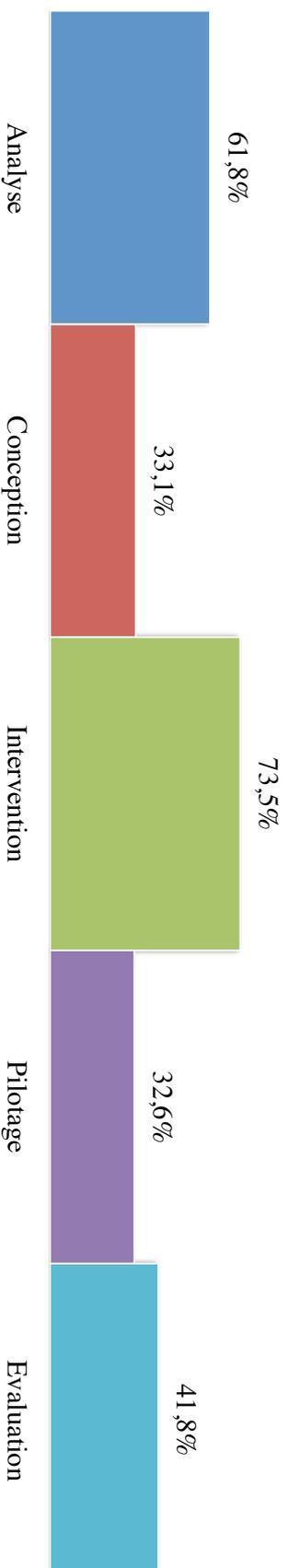


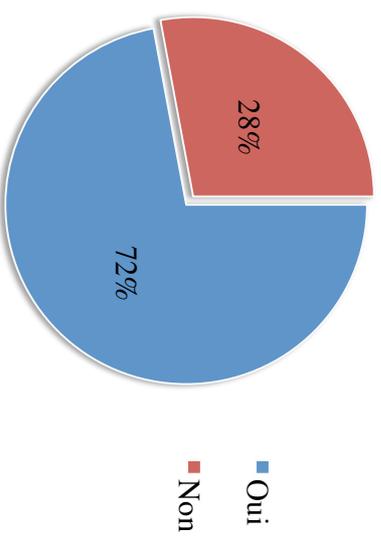
Figure 2 : Thèmes pertinents pour agir en PPS



**Figure 3 : Rôles du MK dans un projet PPS**



**Figure 4 : Estimation de la capacité d'agir en PPS**



Graphiques comparatifs des groupes de MK concernant la légitimité et la capacité

**Figure 5 : Mise en parallèle de la légitimité à agir en PPS, selon les groupes**

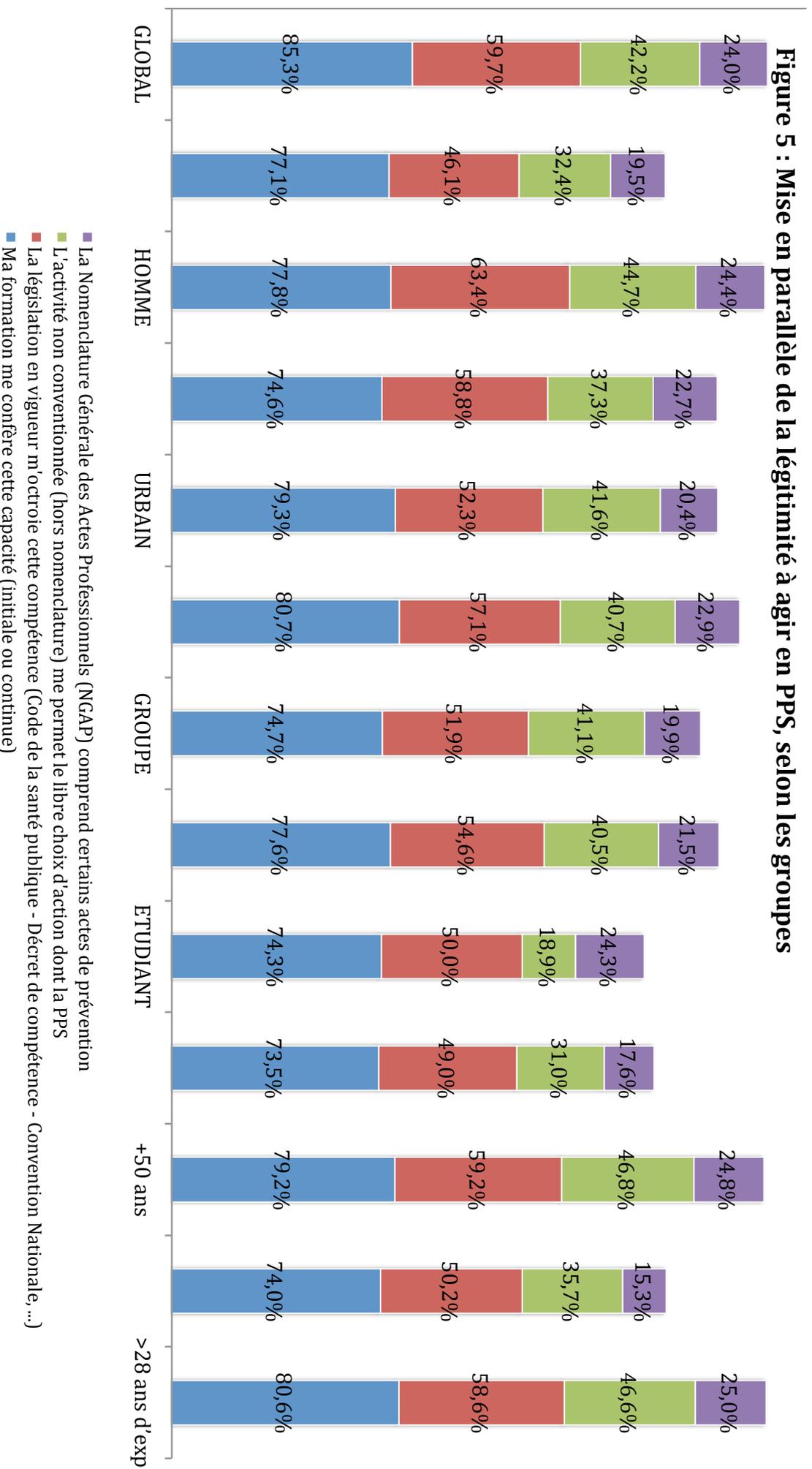
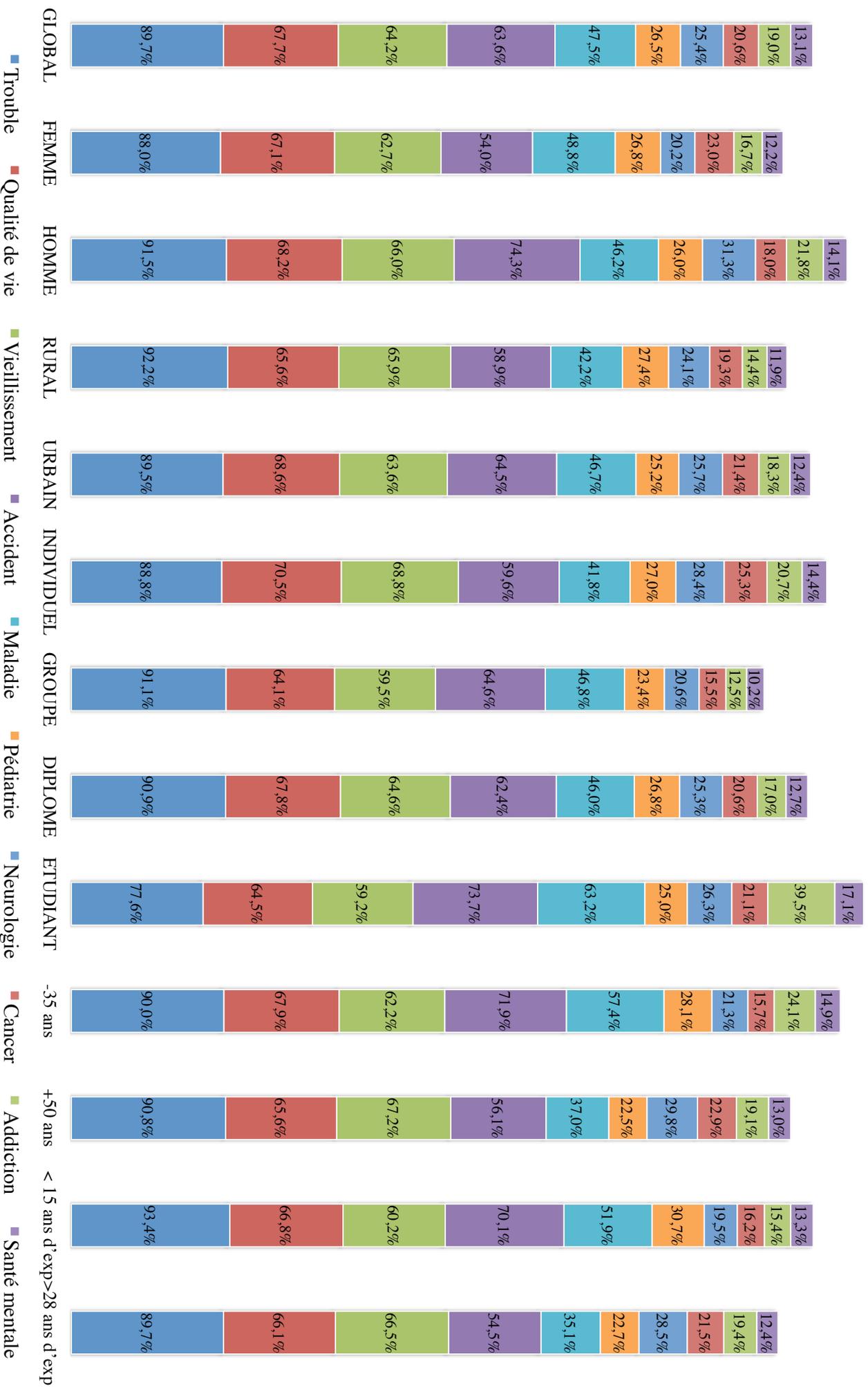
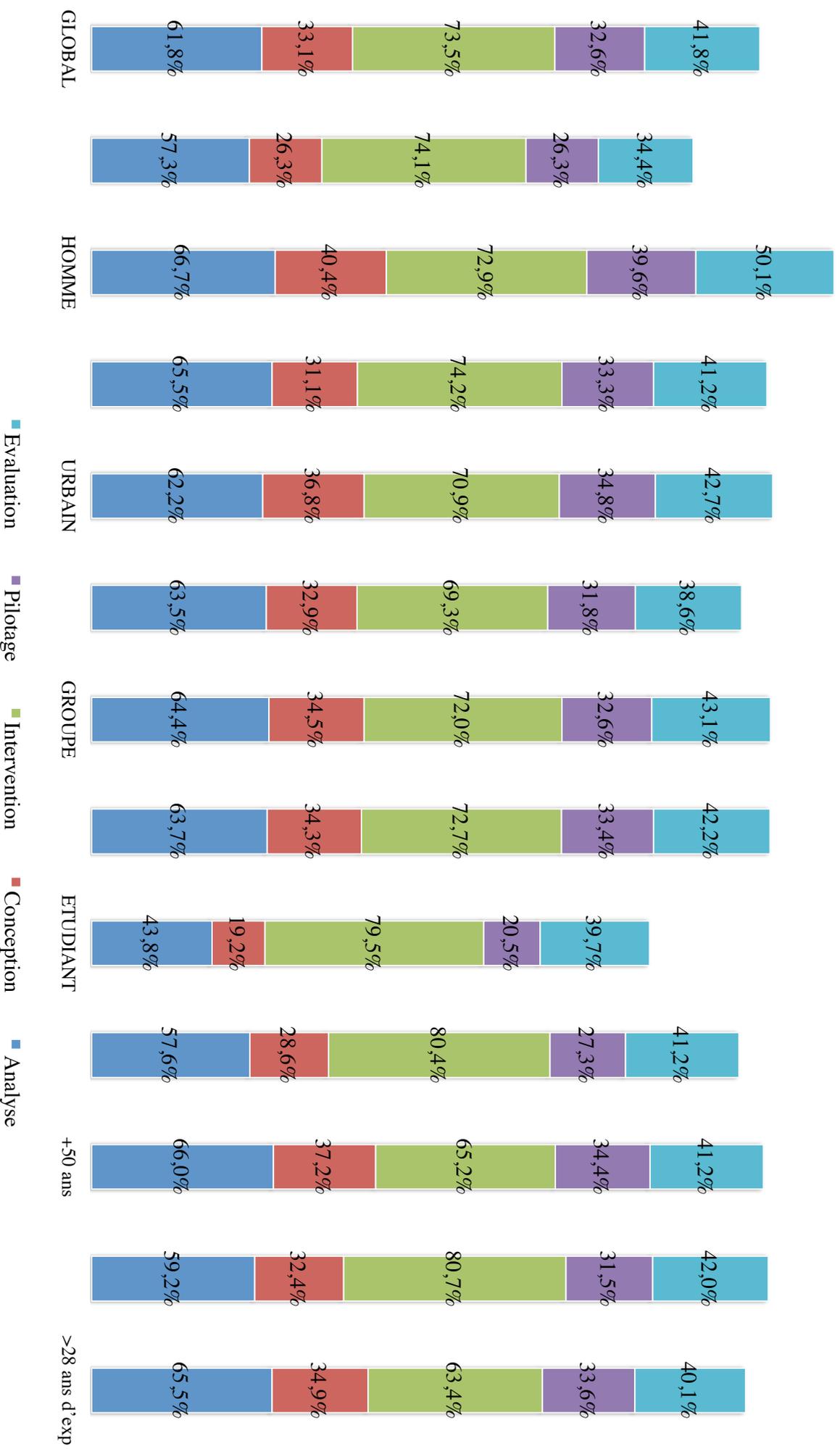


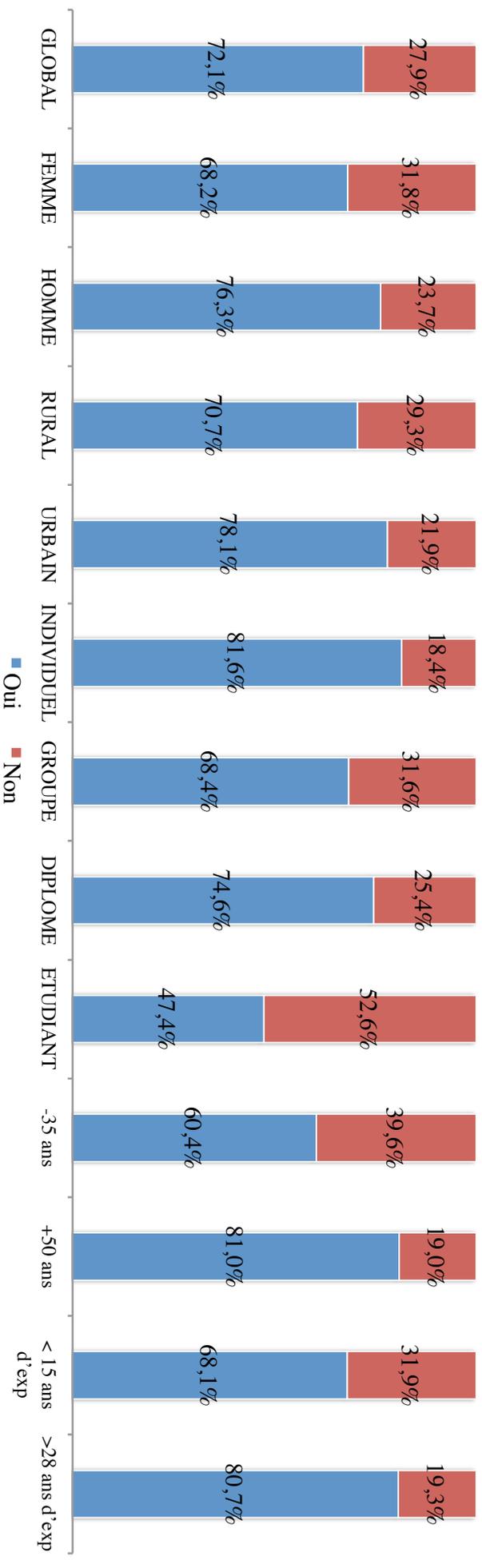
Figure 6 : Thèmes pertinents pour agir en PPS, selon les groupes



**Figure 7 : Mise en parallèle des rôles du MKK dans un projet PPS, selon les groupes**



**Figure 8 : Mise en parallèle de l'estimation de la capacité-d'agir en PPS, selon les groupes**



## **RESUME**

Large sphère aux nombreux concepts et aux contours mouvants selon la fibre professionnelle de celui qui l'analyse : la Prévention et Promotion de la Santé, plus vaste que l'approche propre du MK, est avant tout pluri-professionnelle et nécessite une mixité de regards pour agir efficacement.

En vogue dans les politiques publiques ces dernières années, la Prévention et Promotion de la Santé réclame de s'y plonger pour en comprendre les subtils mécanismes. Car si le MK possède un grand nombre de qualités et d'arguments pour garantir sa place dans ce milieu de la PPS, il n'en demeure pas moins doté d'une culture, à ce jour, insuffisante pour prétendre au qualificatif d' « acteur incontournable ».

Toutefois, l'évolution de la profession, à travers les nouvelles générations de MK, se dirige à la croisée des chemins, entre volonté des pouvoirs politiques en matière de santé, ambition des décideurs sur la profession de MK et attirance croissante de la population quant à ce volet de leur santé.

C'est ce que montre notre enquête diffusée par mail et sur les réseaux sociaux à laquelle 809 MK (diplômés et étudiants) ont répondu. Celle-ci vise à cerner la place et l'attitude du MK au cœur de cette thématique Prévention et Promotion de la Santé avec quatre parties : la situation actuelle du MK ; son expérience et sa motivation ; sa culture générale en PPS et enfin sa légitimité et sa capacité à agir en PPS.

**Mots-clés** : Prévention - Promotion de la Santé - Education pour la santé - Kinésithérapeute