

La réforme des études de kinésithérapie : une opportunité de relance des défis de santé publique pour la profession^{☆,☆☆}



The physical therapy studies reform: An opportunity for the profession to revive the challenge of public health

Michel de Saint-Rapt^{a,f}
Christian Meignan^{b,f}
Jean-Luc Reynaud^{c,f}
Denis Burles^{d,f}
Pascal Desbois^{e,f}

^a11, rue des Petits-Bois, 63830 Nohanent, France
^b1, Bonnette-de-la-Courtilière, 22590 Pordic, France
^c13, rue Ducatez, 26200 Montélimar, France
^dLa Rochette, 26220 Dieulefit, France
^e11, passage Prévert, 92700 Colombes, France
^fKiné France prévention (CNPK), commission scientifique, 75015 Paris, France

Reçu le 11 mars 2016 ; accepté le 20 juillet 2016

RÉSUMÉ

Les nouveaux textes concernant les études de kinésithérapie encouragent fortement la profession à s'engager davantage dans des actions de santé publique, la promotion de la santé et la prévention. C'est l'occasion de faire le point sur l'existant, les thématiques en développement, la potentialité et la spécificité de la kinésithérapie en prévention, et de décrypter ce que les textes apportent de nouveau pour activer réellement un savoir-être préventeur tout au cours des études.

Niveau de preuve. – Non adapté.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

SUMMARY

The new laws governing physical therapy studies strongly encourage physical therapists to get more actively involved in issues of public health, health policy and prevention. They provide an opportunity to take stock of the existing situation and the topics being pursued, and of the potential and specificities of physical therapy in prevention, and to analyze what the new legislation provides for, to enable the physical therapist's role as an agent of prevention to be put in practice throughout training.

Level of evidence. – Non applicable.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Incités depuis longtemps, comme tous les praticiens de santé, à sortir du modèle biomédical pour entrer dans le modèle bio-psychosocial, les masseurs-kinésithérapeutes (MK), voient arriver de nouveaux textes régissant leurs études [1] qui les encouragent à passer plus souvent du colloque singulier avec leur patient à des actions plus larges, de

santé publique, donc au bénéfice de populations, cela à travers la promotion de la santé et la prévention. À tel point que, dans ces nouveaux textes, ces deux types d'action sont inscrits en priorité avant les actions curatives :

« La pratique de la masso-kinésithérapie comporte la promotion de la santé, la

MOTS CLÉS

Études
 Kinésithérapie
 Prévention
 Santé

KEYWORDS

Health
 Physiotherapy
 Prevention
 Studies

* « La Santé publique est la science et l'art de favoriser la santé, de prévenir la maladie et de prolonger la vie grâce aux efforts organisés de la société » (Glossaire de la promotion de la santé. D. Nutbeam, OMS, Genève, 1998).

** Kiné France prévention (CNPK) ; commission scientifique ; 75015 Paris ; France.

Auteur correspondant :

M. de Saint-Rapt,
 11, rue des Petits-Bois, 63830
 Nohanent, France.
 Adresse e-mail :
 michel.de-saint-rapt@wanadoo.fr

Un historique et une clarification de la terminologie.

1946 : l'OMS élargit considérablement le concept de santé qui devient « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». On parle dorénavant de « **déterminants de la santé** ». A partir de là, de nombreux acteurs entrent progressivement dans la sphère de la santé, à côté des praticiens de santé. Ce qui suppose une coordination entre eux pour des **actions pluridisciplinaires**.

Pour les pouvoirs publics, la **promotion de la santé** (Charte d'Ottawa 1986) est un ensemble d'orientations et de stratégies politiques : établir une politique publique saine, créer des milieux favorables, renforcer l'action communautaire, développer les aptitudes personnelles (l'individu étant encouragé à devenir « **acteur de sa santé** »), réorienter les services de santé.

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 (ex : vaccination et action sur les facteurs de risque), la **prévention secondaire** à un stade précoce de son évolution (dépistages), et la **prévention tertiaire** qui agit sur les complications et les risques de récurrence. (HAS 2006).

Pour les professionnels de la santé, ces stratégies impliquent **davantage d'actions préventives**, donc la nécessité d'entrer dans une **démarche anticipatrice et éducative**. A partir de facteurs de risques identifiés par l'épidémiologie, ils **informent, sensibilisent, protègent, éduquent à** (quels sont les déterminants de la santé ? quels sont les risques ?) et **pour la santé** (comment s'approprier, améliorer et conserver la santé ?) **de façon non injonctive**, la prestation de santé étant alors « **co-produite** ».

Figure 1. Un historique et une classification de la terminologie.

prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne ainsi que des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles » [2] (Fig. 1).

Habitué à travailler dans un cadre très balisé (diagnostic médical, prescription, examens complémentaires, pathologies et bonnes pratiques définies), le kinésithérapeute est encouragé à changer plus souvent d'angle de vue. Il lui est conseillé de considérer l'individu le consultant comme pouvant devenir « acteur de sa santé » et faire en sorte de l'aider à le devenir, en mettant par exemple en œuvre des démarches pédagogiques participatives. Au-delà, d'intervenir auprès de groupes d'individus confrontés aux mêmes tâches ou exposés aux mêmes risques, et dans leur environnement d'activités.

Quels sont brièvement l'histoire et le paysage actuel de l'activité préventive des kinésithérapeutes ? Celle-ci correspond-elle aux préconisations des textes ? Qu'est-ce que le nouveau programme va changer ? Ouvre-t-il vers une autre identité de la profession ?

Kinésithérapeutes, acteurs de prévention dans nos cabinets et sur différents terrains, auprès de différents publics depuis plus de vingt ans, nous allons essayer de répondre à ces questions à partir de nos réflexions, de notre expérience et sans la prétention d'appréhender tout l'existant et le devenir de la prévention en kinésithérapie.

La « prévention du mal de dos » a été l'aspect le plus emblématique, le plus caricatural et le plus standardisé, mais le plus médiatisé de la prévention intéressant les kinésithérapeutes. Elle renvoyait aux « pédagogies redresseuses » [3], douloureusement pour nous, à la gymnastique corrective et véhiculait des consignes injonctives : les « bons gestes et les bonnes postures » – la « police sanitaire » comme dirait Yves Clot [4]. À côté de cette image pauvre de la prévention primaire, la kinésithérapie a été souvent créative en matière de pratiques de prévention secondaire : conseils divers pour les comportements quotidiens, prise en compte des mobilités hors des secteurs déficients – en dépit d'une nomenclature analytique segmentant le mouvement – animation de séances collectives de « gymnastiques préventives », équilibre de la personne âgée, etc.

En 1985, les MK ont été encouragés à s'engager dans des activités de prévention par leur décret de compétences¹ qui inscrivait que le MK pouvait « être associé à différentes actions d'éducation, de formation, de prévention, d'encadrement et de dépistage », mettait en valeur « la réalisation des bilans ergonomiques et la participation aux recherches d'ergonomie » et encourageait « la pratique de la gymnastique hygiénique, d'entretien ou préventive ». Cet article a été éclaté en deux articles en 1996, puis 2000², sans réelle modification du contenu. Ceux-ci étaient toujours d'actualité jusqu'au 2 septembre 2015 où, dans les nouveaux textes, il ne s'agit plus d'« être associé », ni de « participer » mais de « concevoir », « élaborer », « organiser », « évaluer », « dépister », « conduire », « rechercher », « conseiller, informer et former ». On mesure l'avancée importante.

À partir de 1985, deux dynamiques ont été lancées : la création du premier comité départemental de prévention en kinésithérapie avec les premières actions collectives de prévention primaire en milieu scolaire, et l'introduction de l'ergonomie dans la formation initiale avec quelques approches individuelles en entreprise qui ouvraient déjà les portes de la « santé au travail », mais, à notre connaissance, sans véritable recherche sur les compétences spécifiques du kinésithérapeute dans ce domaine. Parallèlement, étaient menées discrètement des expériences individuelles mettant en valeur des approches neuromotrices, biomécaniques, psychosensorielles à visée libératrice du mouvement. Mais le MK était renvoyé à la prévention secondaire et tertiaire. Les nouveaux textes évoquent la prévention primaire même s'ils s'attardent ensuite sur la prévention secondaire et tertiaire. Il est important de revendiquer ce premier niveau anticipateur, plus valorisant en matière de qualité de prévention et où le MK fait l'expérience d'un autre type de pluridisciplinarité, les autres acteurs n'étant pas, dans leur majorité, des professionnels de santé.

À partir des années 1990 se sont créés d'autres comités départementaux de prévention, attirant des kinésithérapeutes motivés pour des activités collectives en santé publique. Ils se

¹ Article 10 (08.1985).

² Articles 12 et 13 (10.1996, puis 06.2000).

sont rassemblés au sein du Comité National de Prévention en Kinésithérapie (CNPK)³ en 1993. Très rapidement, une commission scientifique et pédagogique à vocation de recherche, d'évaluation et d'harmonisation des contenus et des pratiques s'est mise en place avec une volonté de préservation de la créativité, de partage d'expériences et de réflexion collective pour cerner la place du kinésithérapeute en prévention primaire – devenant, dans les actions collectives, praticien formateur (« comp. 11 : Informer et former les professionnels et les personnes en formation ») – et mettre au jour ses compétences spécifiques mobilisées dans cette nouvelle pratique à côté de compétences partagées avec d'autres acteurs (Comp. 10 : Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs »). Les sciences de l'éducation, l'anthropologie cognitive, sociale et réflexive, l'ergonomie, la biomécanique, la neurophysiologie, des approches psychosociales ont alimenté la réflexion. Cette recherche d'identité a permis une meilleure adaptation à la pluridisciplinarité (la majorité des intervenants étant libéraux). La réflexion qui se poursuit bénéficie maintenant d'un plus grand champ d'expérimentation. La prévention au sein du réseau KFP⁴ se fait sur des « terrains » divers (entreprises, milieu sanitaire et social, scolaire, etc.) et touche maintenant un grand nombre de champs professionnels. Les actions correspondent totalement à l'activité 5 telle qu'elle est décrite dans les nouveaux textes : « Prévention et dépistage, conseil... et santé publique ». Les domaines de prévention les plus développés sont la prévention des TMS, la prévention des chutes et la prévention des conséquences physiologiques du stress. La qualité d'approche du kinésithérapeute avec, entre autres, le repérage des variables individuelles permet de prendre en compte l'individu dans le groupe.

Des concepts comme l'ergonomie de proximité⁵ et l'hygiène gestuelle⁶ sont liés, personnalisés et situés et vont dans le sens de l'individu « acteur de sa santé ». Les fiches et tableaux de suivi des risques⁷ correspondent bien à la « formation de publics ciblés au repérage des signes d'alerte et à l'utilisation d'outils de suivi ». À ce propos, l'objectif 4 de l'UE 23 traitant de

l'ergonomie nous paraît faible et il est regrettable que l'expression « gestes et postures », très connotée et peu kinésithérapique, y soit utilisée.

Comme outil de diagnostic, l'analyse qualitative du geste⁸ s'est affinée et les sciences de l'éducation alimentent une pédagogie co-constructiviste spécifique au kinésithérapeute bénéficiant d'un outil, « raccourci pédagogique » : la main. À noter que les textes ne parlent ni de main, ni de toucher... mais « d'apprentissages gestuels et comportementaux » et de « corrections » (UE 6) qui restent à définir. Après des recommandations, des référentiels se construisent. Des partenariats sont établis (« Formalisation de proposition d'actions de prévention, en direction de partenaires institutionnels »). Depuis 20 ans, le réseau transmet les fruits à la fois de ses expériences, de ses échanges de pratiques et de sa réflexion collective. Un terrain propice aux études et à l'« accueil, accompagnement des étudiants et futurs professionnels » existe maintenant. Plusieurs étudiants en kinésithérapie ont pu bénéficier de l'aide du réseau (documentation, rapports d'expériences, lectures conseillées, etc.). Un « tutorat » est possible avec la découverte des actions sur le terrain (les textes l'encouragent). Celles-ci se sont beaucoup développées. « Formateur, éducateur, communicant », le MK « établit et entretient une relation et une communication dans un contexte d'intervention » (Comp. 5), « analyse et évalue... une personne, sa situation et élabore un diagnostic kinésithérapique » (Comp. 1) Il enrichit aussi sa pratique quotidienne de la découverte des gestes de métier et des environnements de travail.

Des pistes de développement de nouvelles thématiques (prévention des accidents du sport, des troubles pelvipérinéaux et sexuels, de la sédentarité, de l'obésité et des troubles métaboliques, de troubles respiratoires, l'expertise-conseil en entreprise, la pratique et l'orientation vers des activités physiques adaptées⁹, etc.) sont envisagées ou existent déjà dans certains départements. Cela dit, ces actions collectives de santé publique sont menées par un nombre qui reste relativement réduit de MK en situation de préventeurs. Pour ouvrir plus largement à l'ensemble des MK, à partir de 2006, de nouveaux actes préventifs, en accès direct¹⁰, et cette fois sur le lieu de pratique habituel du kinésithérapeute – mais déclinés en format plus court sur les actions « de terrain » – ont fait l'objet d'une longue réflexion et d'une expérimentation.

Des rendez-vous préventifs s'articulant autour d'un bilan préventif ont été conçus.

Celui-ci intègre le dépistage et l'évaluation de facteurs de risques, une éducation pour la santé personnalisée, orientée si besoin vers des levées de risques et des traitements précoces et, systématiquement, dans le cadre d'une lutte contre la sédentarité, vers des activités physiques pertinentes (en fonction des caractéristiques personnelles, des gestes et de

³ Né en 1993, ouvert à tous les kinésithérapeutes et devenu depuis peu Kiné France Prévention. Entré dans la composante scientifique du Collège de la Masso-Kinésithérapie après avoir participé à la constitution de celui-ci.

⁴ Kiné France Prévention (ancien Comité National de Prévention en Kinésithérapie [CNPK]).

⁵ « Les compétences attribuées réglementairement au MK dans le champ de l'ergonomie amènent à préciser sa place aux côtés des ergonomes. C'est une ergonomie de proximité, participative et indissociable de l'hygiène gestuelle, à l'interface entre l'individu et le collectif. Elle concerne l'environnement immédiat, l'espace gestuel de l'individu. Éduqué à son hygiène gestuelle, il pourra régler son poste de travail, en fonction de sa tâche et des contraintes de l'environnement. » (lexique du CNPK).

⁶ « L'hygiène gestuelle, indissociable de l'hygiène posturale, comprend un ensemble de principes – tirés des sciences biomédicales et des sciences du mouvement, en particulier de la biomécanique et de la neurophysiologie – et de pratiques visant à écarter, dans une visée préventive, des comportements à risques pouvant générer des douleurs, des dysfonctionnements, mais aussi nuire à la biologie des structures ostéo-arthro-musculaires et, progressivement, aux fonctions neuromotrices elles-mêmes. Son analyse qualitative et son approche éducative co-constructiviste prennent en compte les variables interindividuelles, y compris psychosociales. De ce fait, même si des critères ont été dégagés et intégrés au bilan de prévention pour faciliter une reproductibilité intra- et inter-observateurs, elle ne peut pas être standardisée et varie selon le contexte et la tâche » (lexique du CNPK).

⁷ Ces fiches sont établies avec le groupe en formation et assurent un suivi de celle-ci.

⁸ L'expression apparaît dans l'UE 7 dans les nouveaux textes et, à plusieurs reprises, l'évaluation est « quantitative et qualitative ».

⁹ Objectif n° 3 de l'Unité d'enseignement n° 23 de l'annexe IV de l'arrêté du 2 septembre 2015 (DE MK- activités compétences et programmes).

¹⁰ Depuis une quarantaine d'années, l'accès direct aux physiothérapeutes existe dans certains pays (« L'accès libre à la kinésithérapie : un processus à inventer en France » R. Remondière, M.P. Durafourg, Pratique et organisation des soins, Santé publique ; volume 26/n° 5 –septembre-octobre 2014.

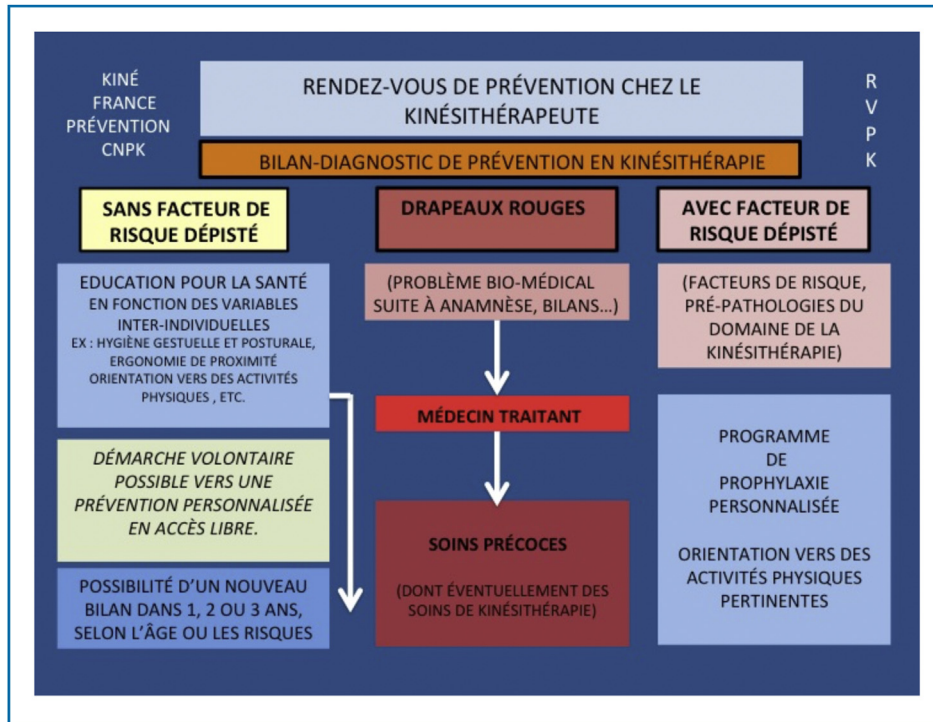


Figure 2. Logigramme du bilan-diagnostic de prévention.

l'activité posturale de travail, des prédominances fonctionnelles, du niveau de stress, et des déficiences, etc.). Ces rendez-vous relèvent d'une véritable ingénierie en santé publique (Fig. 2).

- Dans la première orientation, on en reste au premier rendez-vous (OR.1 « Sans facteur de risque dépisté ») et on renvoie l'utilisateur éventuellement à un rendez-vous dans deux ou trois ans, selon l'âge et l'activité.
- Dans la deuxième (OR.2 « Drapeaux rouges »), les rapports médecin-MK sont inversés puisque le MK renvoie vers le médecin référent pour une prise en charge médicale précoce. Il peut se trouver, en effet, en situation de prédépistage de facteurs de risques importants, de « drapeaux rouges ».
- Dans la troisième (OR.3 « Avec facteur de risque dépisté »), son bilan et une première approche éducative justifient la nécessité d'un ou deux rendez-vous supplémentaires dont il construit totalement le programme.

Cela correspond bien à la compétence 3 des nouveaux textes : « Concevoir et conduire une démarche de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage ».

Après la création des ARS en 2010 et la mise en place progressive des plans nationaux de santé publique, « depuis 2012, ces plans sont devenus une priorité dans la formation initiale des paramédicaux, car ils sont assortis d'une recommandation et d'un objectif...¹¹ ».

¹¹ Entre autres, la sensibilisation à la prévention des risques et aux problématiques de santé au travail, les risques psycho-sociaux et les troubles musculo-squelettiques (TMS). (« Enjeux de santé publique et kinésithérapie » R. Remondière ; EMC Elsevier Masson ; 2015).

L'arrêté du 2 septembre 2015 et ses annexes qui ont pris en compte cette évolution, mettent en valeur des compétences davantage précisées et affirmées en matière de prévention, ouvrent sur un champ d'intervention très large, sur une méthodologie et une recherche.

Des passages importants sont à relever dans les textes. Une identité est affirmée : « La MK place le fonctionnement et le mouvement humains au cœur du concept de santé ». Une plus grande autonomie annoncée : « La MK propose, en toute autonomie et en pleine responsabilité... ».

« Mouvements externes – la gestuelle – », « mouvements animant l'intérieur du corps », « mouvements de la pensée » qui font aussi passer un individu du statut de patient à celui d'« acteur de sa santé » et que le MK doit solliciter, encourager, accompagner. Cela à travers une éducation participative, co-constructiviste que le nouveau programme met en valeur (UE 2).

C'est une reconnaissance du MK comme expert du mouvement dans son acception la plus anthropologique (UE 2). C'est une belle avancée pour la profession.

Si l'on veut répondre rapidement au primat pour la prévention et la santé publique affiché clairement et fortement dans les textes, indépendamment des savoirs, et des savoir-faire, il va falloir activer un savoir-être préventeur. Pour un véritable changement de paradigme, en dehors des UE orientées santé publique-prévention (UE 1, UE 24), il nous semble que l'enseignement doit davantage articuler, dans la plupart des UE-UI et dans un continuum cohérent, les temps préventifs et les temps thérapeutiques. Ainsi, le diagnostic (« sémiologie préventive ») et la levée de risques pour le mouvement, d'origine endogène et exogène, devraient toujours précéder l'étude des pathologies. Il s'agit bien d'anticiper des déficiences. La

quasi-totalité des compétences recensées dans les textes peuvent s'appliquer aux actions préventives.

La prévention, c'est aussi l'analyse sensorielle de ses propres mouvements conduisant, par exemple, à une analyse qualitative fine du geste qui viendra soutenir et nuancer plus tard les analyses quantitatives (UE 29 « analyse réflexive de situations vécues »).

Cela suppose aussi que le BDK puisse être accompagné d'un bilan de prévention prenant en charge le secteur préventif anticipateur. Le savoir-être préventeur de l'étudiant, activé tout au cours des études, devrait impacter les pratiques professionnelles. Il y aura vraisemblablement ensuite une plus grande curiosité à se rendre, dans une démarche quasiment anthropologique (UE 2), sur le « terrain de l'Autre », pour mieux cerner les contraintes, les environnements, les gestes de métier de toute nature, etc.

En conclusion, peu de MK sont engagés actuellement dans des actions de prévention et de santé publique collectives.

Il y a de multiples causes que nous ne pouvons pas développer ici. Parmi elles, peut-être, une image encore pauvre véhiculée, obsolète mais prégnante, de la prévention primaire. Les choses peuvent évoluer rapidement. Le primat affiché pour la prévention, des compétences plus affirmées, la valorisation de l'ingénierie, de la méthodologie et de la recherche, l'autonomie dans la pluridisciplinarité, projettent une identité plus forte et plus riche d'acteur de santé publique. Par ailleurs, le public et les commanditaires des actions apprécient le MK en situation de préventeur et ses prestations. Le contexte est favorable. La profession doit prendre maintenant toute la mesure de ce changement de paradigme. La « kinési-prévention » porte en elle un fort potentiel. Pour relever le défi, praticiens, enseignants, étudiants, chercheurs – la prévention en kinésithérapie représentant un vaste champ d'études possibles – pourront s'appuyer sur une réflexion avancée et des expériences déjà menées et évaluées par des MK de terrain fortement engagés dans la prévention et la santé publique. Kiné France Prévention, en tant que société savante et réseau d'actions de santé publique est, quant à lui, prêt à apporter sa

contribution. Ajoutons à cela les objectifs encourageants de la Grande conférence pour la santé concernant les paramédicaux. La MK qui « place le fonctionnement et le mouvement humains au cœur du concept de santé » a mille raisons de bouger...

Déclaration de liens d'intérêts

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

RÉFÉRENCES

- [1] Annexes de l'arrêté du 2 septembre 2015 – DE MK – activités, compétences et programmes.
- [2] Rôle et missions–référentiel des activités–annexe I de l'arrêté du 2 septembre 2015.
- [3] Vigarello G. *Le corps redressé–histoire d'un pouvoir pédagogique*. Armand Colin; 1979-2004.
- [4] Clot Y. *Le travail à cœur–pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris: La Découverte; 2010.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Clot Y. *Le travail à cœur – pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris : La Découverte ; 2010.
- Conseil économique, social et environnemental. Grande conférence de la santé–Accompagner le progrès en santé : nouveaux enjeux professionnels. Paris ; 2016 [11 février].
- Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes (2015, 2 septembre). *Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute*, Annexes I, II, III, IV et IV bis. Santé, professions de santé. JORF n° 0204 du 4 septembre 2015.
- Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, Prévention et sécurité sanitaire. (2011, mai). *Livre des plans de santé publique*. 3^e édition.
- Remondière R, Durafourg M. L'accès libre à la kinésithérapie : un processus à inventer pour la France. *Pratique et organisation des soins*. Sante publique 2014;26;5 [septembre, octobre].
- Remondière R. *Enjeux de santé publique et kinésithérapie*. EMC, Elsevier Masson SAS ; 2015.
- Vigarello R. *Le Corps redressé – histoire d'un pouvoir pédagogique*. Armand Colin ; 1979, 2004.