

# INNOVER VERS UNE KINÉSITHÉRAPIE 5P

Dr R.HUSSLER, *kinésithérapeute, Directeur de l'IFMKDV de Lyon, Docteur en Sciences de l'Éducation*  
 Marin Guy, *kinésithérapeute, Centre pluridisciplinaire, 33130 Cénac*  
 Victor Malafosse, *kinésithérapeute, Centre pluridisciplinaire, 33130 Cénac*  
 Alexandre Perez, *kinésithérapeute, Centre pluridisciplinaire, 33130 Cénac*

*Votre avis est précieux :*  
[roland.hussler@gmail.com](mailto:roland.hussler@gmail.com)

En France, le système de santé prodigue à la population des soins de haut niveau et accessibles à tous grâce à la mutualisation des dépenses [1]. Construit sur un modèle curatif et en dépit d'index de santé globalement bons, il occasionne cependant des inégalités sociales et régionales, une mortalité prématurée plus élevée ainsi qu'une espérance de vie sans incapacité plus faible que dans les autres pays de l'Union Européenne [2]. Or, du fait du vieillissement de la population (d'ici 2060, une augmentation de 42,2% des plus de 60 ans selon une prévision de l'INSEE [3]) et de l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques avec l'âge [4], cette situation ne s'équilibrera pas spontanément [5].

Ainsi, des coûts croissants et des indicateurs sanitaires préoccupants caractérisent désormais la situation du système de santé français. La prévention en matière de santé est donc l'un des défis majeurs d'une politique sanitaire encore trop centrée sur le curatif [2]. Ce défi de changement de paradigme fut acté le 23 septembre 2013 dans la nouvelle Stratégie Nationale de Santé (SNS) [1] et confirmé en 2016, avec la nouvelle loi de modernisation de notre système de santé, par une politique de santé publique axée vers la prévention en santé et l'innovation [6].

Dans ce contexte, la profession de kinésithérapeute évolue et se perfectionne. De fait, la prévention en santé doit être redéfinie et la place du kinésithérapeute, ainsi que les outils mis à sa disposition, précisée dans ce nouveau champ de référence. De même, la prise en considération de la prévention en santé doit être réexaminée, notamment dans une perspective internationale.

La prévention en santé fait référence à des notions de différentes natures et sa définition reste confuse et sujette à des interprétations diverses de la part du grand public et des professionnels de

santé. Sous couvert de bon sens, elle cache des pratiques hétérogènes ; en effet, il existe un décalage significatif entre le niveau d'adhésion de la population (et des professionnels de santé) à la prévention et leurs pratiques quotidiennes. Pour la grande majorité des thérapeutes, la prévention est une notion simple : la protection contre une pathologie ou tout autre risque sanitaire, sans préjuger des modalités de cette protection, mais en la limitant à des mesures prises très précocement pour tenter d'interdire la survenue d'une affection. Mais en réalité, c'est une notion bien plus complexe. C'est ainsi que François Bourdillon la définit « comme l'ensemble

des actions, des attitudes et des comportements tendant à éviter l'apparition, le développement ou la complication d'une maladie ou la survenue d'un accident » [7].

Si l'on s'en tient aux seules actions relevant du système de santé, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) distingue d'abord deux types de prévention [8] : la prévention individuelle qui vise à modifier les comportements par des obligations (vaccination obligatoire, interdiction de fumer, etc.) ou des incitations (dépistages, vaccination recommandée, formation individualisée, etc.) et la prévention collective qui tend à réduire les facteurs de risque liés à l'environnement (mesures visant à garantir la qualité de l'eau, de l'air ou de la salubrité de logement, etc.) ou aux comportements par des actions collectives (campagnes d'information, etc.).

Une deuxième grille d'analyse des mesures de prévention prend en considération la temporalité de l'intervention préventive. Selon cette grille, l'OMS distingue trois types d'actions de prévention [2][8] :

- **la prévention primaire** qui a pour but d'éviter l'apparition de la maladie en agissant sur ses causes,
- **la prévention secondaire** qui vise à détecter la maladie ou la lésion qui la précède à un stade où la prise en charge efficace des individus malades peut intervenir utilement,
- **la prévention tertiaire** qui a pour objectif de diminuer la prévalence des récidives et des incapacités consécutives.

Des études récentes font état d'une prévention quaternaire, non encore reconnue par l'OMS, qui se caractérise par l'ensemble des activités de santé destinées à atténuer ou à éviter les conséquences de l'intervention inutile ou excessive du système de santé, par exemple la prévention de la surmédicalisation [2].

Enfin une troisième typologie de mesures de prévention peut être organisée à partir des populations visées. On peut alors identifier trois catégories d'interventions [8] : la prévention universelle qui s'adresse à l'ensemble de la population quel que soit son état de santé, la prévention orientée qui est destinée aux personnes à risque et qui vise à limiter la survenue des maladies qui les menacent, enfin, la prévention ciblée, mise en œuvre à l'intention des malades et dont l'objectif est d'améliorer l'efficacité des traitements par une meilleure observance. Ces trois types (universelle, sélective et ciblée) correspondent ainsi respectivement à la promotion de la santé, à la prévention des maladies et à l'éducation thérapeutique. La prévention associe donc une implication personnelle, une vigilance des professionnels de santé et une responsabilité collective [2]. Dans ce contexte, il est intéressant d'étudier la qualité de la kinésithérapie ainsi que ses caractéristiques, dans la perspective de la mise en place de ces pratiques.

Dans l'article intitulé « l'empowerment et l'éducation du patient » [9], Dominique Doumont et Isabelle Anjoulat soulignent la place de l'« empowerment » au sein de l'éducation à la santé en ces termes : « L'un des enjeux d'un hôpital promoteur de santé est de mettre en place des activités d'éducation pour la santé du patient qui s'intéressent aussi aux dimensions psychologique et sociale du patient, et qui ne soient pas centrées uniquement sur sa maladie et son traitement ».

L'empowerment du patient, qui était l'un des thèmes principaux développés lors de la dernière Conférence internationale sur les hôpitaux promoteurs de santé (Bratislava, 15-17 mai 2002) est pressenti comme un enjeu important pour une éducation du patient visant à l'aider à effectivement « renforcer sa capacité à agir sur les facteurs déterminants de sa santé ».

Les principales caractéristiques de la thérapie par recherche de solution visant l'empowerment sont :

- créer un climat créatif et optimiste (positif),
- se centrer sur le point de vue du patient/client,
- se concentrer sur les buts du patient/client et ce qu'il veut mettre en place pour les accomplir,
- orienter le point de départ sur les forces et les acquis du patient/client,
- considérer le patient/client comme l'expert possédant les ressources nécessaires à résoudre «ses» problèmes,
- aider le patient/client à opérer les bons choix à partir de ce qui est reconnu comme positif [10].

A travers les caractéristiques de l'empowerment, nous constatons l'importance de la posture du thérapeute-éducateur dont l'objectif principal est d'amener la personne en rupture de santé à gagner en autonomie de compréhension (des mécanismes souvent inconscients à l'origine de la problématique de santé) et d'action (en augmentant sa capacité à prendre en charge sa problématique). Dans un modèle de santé biomédical, la personne consulte un thérapeute lorsqu'elle constate une rupture dans son équilibre, souvent manifestée par un symptôme comme une gêne, une douleur, etc. Toutefois, cette constatation est le reflet d'une conscientisation de la problématique de santé. C'est comme si le corps disait à l'esprit : « j'ai fait de mon mieux pour régler pendant un certain temps le problème, maintenant je suis dépassé et je t'envoie un message (douleur) afin que tu prennes en charge le problème ». Pour se situer dans un modèle global de santé, il est donc nécessaire que la personne comprenne que le corps se suradapte, parfois pendant des années, pour éviter la douleur et que cette suradaptation finit par atteindre ses limites. Par conséquent, la prévention en santé passe par des bilans réguliers permettant d'objectiver les manifestations de cette suradaptation et les facteurs de risques associés (désadaptation nutritionnelle, posturale, respiratoire, etc.). A partir des résultats de ces bilans, une véritable stratégie préventive de santé peut se mettre en place. Quant aux thérapeutes-éducateurs, il est important qu'ils se situent dans un modèle biopsychosocial en regroupant leurs compétences techniques et éducatives au sein d'une même structure afin de proposer non seulement une synthèse des bilans de santé mais

également une stratégie de prévention concertée entre tous les professionnels de santé.

Or quels sont les outils mis à disposition de la médecine et de la kinésithérapie pour répondre à cet enjeu majeur ?

Les NBIC (Nanotechnologies, Biotechnologies, Informatique et sciences Cognitives), prennent une place de plus en plus importante, notamment à l'international, dans le système de santé [11]. Le Big Data, ou volume massif de données, rassemble l'ensemble des données générées par des utilisateurs, allant de données liées à des objets connectés et des capteurs par exemple, au simple fait de se connecter à telle ou telle heure sur un réseau social. La récolte de ces données et leur traitement par des algorithmes permettent de modéliser des actions.

La kinésithérapie n'est évidemment pas exclue de cette révolution médicale, et nous nous dirigeons, notamment grâce au Big Data, vers une « kinésithérapie 5P » qui va bouleverser la prise en charge thérapeutique, en résolvant de nombreuses problématiques professionnelles.

Tout d'abord, nous nous acheminons vers une kinésithérapie « préventive ». La mesure des constantes corporelles par le patient, le « quantified-self », notamment grâce aux objets connectés, permet aux professionnels de santé d'identifier des facteurs et pratiques à risque, avant même l'apparition d'une pathologie. Le traitement devient alors préventif, en terme de recommandations d'hygiène de vie, d'exercices à réaliser, pour prévenir la maladie. C'est un changement de paradigme, d'une prise en charge passive et curative à une rééducation active et préventive. Le kinésithérapeute devient alors un acteur majeur de la santé publique. Ensuite, la kinésithérapie se dirige vers un modèle « prédictif », notamment en lien avec la recherche. Dans la médecine générale, c'est l'analyse du génome qui permet de prédire l'apparition de telle ou telle pathologie et de fournir au patient des traitements en conséquence. Dans le champ de la kinésithérapie, c'est plutôt l'analyse et le traitement de « signaux » et de « traces » [12], en apparence sans lien avec l'état de santé du patient, qui permettront au thérapeute d'être informé sur la prédiction ou la probabilité d'apparition d'une pathologie. Par exemple, la récolte massive de données liées à l'utilisation des réseaux sociaux (moment et durée de connexion, participation à tel ou tel groupe, etc.) par des adolescents pourrait permettre de prédire, à court ou long terme, l'apparition de troubles musculo-squelettiques. Ainsi, nous allons passer d'une recherche descriptive, qui se base sur des observations et l'émission d'une hypothèse (et d'un protocole de recherche qui en découle) à une recherche prédictive, qui partira des données et de leur croisement pour mettre en évidence des corrélations entre ces dernières, et ainsi vérifier le lien de causalité par la mise en place d'une recherche de méthodologie « descriptive » [13]. Nous passons donc d'une méthodologie et d'un modèle « déductifs » à une méthodologie et un modèle « inductifs », avec l'opportunité de découvrir de nouveaux sujets de recherche qui ne nous seraient pas venus à l'esprit initialement.

Un autre aspect de cette kinésithérapie est la « personnalisation ». Qu'est-ce qui est plus personnalisé que le traitement détaillé des comportements, des constantes corporelles, des actions d'un individu par un algorithme ? L'interprétation de ce traitement par un professionnel de santé ! L'algorithme n'est pas la panacée de la personnalisation ; il a un cadre, un codage bien défini, et tout « signal » sortant de ce cadre est alors ignoré, alors que le professionnel de santé peut analyser la synthèse d'un algorithme mais surtout la confronter au contexte social, économique, environnemental d'un patient. L'algorithme informe le professionnel de santé qui alors l'utilise à bon escient, d'où l'importance de la formation initiale et surtout continue (nécessitée par le développement constant de ces technologies) des professionnels de santé aux NBIC.

Ainsi, la kinésithérapie devient « participative ». A l'heure actuelle, le patient ne se trouve pas au centre de la prise en charge et du parcours de soin. Or la e-santé, le développement des applications et la mise en réseau permettent de placer le patient au cœur de la prise en charge. C'est le patient qui autorise ou non le partage de ses données avec les professionnels de santé (il devient alors « connecté »), professionnels de santé qui, autour, traitent ces données de manière pluridisciplinaire avec de nouvelles pratiques professionnelles, en tirent des enseignements pour en faire part au patient. Le patient n'est donc plus passif face au professionnel de santé, mais devient au contraire acteur de sa santé, et ainsi « actient ».

Enfin, une des particularités de la kinésithérapie de demain est son caractère « prouvé ». Les nouvelles technologies induisent le développement de la profession qui agit selon des recommandations et l'EBP, « Evidence Based Practice » (pratique basée sur les preuves). Les données sont là pour mesurer de manière continue la prise en charge thérapeutique, là où, à l'heure actuelle, elles sont le plus souvent récoltées, dans le cadre de recherches, uniquement lors de l'entretien avec le professionnel de santé. Ainsi, dorénavant, le kinésithérapeute pourra mettre en place des évaluations continues de ses prises en charge et donc prouver leur efficacité. De plus, le développement de nouvelles technologies telles que le « blockchain » (chaîne de blocs), qui permet de stocker et de traiter des données de manière transparente et sécurisée, garantira la fiabilité des données récoltées et donc de la recherche qui en découle.

L'engouement pour la prévention ne se limite pas à la France, c'est un élan international que nous vivons. Qu'elle soit primaire, secondaire ou tertiaire, spécialisée ou généralisée, nous retrouvons ce développement de la prévention dans tous les pays développés et en voie de développement. La plupart ont dans leur programme de santé publique un service de prévention, intégré de manière différente, certains depuis plusieurs années (Australie, Canada), d'autres depuis peu. En 2014, l'Inde a lancé un programme national de prévention des maladies psychologiques grâce à des centres de prévention primaire tandis que la Suède a porté une initiative nationale de quatre ans sur la prévention des maladies chroniques. L'Angleterre, elle, a lancé en 2015 une initiative nationale de prévention du diabète [14]. D'autres pays ont décentralisé la prévention en confiant cette responsabilité aux municipalités. C'est le cas de la Hollande et de la Suisse qui pratiquent la prévention des maladies grâce à des associations à but non lucratif gérées par les municipalités [14][15]. Quelques pays européens vont encore plus loin dans la prévention. Prenons l'exemple de l'Allemagne, où la prévention primaire est rendue obligatoire par la loi pour les caisses maladie depuis juillet 2015. Cette prévention primaire regroupe à la fois les vaccinations ainsi

qu'un bilan de santé complet. Le Danemark, quant à lui, a créé un ministère de la santé et de la prévention qui attribue un rôle majeur dans la prévention aux régions et aux municipalités, grâce à des maisons de santé.

L'autorité de santé danoise a comme priorité la prévention des maladies chroniques [14][15] ... Nous ne pouvons que constater l'engouement international pour les nouvelles prises en charge préventives. Comment la France va-t-elle relever ce défi de la prévention en santé ? Va-t-elle faire du « coping » ou va-t-elle saisir l'opportunité d'innover avec un nouveau système de santé prédictif ? Et quel sera le rôle du kinésithérapeute dans ce nouveau système ?

## Bibliographie

- [1] Ministère des Affaires sociales et de la Santé (2013). [www.sfsp.fr](http://www.sfsp.fr). Consulté le 05/10/2016 sur : <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-version-longue.pdf>
- [2] Conseil économique, social et environnemental (2012). Les enjeux de la prévention en matière de santé. Conseil économique, social et environnemental, section des affaires sociales et de la santé. Les éditions des Journaux officiels.
- [3] Institut national de la statistique et des études économiques (2016). Tableaux de l'économie française. Collection Insee Références. Paris.
- [4] Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (2010). Bases du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie SNIIRAM. Paris.
- [5] Polton (2014). La santé pour tous ? Paris, France : La documentation française.
- [6] Légifrance.gouv (2016). [Legifrance.gouv.fr](http://legifrance.gouv.fr). Consulté le 04/09/2016 sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=5600930E7200A61DEB9BDC1743D2A14E.tp\\_dila13v\\_2?cidTexte=JORFTEXT000031912641&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJ O=JORFCONT000031912638](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=5600930E7200A61DEB9BDC1743D2A14E.tp_dila13v_2?cidTexte=JORFTEXT000031912641&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJ O=JORFCONT000031912638)
- [7] Bourdillon (2009). Traité de prévention. Paris: Médecine-Sciences Flammarion.
- [8] Morelle et Tabuteau (2010). La santé publique. Paris.
- [9] Doumont et Aujoulat (2002). L'empowerment et l'éducation du patient. Consulté sur le site : <https://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/dos18.pdf>
- [10] Davis et al. (1999). Using solution-focused therapy strategies in empowerment-based education. *The Diabetes Educator*. Mars/Avril 1999, Vol. 25, n° 2, pp 249-254.
- [11] Ferry (2016). La révolution transhumaniste. Editions Plon. Paris.
- [12] Cardon (2015). A quoi rêvent les algorithmes : nos vies à l'heure des big data. Editions du Seuil et la République des Idées. Paris.
- [13] Babinet (2015). Big Data, penser l'homme et le monde autrement. Editions Le Passeur. Paris.
- [14] Mossialos, Wenzl, Osborn et Sarnak (2016). *International Profiles of Health Care Systems*. New York.
- [15] Institut National de Prévention et d'Éducation en Santé (2005). Aperçu de la promotion de la santé en Europe.