

**1^{ère} année du Master Sciences, Technologies, Santé
Mention Santé Publique**

Promotion 2017-2018

**Mise en place du service sanitaire pour les étudiants en
kinésithérapie en France pour 2018/2019 : Revue de la
littérature et étude qualitative**

Jennifer Bada

Née le 13/09/1986

Stage du 3 Avril au 1^{er} Juin 2018

Union Régionale des Professionnels de Santé Masseur-Kinésithérapeute d'Ile de France,
URPS

Mr Tourjansky Yvan Président de l'URPS Kiné Ile de France

Sommaire

Partie I : Introduction

1. Présentation générale de la structure.....	6
1.1 Contexte de création de la structure.....	6
1.2 Création et composition de l'URPS Kiné Ile de France.....	6
1.3 Missions de l'URPS Kiné Ile de France.....	7
1.3.1 Représenter les kinésithérapeutes libéraux franciliens auprès des organisations santé d'Ile de France.....	7
1.3.2 Accompagner au quotidien les kinésithérapeutes libéraux franciliens.....	7
1.3.3 Promouvoir la réalisation d'actions de prévention en santé publique.....	7
2. Le service sanitaire pour les étudiants en kinésithérapie.....	8
2.1 Contexte de naissance du service sanitaire.....	8
2.1.1 Rapport Vaillant.....	8
2.1.2 Enjeu de santé publique.....	8
2.2 Définition.....	8
2.3 Objectifs.....	9
2.4 Modalités pratiques du service sanitaire.....	10
3. Mission auprès de l'URPS Kiné Ile de France et objectifs.....	10

Partie II : Méthodes

1. Revue de la littérature.....	11
1.1 Phase préparatoire.....	11
1.2 Bases de données et définition de l'équation de recherche.....	11
1.2.1 Etape 1 : Choix des bases de données.....	11
1.2.2 Etape 2 : Choix des mots clés.....	12
1.2.2.1 Ebauches mots clés pour la recherche bibliographique.....	12
1.2.2.2 Mots clés définitifs.....	12
1.2.3 Etape 3: Définition des équations de recherche spécifiques aux bases de données choisies.....	13
1.2.3.1 Scopus.....	13
1.2.3.2 Pubmed.....	13
1.2.3.3 Diffuseur de bases de données Ebscohost (Psy Articles, Psychology and Behavioral, PsycInfo, Soc Index).....	13
1.2.3.4 Google Scholar.....	13
1.3 Sélection des références.....	14
1.4 Extraction des données.....	14
2. Entretiens.....	14

Partie III : Résultats

1. Sélection des résultats de la revue de littérature.....	15
1.1 Tableau récapitulatif des études incluses.....	18
2. Caractéristiques des résultats de la revue de la littérature.....	22
2.1 Caractéristiques sur la localisation des études.....	23

2.2	Caractéristiques sur le lieu d'intervention de l'action de prévention.....	23
2.3	Caractéristiques sur les années de publication.....	23
2.4	Caractéristiques sur le type de prévention.....	23
2.5	Caractéristiques sur le type de professionnels de santé.....	24
2.6	Caractéristiques sur les populations ciblées par les études, les protocoles des actions de prévention et les résultats.....	25
2.6.1	<i>Les personnes âgées</i>	25
2.6.2	<i>Les travailleurs</i>	25
2.6.3	<i>Les jeunes de tous âges</i>	25
2.6.4	<i>Les adultes</i>	25
2.6.4.1	Les femmes adultes.....	25
2.6.4.2	Les sujets sains et les malades chroniques.....	26
2.7	Quid des actions de prévention primaire en France.....	26
3.	Eléments clés qui ressortent des entretiens.....	27
3.1	Les connaissances générales sur le service sanitaire.....	27
3.2	Les attentes sur le service sanitaire.....	28
3.3	La communication auprès des étudiants.....	28
3.4	Les actions de prévention en santé.....	29
Partie IV : Discussion		
1.	Synthèse des résultats.....	29
1.1	Synthèse des résultats de la revue de la littérature.....	29
1.2	Synthèse des résultats des entretiens.....	30
1.3	Convergence et divergence entre la revue de la littérature et les entretiens.....	30
2.	Forces et limites de cette revue de la littérature.....	31
2.1	Les moteurs de recherche.....	31
2.2	La définition de l'équation de recherche.....	31
2.3	La sélection des articles.....	31
2.4	La qualité des études sélectionnées.....	32
3.	Les points forts et les points faibles des entretiens.....	32
Partie V : Conclusion.....		
Bibliographie.....		
Annexes.....		
Résumés.....		

Remerciements

Je tiens à remercier chaleureusement Mr Tourjansky Yvan qui a encadré mon travail à l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) Kiné Ile de France.

Je tiens aussi à remercier Mr Rall Guillaume, directeur de l'URPS Kiné Ile de France, qui a été présent pour toutes les phases de réalisation de mon rapport ainsi que pour les missions auxiliaires réalisées au sein de l'URPS.

Enfin, je tiens à remercier Mme Floch-Gallaud Emmanuelle qui m'a conseillée et aidée à la construction de mes équations de recherche ainsi que Mme Collin Fideline qui m'a accompagnée sur la réalisation de ce rapport et tout au long de cette année.

Abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

AVQ : Activité de la Vie Quotidienne

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FNEK : Fédération Nationale des Etudiants en Kinésithérapie

GI : Groupe d'Intervention

GT : Groupe Témoin

IFMK : Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PRS : Projet Régional de Santé

SNS : Stratégie Nationale de Santé

TA : Tension Artérielle

TMS : Troubles Musculo Squelettiques

UE : Unité d'Enseignement

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

Partie I : Introduction

1. Présentation générale de la structure

Kinésithérapeute diplômé depuis 2009, j'exerce en libéral à temps partiel sur la région parisienne. Je porte un intérêt à l'évolution de ma profession et à concevoir le métier dans le cadre de la santé publique à travers des actions de prévention. C'est tout naturellement donc que j'ai postulé à l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) Kiné Ile de France qui s'occupe de ces questions, m'a accueillie pendant la durée de mon stage et m'a confié la mission de travailler sur le service sanitaire.

1.1 Contexte de création de la structure

En France, les grands axes des politiques de santé sont définis au niveau national par la Stratégie Nationale de Santé (SNS) qui fixe pour 5 ans les axes prioritaires des politiques de santé pour le pays. (1)

Dans une volonté de déconcentration de la santé et d'une gestion de celle-ci par les régions qui sont au plus près des problématiques de santé de terrain, une réforme des structures de santé a été lancée en 2009. C'est la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST). (2) Elle a permis la création des Agences Régionales de Santé (ARS) qui sont des agences de l'Etat qui ont pour fonction de faire appliquer les politiques nationales de santé dans leur région en tenant compte des spécificités de leur région. Pour tenir compte des problématiques santé de leur région, ces agences de l'Etat déclinent la Stratégie Nationale de Santé en Projet Régional de Santé (PRS). Ce Projet Régional de Santé reprend les axes prioritaires de la Stratégie Nationale de Santé en les adaptant aux enjeux de santé de la région. Les ARS pour construire ce Projet Régional de Santé s'entourent des professionnels de santé de terrain représentés par des organismes créés par l'Etat lors de la loi HPST. Ce sont les Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS).

Les URPS représentent l'ensemble des professions de santé et sont au nombre de 10 (médecins, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, podologues, pharmaciens, sages-femmes, orthoptistes, chirurgien-dentiste et biologistes).

C'est dans ce contexte de déconcentration de la santé, que l'URPS Kiné Ile de France a été créée le 21 Juillet 2009. C'est une association régie par la loi du 1^{er} Juillet 1901 relative au contrat d'association. Les statuts et les modalités de fonctionnement ont été définis par décret par le Conseil d'Etat. (3) Elle a pour rôle de participer à l'élaboration du PRS au sein des commissions de l'ARS comme les autres URPS.

Quelle en est sa composition et sa structure ?

1.2 Création et composition de l'URPS Kiné Ile de France

L'URPS Kiné Ile de France est donc une association qui est constituée de représentants syndicaux élus tous les 5 ans par les kinésithérapeutes libéraux conventionnés d'Ile de France. Ils doivent élire ces personnes en choisissant des listes parmi les syndicats nationaux des kinésithérapeutes libéraux.

La dernière élection date du 7 Décembre 2015. C'est au cours de la première Assemblée Générale (AG) que les membres du bureau sont élus poste par poste parmi les membres élus. L'AG est constituée des élus des différentes listes syndicales en fonction de leur pourcentage obtenu à l'élection. (4)

Le bureau comprend :

- Un président
- Un vice-président
- Un trésorier
- Un trésorier adjoint
- Un secrétaire
- Un secrétaire adjoint. (5)

En parallèle, il y a une commission de contrôle qui est là pour vérifier la sincérité des comptes.

Au total, l'URPS Kiné Ile de France compte 24 membres élus pour 5 ans.

Enfin, en plus de ses élus, l'URPS a 3 salariés qui sont là pour aider les élus dans les tâches administratives. (6)

Comme évoqué précédemment, l'URPS Kiné Ile de France a pour mission de participer à l'élaboration du PRS mais quelles sont ses autres missions ?

1.3 Missions de l'URPS Kiné Ile de France

Les missions des URPS sont définies par le Code de la Santé Publique (décret n°2010-585 du 2 juin 2010). (3,7)

L'URPS Kiné Ile de France les a regroupées en 3 objectifs :

1.3.1 Représenter les kinésithérapeutes libéraux franciliens auprès des organisations santé d'Ile de France

Cela signifie de façon concrète pour l'URPS Kiné Ile de France (8) :

- La participation au sein de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) auprès de l'ARS Ile de France et de ses commissions dans le cadre de l'élaboration du PRS.
- La participation à des groupes de travail organisés par l'ARS pour participer à l'amélioration des politiques de santé comme :
 - Groupe soins de suite et réadaptation qui doit permettre de donner l'accès aux kinésithérapeutes libéraux à des plateaux techniques de centre de rééducation.
 - Groupe de travail objets connectés
 - Groupe de travail hospitalisation à domicile
- Développer des relations fortes avec les organisations de kinésithérapeutes.
- Travailler avec l'ensemble des URPS d'Ile de France ainsi que toutes les URPS Kiné de France.

1.3.2 Accompagner au quotidien les kinésithérapeutes libéraux franciliens

Cela signifie concrètement aider les kinés dans la gestion quotidienne de leur activité et les accompagner dans leurs projets de développement de leurs activités. Cela passe par exemple actuellement au sein de l'URPS Kiné Ile de France par :

- L'ouverture des plateaux techniques des Soins de Suite et Réadaptation (SSR) aux libéraux
- Décrire son activité professionnelle grâce au Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR)
- L'accessibilité des cabinets aux personnes handicapées

Cet accompagnement consiste aussi à aider les kinésithérapeutes libéraux conventionnés à se former tout au long de leur carrière en les amenant à suivre une formation certifiée Développement Professionnel Continu (DPC). DPC qui a été instauré avec la loi HPST. (9)

1.3.3 Promouvoir la réalisation d'actions de prévention en santé publique

L'URPS a pour mission de veiller à la promotion de la kinésithérapie dans les 5 ans à venir en proposant et organisant des actions de santé publique dans lesquelles les kinésithérapeutes libéraux participent. C'est le cas par exemple de la participation à Octobre rose ou au Mois sans tabac. Elle participe aussi à la mise en place et à la réalisation d'actions de prévention, de promotion de la santé. (10)

C'est dans ce cadre d'acteur participant à la prévention et d'interlocuteur direct auprès de l'ARS dans la mise en place des politiques de santé sur le territoire que l'URPS Kiné Ile de France s'est intéressée au service sanitaire. Service sanitaire dont l'ARS a la charge de veiller à sa mise en place.

2. Le service sanitaire pour les étudiants en kinésithérapie

2.1 Contexte de naissance du service sanitaire

Le service sanitaire est une promesse de campagne du président de la République et consiste en la réalisation, mise en place et évaluation d'actions de prévention primaire portant sur la promotion de comportements favorables en santé par les étudiants en santé et notamment les étudiants en kinésithérapie. Il se construit théoriquement sur le rapport Vaillant. (11) Par contre, sa mise en place légale est en cours à travers un arrêté provisoire et un futur décret d'application non publié au Journal Officiel. (12)

2.1.1 Rapport Vaillant

Ce rapport a été commandé par la ministre des Solidarités et de la Santé et la ministre de l'Enseignement Supérieur. Elles ont demandé au Pr Vaillant de définir le service sanitaire, les missions à effectuer et les modalités d'application. Le rapport a été remis aux ministres le 26 Février 2018.

Les éléments clés de ce rapport sont (11) :

- La définition du service sanitaire
- Les objectifs pour les étudiants et les populations ciblées en insistant sur la prévention primaire et la promotion de la santé
- Les thématiques de santé publique retenues pour les actions de prévention primaire
- Les lieux privilégiés pour réaliser les actions
- Les modalités pratiques de mise en place dans la formation initiale des étudiants en santé dont les étudiants en kinésithérapie. A savoir on l'intègre dans quelles Unités d'Enseignement (UE)
- Les programmes d'actions de prévention primaire déjà existants sur le territoire national.

2.1.2 Enjeu de santé publique

Comme évoqué précédemment, les politiques de santé de la nation s'inscrivent dans une SNS définie pour 5 ans et qui aujourd'hui est la SNS 2018-2022. Elle a pour premier axe prioritaire sur 4, le développement d'une politique de promotion de la santé. Politique qui inclut la prévention. (1)

Avec une population française qui a 4% de diabétiques de type 2, 50% d'adultes en surpoids ou obèses, 1 enfant sur 6 en surpoids ou obèse et 80% de sédentaires, la France voit se développer les maladies chroniques et toutes les conséquences pour la santé. Aujourd'hui, les deux premières causes de mortalité en France sont les cancers et les maladies cardiovasculaires, pathologies considérées comme chroniques. Or on sait que ces pathologies chroniques pourraient être évitées en partie par la prévention de comportements favorables à la santé. (13)

Les autorités publiques font donc de la prévention et de la promotion de la santé un enjeu de santé publique pour les années à venir car les tendances ne sont pas à l'amélioration. (13-15)

C'est donc dans cette orientation politique de développement de la promotion de la santé et de la prévention que le service sanitaire s'inscrit.

2.2 Définition

Par définition, le service sanitaire est donc un dispositif visant à faire faire par des étudiants en santé des actions de prévention primaire portant sur la promotion de comportements favorables en santé auprès des populations définies comme prioritaires dans le rapport Vaillant. (11)

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la prévention primaire se définit comme l'ensemble des actes mis en œuvre dans l'objectif de réduire l'incidence d'une maladie ou d'un problème de santé par la diminution des causes et des facteurs de risque. (16)

Il est aussi mentionné dans ce rapport la notion de promotion de la santé qui selon la Charte d'Ottawa de 1986 définit la promotion de la santé comme ayant pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Cela afin de parvenir à un état de

complet bien-être physique, mental et social. L'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. (17) De plus, toujours dans le rapport, il est stipulé que les actions réalisées par les étudiants doivent permettre pour les populations cibles le développement de compétences psychosociales. C'est un des 5 champs de la promotion de la santé selon la Charte d'Ottawa. Le service sanitaire est donc la réalisation « jumelée » d'actions de prévention primaire et de promotion de la santé auprès de populations définies.

La définition ne s'arrête pas là puisqu'il est précisé dans le rapport les thématiques prioritaires qui doivent faire l'objet des actions de prévention primaire ainsi que les populations et les lieux concernés.

Ces actions de santé devront porter sur l'une des 4 thématiques prioritaires suivantes :

- L'alimentation
- L'activité physique
- Les comportements addictifs
- La vie sexuelle et la contraception

D'autres thématiques secondaires sont possibles et dépendent des territoires à savoir :

- La vaccination
- L'hygiène et en particulier l'hygiène bucco-dentaire
- Les troubles du sommeil aux différents âges de la vie

Pour les populations concernées (12), il s'agit de :

- Les enfants de tous âges
- Les personnes âgées
- Les salariés
- Les personnes incarcérées.

Quant aux lieux de réalisation des actions de prévention primaire, il s'agit des lieux en corrélation avec la population ciblée.

Ce sont donc de façon non exhaustive :

- Les écoles, collèges, lycées, universités
- Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)
- Les entreprises
- Les associations
- Les lieux de privation de liberté

2.3 Objectifs (12)

Ce service sanitaire a pour objectifs principaux :

- Initier les étudiants aux enjeux de la prévention primaire
- Permettre la réalisation d'actions concrètes de prévention primaire participant à la politique de prévention et de lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé mise en place par la SNS (2^{ème} axe prioritaire de la SNS). (1)
- Favoriser l'inter professionnalité et l'interdisciplinarité entre les étudiants en santé des différentes filières de formation notamment par la réalisation de projets communs.

Et pour objectifs secondaires :

- Etre un vecteur de lutte contre les inégalités territoriales et sociales en santé
- Intégrer la prévention dans les pratiques des professionnels de santé.

2.4 Modalités pratiques du service sanitaire

Il débutera à la rentrée universitaire 2018/2019 pour tous les étudiants kinés en deuxième année de formation et pourra s'étaler sur deux années entre le volet de formation théorique et le volet pratique. Il sera d'une durée de 6 semaines temps plein qui comprend les deux volets et sera validé par 5 ECTS. Actuellement, les études de kinésithérapie s'effectuent dans les Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie (IFMK) pour une durée de 4 ans divisée en 2 cycles d'études structurés en UE. (18) Le service sanitaire s'effectuera probablement sauf modification sur les deuxième et troisième années d'études.

Le volet théorique sera réalisé dans les IFMK en utilisant les UE déjà existants qui sont selon l'arrêté sur le service sanitaire (12) :

- UE1 « Santé Publique »
- UE2 « Sciences Humaines et Sociales »
- UE8 « Méthodes de travail et Méthodes de recherche »
- UE18 « Physiologie, sémiologie et physiopathologie spécifiques »
- UE23 « Interventions spécifiques en kinésithérapie »
- UE24 « Intervention du kinésithérapeute en santé publique »
- UE31 « Gestion de projet, initiative innovante et engagement étudiant ».

Pour le volet pratique à savoir l'action de prévention, elle est intégrée aux unités d'enseignement 11 et 30 « Formation à la pratique masso-kinésithérapique ».

Enfin, il est stipulé que les étudiants doivent être encadrés par deux référents. Un des référents est au sein de l'IFMK de l'étudiant et l'autre dans la structure de stage. Hormis cela, il n'est rien indiqué quant au type d'actions souhaitées de façon précise. Il est juste indiqué les thématiques de l'action, la population ciblée et l'idée que cette action doit porter sur la promotion de comportements favorables en santé.

L'URPS Kiné Ile de France a pour mission de participer à des actions de prévention sur les thématiques de santé publique définies dans le rapport Vaillant et elle s'intéresse aux évolutions qui touchent les études en kinésithérapie. C'est pourquoi, elle a souhaité que je travaille sur la future mise en place du service sanitaire qui à termes concernera 2769 étudiants en kinésithérapie par an. (11)

3. Mission auprès de l'URPS Kiné Ile de France et objectifs

Dans le cadre de mon stage au sein de l'URPS Kiné Ile de France, il m'a donc été confié la mission de travailler sur la future mise en place du service sanitaire. L'URPS Kiné Ile de France se posait la question du type d'actions de prévention que pouvaient faire les étudiants kinés et si des exemples existaient déjà car les seuls exemples d'actions de prévention primaire cités dans le rapport Vaillant ne concernaient pas des étudiants en kinésithérapie. De plus, la réalisation d'actions de prévention par les étudiants kinés ne faisait pas partie des programmes universitaires. Enfin, l'URPS Kiné Ile de France se posait aussi la question du rôle qu'il pourrait jouer dedans.

Même si le service sanitaire en tant que tel est quelque chose de nouveau, les actions de prévention ou de promotion de la santé ne sont pas nouvelles. De plus, réaliser des actions de prévention ou de promotion de la santé est une compétence légale des masseurs-kinésithérapeutes Diplômé d'Etat donc il existe probablement des actions de prévention publiées réalisées par des kinésithérapeutes et qui pourraient servir de base de réflexion pour des actions à faire par des étudiants. (7) Il a donc été décidé de regarder ce qui existait dans la littérature et voir si les résultats étaient positifs. D'autant plus que le service sanitaire s'inscrit dans une politique plus globale de promotion de la santé et de ce fait se doit d'être efficace.

Mes objectifs de missions ont donc été :

- **Objectif principal** : Faire un état des lieux de l'ensemble des actions de prévention primaire et de promotion de la santé réalisées par des kinésithérapeutes diplômés ou des étudiants kinés pour avoir des protocoles d'actions à proposer aux étudiants et qui fonctionnent ou des pistes de réflexion pour voir ce qu'il est envisageable de faire de façon pertinente.
- **Objectif secondaire** : Définir le rôle que pourrait jouer l'URPS Kiné Ile de France dans la mise en place du service sanitaire.

Pour atteindre les objectifs fixés, il a été décidé de faire une revue systématique de la littérature et de réaliser en parallèle une étude qualitative basée sur des entretiens des acteurs concernés.

Partie II : Méthodes

1. Revue de la littérature

Dans le cadre de mes objectifs de missions au sein de l'URPS Kiné Ile de France, une revue systématique de la littérature a été conduite. Le but était de faire un état des lieux des protocoles d'actions existants en prévention primaire et en promotion de la santé en France et à l'internationale. Ces protocoles devaient être réalisés avec ou par des kinésithérapeutes dans la perspective de la mise en place du service sanitaire.

Au cours de mes recherches, il n'a été trouvé aucune étude de ce type en France en kinésithérapie.

1.1 Phase préparatoire

Durant cette première phase, différents moteurs de recherche ont été consultés afin d'avoir une idée du nombre d'articles parus sur le sujet et de trouver les mots clés les plus pertinents ainsi que les bases de données adaptées.

Pour se faire, de nombreuses bases de données ont été scrutées pour avoir une vision la plus exhaustive possible du sujet (Pubmed, Scopus, le bouquet Ebscohost qui comprend Psyarticles, Psychology and Behavioral, PsycInfo, Socindex mais aussi Google Scholar, Cochrane Library, Dumas, Factiva, Europresse et PEDro).

Parmi ces 12 bases de données, 4 ont été retenues. Ce sont Pubmed, Scopus, le diffuseur Ebscohost et Google Scholar pour qui les équations de recherche préparatoires ont permis de mettre en évidence des protocoles d'actions de prévention, promotion de la santé réalisés par des kinés ou des étudiants kinés pertinents. Pour les 8 autres bases de données, les recherches n'ont pas été fructueuses.

Tout d'abord, les bases de données de presse ne sont pas pertinentes sur le sujet. Ensuite, Dumas qui recense les thèses ou mémoires publiés n'a pas permis de mettre en évidence des mémoires de kinésithérapeutes traitant d'actions de prévention ou de promotion de la santé.

Enfin, après recherche, les moteurs de recherche Cochrane Library et PEDro ont été abandonnés. Pour Cochrane, aucun article sur le sujet n'a été trouvé. Pour PEDro, qui est une base de données de physiothérapie, le moteur de données n'est pas performant. Il ne permet pas de créer sa propre équation de recherche avec des termes booléens et les articles qui ressortent ont pour source Pubmed ou Scopus, deux bases de données déjà retenues pour leur pertinence.

1.2 Bases de données et définition de l'équation de recherche

1.2.1 Etape 1 : Choix des bases de données

Au vu donc de cette première phase de recherche, les bases de données retenues pour cette revue de littérature sont donc :

- Scopus, base de données transdisciplinaire qui couvre le champ des sciences de la santé et donc de la kinésithérapie, de la prévention et de la promotion de la santé.
- Pubmed, base de données de la littérature clinique et des sciences médicales.
- Google Scholar, base de données généraliste qui est reconnue et utilisée par les chercheurs aujourd'hui.
- Le diffuseur de base de données Ebscohost car le sujet n'est pas simplement médical et comprend aussi des composantes psychosociales et psychiques et donc s'avère complémentaire.

1.2.2 Etape 2 : Choix des mots clés

La phase préparatoire a permis de déterminer les mots clés les plus pertinents et les plus efficaces pour la recherche.

De par les bases de données sélectionnées et du peu de littérature française sur le domaine étudié, il a été décidé de n'utiliser que des mots clés en anglais. Cela a été décidé ainsi car la littérature dans les sciences médicales est surtout en anglais et les publications internationales se font majoritairement en anglais.

1.2.2.1 Ebauches mots clés pour la recherche bibliographique

Dans un premier temps, les mots clés ont été définis en fonction des recommandations du rapport Vaillant qui stipule, le type d'action, les domaines d'action, les professionnels de santé concernés ainsi que la population visée. Le mot clé « program » a été préféré dès le départ car la notion d'action en français est trop abstraite et dans les premières recherches, le mot clé « program » revenait de manière récurrente dans les références obtenues.

Soit :

Mots clés en anglais :

- Type d'action : prevention program, health promotion program
- Domaines d'actions : activity motor, motor activities, diets, alcohol, tobacco, nicotiana tobacum, cannabis, cocaine, cocaine HCI, unsafe sex,
- Professionnels de santé concernés: physical therapist, physiotherapist, physiotherapist students, physical therapist students
- Populations cibles: adults, youth, teenagers, olders

1.2.2.2 Mots clés définitifs

In fine, n'obtenant que très peu d'articles et souvent hors sujet, nous n'avons conservé que quelques mots clés qui permettent de réaliser une recherche exhaustive sur le sujet d'étude.

Les mots clés finaux concernent donc :

- Le type d'action, en ne focalisant pas exclusivement sur la prévention primaire car aussi non trop peu d'articles sont sélectionnés même parmi ceux sur des actions de prévention primaire.
- Les professionnels de santé concernés, à savoir les kinésithérapeutes et les étudiants en kinésithérapie. Le choix a été fait d'inclure dans la recherche les kinésithérapeutes et pas seulement les étudiants en kinésithérapie car les actions réalisées par des kinésithérapeutes peuvent s'appliquer à des étudiants et servir de modèle pour le service sanitaire.

Enfin, une restriction sur les dates de publication a été choisie. Seules les publications après 1986 ont été recherchées car les notions de comportements favorables à la santé ou développement des compétences psychosociales définissent la promotion de la santé elle-même définie avec la Charte d'Ottawa de 1986. (17)

Mots clés :

- Type d'action : prevention program, primary prevention program, health promotion, education program
- Professionnels de santé concernés: physical therapist, physiotherapist, physical therapist student, physiotherapist student

Option de restriction: date de publication à partir de 1986 jusqu'à aujourd'hui.

1.2.3 Etape 3: Définition des équations de recherche spécifiques aux bases de données choisies

1.2.3.1 Scopus

Dans Scopus, plusieurs équations ont été essayées et il a été décidé de ne pas mettre le mot clé « education program » car il était générateur de beaucoup de références hors sujet. L'équation retenue est donc:

TITLE-ABS-KEY (("prevention program" OR "primary prevention program" OR "health promotion")) AND TITLE-ABS-KEY ((physiotherapist OR "physical therapist" OR "physiotherapist student" OR "physical therapist student")) AND PUBYEAR > 1985.

1.2.3.2 Pubmed

Dans Pubmed, la recherche sur Mesh a été mise de côté car nous n'obtenions pas de références pertinentes. L'équation obtenue sur Pubmed est donc sans Meshterm et elle est très semblable à celle obtenue sur Scopus hormis le fait que le mot clé « education program » est pertinent et efficace sur Pubmed et pas sur Scopus. Enfin, les mots clés « physiotherapist » et « physiotherapist student » n'ont pas été employés car ils ne sont pas reconnus par Pubmed. La restriction de date retenue a été appliquée ce qui donne :

(((((("prevention program"[Title/Abstract]) OR "primary prevention program"[Title/Abstract]) OR "health promotion"[Title/Abstract]) OR "education program"[Title/Abstract]) AND "physical therapist"[Title/Abstract]) OR "physical therapist student"[Title/Abstract]

1.2.3.3 Diffuseur de bases de données Ebscohost (Psy Articles, Psychology and Behavioral, PsycInfo, Soc Index)

Pour le diffuseur de base de données Ebscohost, l'équation de recherche retenue est identique à celle sur Scopus avec « education program » en plus. Soit:

- 1^{ère} ligne : TX Tout le texte: "prevention program" OR "primary prevention program" OR "health promotion" OR "education program"
- 2^{ème} ligne: TX Tout le texte: "physical therapist" OR physiotherapist OR "physical therapist student" OR "physiotherapist student"
- Option de restriction sur la publication : 1986-2018

1.2.3.4 Google Scholar

Pour Google Scholar, peu de synonymes des mots clés majeurs ont été utilisés car ils parasitaient la recherche et les résultats obtenus n'étaient pas pertinents.

L'équation retenue est donc:

("primary prevention program"OR"health promotion program") AND ("physical therapist"OR"physical therapist student")

Avec une option de restriction sur les dates de publication qui est: 1986-2018.

1.3 Sélection des références

Premièrement, j'ai fusionné toutes les références obtenues via Scopus, Pubmed, le bouquet Ebscohost et Google Scholar. Deuxièmement, tous les doublons ont été retirés. Enfin, les références pertinentes ont été sélectionnées fonction des critères d'exclusions décidés en concertation avec mon tuteur.

Ces critères d'exclusion sont classés de façon hiérarchique et comprennent :

- *Exclusion sur la population :*
 - Personnes autres que les kinésithérapeutes (les ergothérapeutes, les médecins, les diététiciens, les parents, les enseignants etc)
 - La population hors cible (les sportifs)

- *Exclusion sur le sujet (ne concernent pas de programmes de prévention ou promotion de la santé (PPS)) :*
 - Avenir et enjeu de la kinésithérapie et des étudiants
 - Rôle du kinésithérapeute dans la prévention et la promotion de la santé
 - Intérêt et rôle de la prévention ou promotion de la santé dans la prise en charge kinésithérapique
 - Facteurs limitants ou favorisant l'activité physique ou la prévention, promotion de la santé
 - Etude d'évaluation économique, de programmes de prévention ou promotion de la santé, outils de mesure et recommandations de bonnes pratiques
 - Autre

- *Exclusion épidémiologique :* Etude qui dresse seulement un panorama de la prévalence et de l'incidence des maladies qui touchent majoritairement la population ainsi que les facteurs de risque associés

- *Exclusion clinique :* Etude ou évaluation d'un protocole de rééducation, de techniques rééducatives ou autres.

Après enlèvement des doublons, un premier tri a été effectué en lisant les titres des articles et/ou les abstracts et en les excluant fonction des critères d'exclusion définis précédemment.

1.4 Extraction des données

Tous les articles retenus après triage ont été lu dans leur intégralité et pour chaque article il a été rédigé une fiche de lecture type dans laquelle les informations suivantes ont été récoltées :

- Auteurs et date de publication
- Population de l'étude et pays
- Schéma d'étude et objectifs de l'étude
- Nom du programme et les thématiques abordées
- Protocole du programme
- Résultats

2. Entretiens

J'ai réalisé au cours de mes 8 semaines de stage, des entretiens semi-directifs avec une grille d'entretien type pour l'ensemble des personnes interrogées.

Cette grille contenait une vingtaine de questions couvrant 4 thématiques :

- Les connaissances générales sur le service sanitaire
- Les attentes des acteurs sur le service sanitaire
- La communication sur le service sanitaire
- La construction la réalisation et l'évaluation des programmes de prévention, promotion de la santé.

La grille d'entretien a été construite de façon à ce que les entretiens durent 45 minutes maximum. Cela afin que les personnes sollicitées ne refusent pas l'interview à cause de la durée de celui-ci.

L'objectif des interviews étaient de mieux cerner dans sa globalité ce que représente le service sanitaire pour les acteurs impliqués dans sa mise en place et leur avis sur les actions de prévention primaire et de promotion de la santé qui peuvent être réalisées par les étudiants afin de mettre en lumière les éléments constitutifs de ces actions et qui se croiseraient avec les résultats obtenues via ma revue bibliographique.

Sur 20 questions, 13 nécessitaient de répondre par oui par non ou les deux dans un premier temps et ensuite d'expliquer pourquoi. Les 7 autres questions demandaient de citer des lieux, des personnes ou des mots clés.

La grille d'entretien utilisée est en annexe (**Annexe 1**) et elle comprend l'ensemble des questions posées ainsi que les possibles réponses des personnes. Ces possibles réponses ont pu être citées seulement si l'interlocuteur n'avait pas compris la question posée.

En accord avec le rapport Vaillant, l'arrêté sur le service sanitaire et mes objectifs d'étude, le type d'acteurs retenus pour les entretiens a été :

- Un directeur d'IFMK pour avoir l'avis d'un responsable sur les choix des actions de prévention et de promotion de la santé pour les étudiants et en charge de l'agrément des lieux de stage.
- Un des vice-présidents de la Fédération Nationale des Etudiants en Kinésithérapie (FNEK) en charge du dossier. La FNEK est la seule formation représentant les étudiants kinés et elle est une organisation étudiante reconnue par l'Etat. Elle a été auditionnée par Mr Vaillant pour le rapport.
- Une des personnes en charge du service sanitaire à l'ARS.
- Un élu de l'URPS Ile de France qui est l'interlocuteur officiel de l'ARS et qui est en relation avec les IFMK, les étudiants kinés et les kinés libéraux.

Partie III : Résultats

1. Sélection des résultats de la revue de littérature

Les résultats de la recherche bibliographique sont présentés sur le diagramme de flux (Figure 1).

Au total, nous obtenons théoriquement 907 références sur 4 bases de données consultées.

Néanmoins, à la fin, seulement 898 références ont été téléchargées au lieu des 907 car il a été impossible techniquement de récupérer 9 références sur Google Scholar. A la lecture des titres, ces références ne semblaient pas en lien avec le sujet mais aucun téléchargement n'a été possible ainsi qu'aucune lecture d'abstract.

Après suppression de 85 doublons ou triplons, les titres et résumés de 813 références ont été lus pour la première partie de la sélection.

Au total, 21 articles ont été retenus pour être lus intégralement et seulement 17 ont pu être lus en intégralité. Quatre articles n'ont jamais pu être obtenus malgré des requêtes formulées sur Research Gate aux auteurs à plusieurs reprises. (19-22)

Enfin, trois articles ont été rejetés car ils ne décrivaient pas de façon précise les protocoles d'actions de prévention primaire et/ou promotion de la santé réalisés par des kinés ou étudiants kinés. (23-25)

En effet, il n'était pas indiqué le type d'actions concrètes effectuées par le kinésithérapeute à savoir s'il s'agissait de séances de gymnastique adaptée en groupe ou de visites au domicile de la personne ou de simples recommandations par téléphone ou par mail. Il était seulement indiqué qu'un programme d'action de prévention primaire avait été conduit par un kinésithérapeute.

Au final, nous avons donc inclus 14 articles dans cette revue de littérature qui décrivaient précisément le protocole d'actions mené par le kinésithérapeute ou l'étudiant en kinésithérapie et pour certains donnaient une évaluation de l'action.

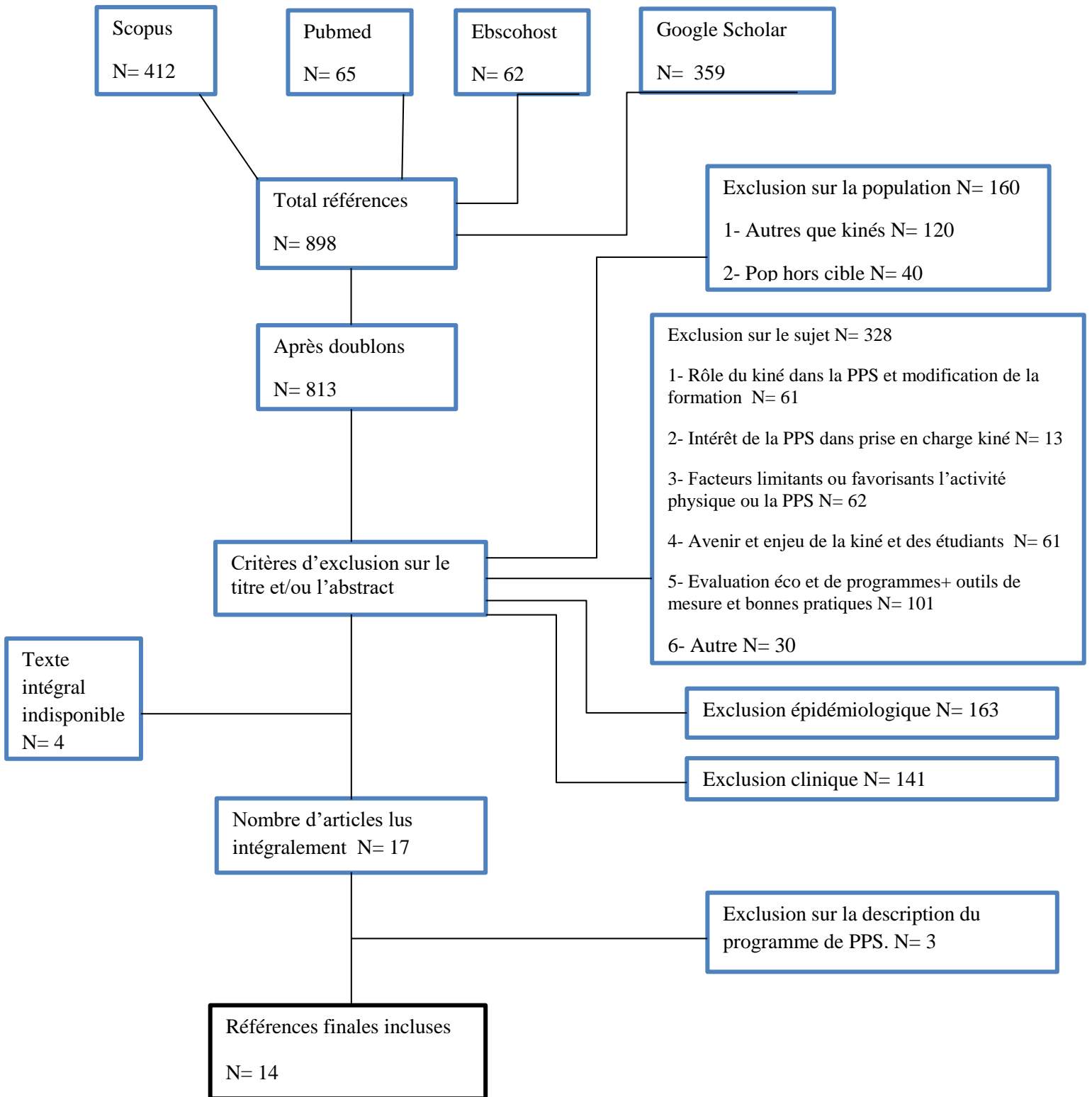


Figure 1 : Diagramme de flux

1.1 Tableau récapitulatif des études incluses

Un panorama des articles retenus pour la revue de littérature est présenté dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques des 14 études de la revue de littérature

Auteur Année	Population étude Pays	Schéma étude Objectifs	Nom programme Thématique(s)	Protocole programme	Résultats
Gill et al 2002	Pers âgées 75 ans et plus. 188 participants avec 1 Groupe Témoin (GT) et 1 Groupe Intervention (GI) Aux USA Connecticut	Essai clinique randomisé Déterminer si intervention améliore capacité pers âgées par rapport au GT en comparant résultats sur les AVQ Identifier les sous-groupes de pers âgées pour lesquels le programme a été le plus efficace.	Programme prévention déclin moteur chez pers âgées à risque à domicile	16 visites d'un kiné sur 6 mois plus 1 appel téléphone/ mois dans GI pour encourager. Exos de reconditionnement des bras et des jambes avec 1 bande élastique. Quand autonome doivent faire seuls les exos 3 fois /semaine. Calendrier activité physique à tenir et montrer à chaque visite du kiné Pour GT, conseil par éducateur santé+ téléphone	Evaluation AVQ à 3,7 et 12 mois + entrée en maison de retraite Moins d'invalidité pour GI que GT à 7 et 12 mois chez pers à fragilité modérée Pas de différence entre GT et GI pour les chutes et Troubles Musculo Squelettiques (TMS) Réticence élevée aux exos pour GI, 73%
Sobko et al 2011	Enfants avant scolarisation de parents obèses Suède Stockholm	Etude clinique randomisée GI et GT Décrire, expliquer la construction du programme et l'évaluer	The Early STOPP (Stockholm Obesity Prevention Program) Obésité chez les jeunes et les facteurs de risque (sédentarité, sommeil, alimentation)	Volet éducationnel avec 1 livret pour les parents avec recommandations sur santé enfant à chaque âge du ministère de la santé suédois. Volet coaching individuel. 4 visites/an par kiné de 1h+ téléphone et mails. But : Faire le point, aider, conseiller, encourager	En cours d'évaluation pas de résultats. Mesures de la TA, sommeil, alimentation, Indice Masse Corporelle (IMC)

Ory et al 2014	Patients parkinsoniens 231 patients France CHU Toulouse	Etude clinique Décrire et évaluer intérêt ETPARK pour les patients	ETPARK= programme d'éducation thérapeutique sur la maladie de parkinson	6 séances /an Consultation individuelle par Infirmière Diplômé d'Etat (IDE) + Séances collectives sur le volontariat avec kinés et autre professionnel. (information et éducation) + Séance individuelle 1 mois après séance collective pour évaluer acquisition compétences du patient	Evaluation par questionnaire de satisfaction à chaque fin de séance collective. Amélioration qualité de vie et estime de soi. Meilleure acceptation maladie et 90% veulent poursuivre ETPARK
Moore et al 1998	Salariés d'usine 60 pers dont 82% de femmes ont fait le programme en intégralité sur 92 participants. USA Nord Californie	Etude clinique Evaluer intérêt programme de stretching pour prévenir TMS.	Programme de prévention primaire des TMS par le stretching sur le lieu de travail.	36 séances de 5 à 8min/jour debout sans matériel. Etirements de tout le corps à chaque session durant le travail. Séance faite par leader d'équipe qui a reçu 2 sessions de formations de 1h par 1 kiné pour apprendre les bons gestes et l'intérêt musculaire.	Evaluation par des mesure avant/ après programme sur rotation du corps, des épaules, estime de soi et relevé des blessures dans le groupe. Amélioration des 4 mesures. Bémol sur la participation
Dapp et al 2005	Pers de 60 ans et plus non démente à domicile Allemagne Hambourg	Etude descriptive Décrire un programme de promotion active de la santé pour pers âgées et ses limites	« Active Health Promotion in Old Age » Aborde alimentation, interactions sociales et activité physique	Séances de conseil par groupe de 12 personnes max au centre Albertinen. Equipe de 4 professionnels dont 1 kiné pour donner des conseils d'activité physique et de nutrition. Envoie par kiné au domicile des gens un programme d'exos à faire. Rendez-vous 6 mois plus tard	Amélioration qualité de vie à un an.

				pour des ateliers nutrition, Tai chi etc	
Norman et al 2010	Femmes enceintes (1 ^{er} enfant ou pas) 161 femmes enceintes GT=73 et GI=62 Australie The Angliss Hospital Melbourne	Etude clinique randomisée contrôlée Evaluer les effets d'exercices physiques thérapeutiques.	« Mother and Baby » program Dépression post-partum.	8 semaines de programme avec 1h/semaine réentraînement cardiovasculaire en groupe (maman + bébé) + 30 min d'éducation parentale Dernière séance thé pour échanger. Fin programme remise d'1 book avec les exos +coordonnées club de gym. Pour GT infos éducation parental par mail.	Résultats positifs sur bien-être psy et symptôme dépression dans GI contre GT. Résultats maintenus après 1 mois et pour femmes à risque de dépression diminution 50% après intervention.
Gilstrop et al 2013	Femmes à faible revenu et minorité ethnique. 64 femmes avec 42.2% latinos, 3.1% noir américain et 50% caucasien USA Boston	Etude clinique longitudinale Examiner effet programme prévention primaire sur syndrome métabolique et hygiène de vie.	HAPPY Heart Program Traite facteurs de risques cardiovasculaires	Patiente suivie pendant 2 ans. Kiné donne programme d'exos individualisé pour domicile tenant compte des contraintes perso. + classes d'exos physiques sur volontariat + tél 1-2 fois/semaine les 3 premiers mois+ rdv avec diététicienne, cours cuisine gratuit, aide au sevrage tabagique.	Diminution taux syndrome métabolique, HDL-C, TA, HbA1c, anxiété, dépression et stress.
Helmink et al 2010	Patients pré-diabétiques et diabétiques Pays-Bas	Etude descriptive Présenter processus de développement et contenu intervention.	The BeweegKuur Program Traite du diabète	Programme individuel d'exos proposé à chaque pers par kiné au domicile+ rdv avec 1 diététicien	Evaluation pas développée mais programme mise en place partout au Pays-Bas après cette étude.
Landers et al 2004	Personnel de ménage d'1 hôtel	Etude rétrospective Déterminer	A work injury prevention program	2 sessions de 2h par kiné ou ergo avec des classes didactiques.	Tous les paramètres d'étude ont diminué sans

	USA Las Vegas	efficacité d'1 programme de prévention sur blessures au travail	Traite des blessures et des TMS	Apprentissage des bonnes positions et postures adaptées.	être plus précis que ça
Miller et al 1999	Pers âgées de + de 65 ans. 165 personnes USA Ohio	Etude descriptive Décrire l'implantation du projet GIVE et ses impacts	GIVE= Gerontological Initiatives for Visionary Education Project Traite du vieillissement dans de bonnes conditions.	Etudiants kinés et ergos réalisent des sessions d'information pour les aidants des pers démentes et un programme de nutrition et d'exos à faire à domicile.	Pas de résultats concrets sur les bienfaits du programme pour les pers âgées
Racette et al 2010	Collégiens. 660 adolescents USA Midwest	Etude clinique Décrire et évaluer un programme d'activité physique pour les jeunes	« School Based Physical Activity Programs » Traite de l'inactivité physique et des facteurs de risque associés	Programme conçu par une kiné mais réalisé par les profs. Consiste dans activité physique avec podomètre et cardio fréquencemètre, cours de danse, infos d'éducation+ tenu d'un carnet de bord par chaque ado pour relater ses activités et les données des outils de mesure. Carnet suit l'enfant pendant toute sa scolarité.	Amélioration en 3 ans de : Endurance Force du haut du corps Force abdominale Souplesse etc
Seymour et al 2010	Pers âgées à risque USA Massachusetts	Etude clinique randomisée Décrire 1 programme de gestion de sa pathologie chronique	HELP= Healthy Elder Living Program Traite les maladies chroniques, leur gestion et la dépression des pers âgées.	Visite 2 fois/mois pendant 6 mois à domicile des pers âgées par des étudiants kinés. Délivrance d'1 programme d'exos validé par 1 kiné diplômé +mesures de paramètres à chaque visite avec outil Health Promotion Inventory (HPI). Complété par appel téléphonique si besoin.	Evaluation avec HPI de l'alimentation, interactions sociales, performances physiques et dépression. Amélioration des paramètres par rapport au GT sauf pour hospitalisation .

Shubert et al 2017	Pers âgées 65 ans et plus à risque élevé de chutes. 239 participants et 62 à 6 mois 70% femmes et 30% hommes USA Oregon	Etude translationnelle Déterminer l'efficacité d'un programme dans l'environnement réel.	The Otago Exercise Program (OEP) Traite des risques de chutes chez les pers âgées. But réduire chutes de 35%.	Programme délivré à domicile par kiné, 6 visites/an. 5 exos d'échauffement et 17 exos de force et d'équilibre en progression au cours des séances.	Evaluation à 6 et 12 mois. Amélioration globale des fonctions physiques (Facilité à se lever d'une chaise et diminution nombre chutes durant 6 mois intervention) des pers ayant fait totalité programme. Problème barrières à faire programme en totalité.
Denis et al 2012	Personnels de l'Hospice Civil de Lyon avec douleurs lombaires. France Lyon	Essai contrôlé randomisé à 2 bras parallèles. Evaluer efficacité programme global prévention secondaire sur douleurs bas du dos.	Programme Global d'Intervention= PRESLO Traite les douleurs lombaires.	GT= traitement habituel GI= Traitement habituel + programme intervention avec : 2h d'infos sur lombalgies+ 5 séances d'exos hebdomadaires de 90min avec 1 kiné en groupe. Echauffement 15min+ Assouplissement et mobilisation rachis 60min+ Exos respi et postures 15min. A poursuivre au domicile 10 min exos individualisés/jour	Suivi ensuite de 18 mois via kiné ou ergo après intervention mais pas de résultats.

2. Caractéristiques des résultats de la revue de la littérature

Sur les 14 articles retenus, ceux-ci peuvent être regroupés fonction de différentes caractéristiques.

2.1 Caractéristiques sur la localisation des études

De façon générale, l'ensemble des articles sélectionnés sont des publications d'études anglo-saxonnes ou européennes.

Elles se répartissent en :

- 8 qui viennent des USA (26, 29, 32, 34, 35, 36, 37, 38).
- 2 qui sont françaises, une à Lyon l'autre à Toulouse (28, 39).
- 1 en Suède à Stockholm (27)
- 1 en Allemagne à Hambourg dans un centre gériatrique spécialisé (30)
- 1 en Australie à Melbourne (31)
- 1 au Pays Bas d'abord dans 4 régions et ensuite dans tout le pays (33).

L'ensemble de ces études ont lieu dans les grandes villes des pays cités ou dans leur proche banlieue hormis l'étude de Miller et al. Cette étude se déroule dans l'Ohio aux USA, état dans lequel les personnes âgées de plus de 65 ans qui sont la cible de l'étude vivent à la campagne.

Les études se différencient aussi par les lieux où se déroulent les actions de prévention.

2.2 Caractéristiques sur le lieu d'intervention de l'action de prévention

Pour 4 études, les actions de prévention ont lieu à domicile avec des visites du kinésithérapeute programmées plusieurs fois par an. (26, 27, 37, 38)

Pour 6 autres, elles se déroulent dans des centres ou structures dans lesquels officient les professionnels de santé et notamment le ou les kinésithérapeutes associés à l'étude. (28, 30, 31, 32, 33, 35) Parmi les 6, 4 d'entre elles se caractérisent en plus par la délivrance de programmes d'exercices individualisés conçus par le kinésithérapeute et à effectuer à domicile en autonomie durant l'action de prévention. (30, 32, 33, 35)

Trois autres études se font sur le lieu de travail des personnes pendant leurs heures de travail. (29, 34, 39)

Enfin, une étude a lieu dans un collège américain. (36)

2.3 Caractéristiques sur les années de publication

La majorité des publications date d'après les années 2000 et plus précisément à partir de 2010. Neuf études sur les quatorze retenues ont été publiées entre 2010 et aujourd'hui. La dernière datant de 2017. (27, 28, 31, 32, 33, 36, 37, 38, 39)

Pour les autres, 3 ont été publiées entre 2000 et 2005 (26, 30, 34) et 2 datent d'avant 2000 (29, 35)

Les actions de prévention et de promotion de la santé sont donc des sujets de publication récents qui concernent surtout les Etats-Unis et l'Europe.

2.4 Caractéristiques sur le type de prévention

Sur les 14 études, 10 sont des études sur des programmes d'action de prévention primaire et rentrent de fait dans le cadre du service sanitaire. (26, 27, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 38)

Les thèmes de prévention sont divers et portent pour la plupart sur des thèmes considérés comme prioritaires dans le rapport Vaillant hormis l'étude de Norman et al qui porte sur la prévention de la dépression post-partum. Pour les 9 autres, elles ont pour sujet les questions d'alimentation et d'activité physique pour prévenir les chutes (38), les conséquences du vieillissement (26, 35, 30), les blessures et TMS au travail (29, 34) et enfin, les complications liées à l'inactivité physique. (27, 32, 36)

Sur les 4 études restantes, 2 sont des programmes mixtes de prévention puisqu'ils couvrent à la fois la prévention primaire et la prévention secondaire.

La prévention secondaire qui est défini par l'OMS comme ayant pour but de : «diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Ainsi, ce stade de la prévention recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution, ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque. » (40)

Il s'agit de l'étude Helmink et al qui est un programme d'action de prévention concernant les prés diabétiques et les diabétiques de type 2. (33) Elle consiste en un programme d'exercices individualisé à domicile conçu par un kiné et que les personnes doivent effectuer seul plus un rendez-vous avec une diététicienne le tout managé par leur médecin traitant qui les voient tous les 3 mois. On peut dire que c'est un programme de prévention primaire car ils concernent les personnes pas encore diabétique de type 2 mais en voie de le devenir. Ce programme est donc une anticipation de la future prise en charge médicale en espérant faire changer les comportements de santé. Comme il est stipulé dans l'étude, les néerlandais s'attendent d'ici à 2025 à un doublement du nombre de personnes diabétiques de type 2.

L'autre étude est celle de Seymour et al qui elle aussi est un programme mixte car elle a pour but d'apprendre aux personnes âgées à gérer leurs pathologies chroniques (prévention secondaire) et en même temps, prévenir la dépression du sujet âgé (prévention primaire). (37)

Enfin, pour les 2 dernières études, il s'agit dans un premier cas de prévention secondaire et tertiaire puisqu'il s'agit d'un programme d'éducation thérapeutique pour les patients atteints de la maladie de Parkinson. (41) Il a pour objectif d'apprendre aux patients à mieux connaître leur pathologie et à être capable de la gérer de manière la plus autonome possible. (28) Pour l'autre étude qui est celle de Denis et al, il s'agit d'un programme de prévention secondaire visant à éviter de nouvelles blessures du bas du dos chez le personnel de l'hospice de Lyon ayant déjà eu ou ayant des douleurs lombaires. (39)

Même si ces 4 études ne sont pas des actions de prévention primaire, elles ont été gardées car elles sont une base de réflexion intéressante pour la construction de programme adapté au service sanitaire.

2.5 Caractéristiques sur le type de professionnels de santé

Dans les 14 études, il s'agit majoritairement de kinésithérapeutes en collaboration ou non avec d'autres professionnels de santé. Seules 2 études concernent des étudiants en kinésithérapie. (35, 37)

Néanmoins, l'ensemble des actions de prévention étant réalisées par des kinésithérapeutes ou des étudiants kinés, elles peuvent faire l'objet d'une base de travail pour le service sanitaire. De plus, dans plusieurs études, on retrouve un travail en pluridisciplinarité souhaité pour le service sanitaire et qui associe le kinésithérapeute à d'autres professionnels de santé. Par exemple les infirmiers dans l'étude sur le parkinson (28), des diététiciens (32, 33) et des médecins (33).

Pour les autres études, le kinésithérapeute agit seul au domicile du patient ou sur le lieu de travail de la population ciblée.

Enfin, dans 2 études, le kinésithérapeute forme des personnes qui sont chargées de réaliser le programme à sa place. C'est le cas de l'étude Moore et al dans laquelle le kiné forme le futur leader de groupe d'activité physique pour réaliser un programme de stretching visant à prévenir les blessures et les TMS sur le lieu de travail. Il réalise 2 sessions de 1h avec le futur leader de groupe pour lui inculquer les bienfaits des étirements musculaires et les étirements à faire pratiquer à ses collègues. (29)

On retrouve aussi cette notion de formation dans l'étude Racette et al où la kinésithérapeute a créé un programme de prévention pour lutter contre l'inactivité physique chez les adolescents et qui est délivré par les professeurs du collège qui ont été formés par la kinésithérapeute. (36)

2.6 Caractéristiques sur les populations ciblées par les études, les protocoles des actions de prévention et les résultats

Il se dégage des études retenues, 4 types de populations ciblées qui sont les personnes âgées de plus de 60 ans, les travailleurs, les jeunes de tous âges et les adultes (femmes et patients avec pathologies chroniques).

2.6.1 Les personnes âgées

Cinq articles concernent des sujets de plus de 60 ans et traitent des thématiques sur les conséquences du vieillissement, la prévention des chutes et l'alimentation. Pour se faire, la plupart des actions de prévention consistent en un programme d'exercices individualisé. Les exercices peuvent être réalisés avec un kiné (26, 38) ou un étudiant kiné (37) à domicile ou bien être réalisés seul par la personne à son domicile. Le programme d'exercices ayant été fixé par le kiné (30) ou par l'étudiant kiné (35). Toutes ont des résultats positifs hormis celle de Miller et al qui n'a pas été évaluée. (35)

2.6.2 Les travailleurs

Trois articles ont pour sujet des actions de prévention concernant des salariés.

Il s'agit dans les trois cas d'actions ayant pour but de prévenir de futures blessures sur le lieu de travail (29) en réalisant pour l'une, un programme de 36 séances d'étirement complet du corps de 5 à 8 min /jour, pour l'autre de diminuer de futures blessures et arrêt de travail en réalisant 2 sessions de 2h de formation pour apprendre les postures adaptées. (34)

Enfin pour la dernière étude, il s'agit de prévenir de nouvelles blessures lombaires chez des personnes ayant déjà eu des problèmes lombaires en effectuant en plus du traitement thérapeutique habituel une prise en charge de 5 semaines avec 1 séance hebdomadaire de gymnastique de 1h30 avec un kiné. (39) Seule cette dernière étude n'est pas évaluée. Les autres ont des résultats positifs.

2.6.3 Les jeunes de tous âges

Deux actions concernent des jeunes. Dans un cas, il s'agit de jeunes enfants avant leur entrée à l'école issus de parents obèses dans le but d'effectuer de la prévention primaire de l'obésité et des facteurs de risques associés (sédentarité, troubles du sommeil, alimentation).

Le programme d'action est en 2 temps :

- 1^{er} temps, délivrance d'un livret sur les recommandations en santé des enfants à chaque âge par le ministère de la santé suédois.
- 2^{ème} temps, coaching avec 4 visites du kiné/an pour résoudre les problèmes, aider, encourager et effectuer un relevé de données sur la TA, l'alimentation, les troubles du sommeil et l'Indice de Masse Corporelle (IMC).

Il n'y a pas d'évaluation de cette étude. (27)

Dans l'autre étude (36), il s'agit d'adolescents plus précisément de 660 collégiens qui ont un programme d'activités physiques enregistrées à effectuer sous l'égide de leurs professeurs formés par un kiné. En parallèle, les collégiens doivent tenir un carnet de bord des activités physiques réalisées dans la journée avec le relevé des données enregistrées ainsi que des informations sur leur alimentation et leur sommeil. On constate une amélioration sur l'endurance, la force musculaire et la souplesse en 3 ans.

2.6.4 Les adultes

2.6.4.1 Les femmes adultes

Une étude est de la prévention primaire de la dépression post-partum pour un programme de 8 semaines d'activité physique à partir des 6^{ème} -10^{ème} semaines de post-partum comprenant 1h/semaine

de réentraînement cardiaque. Les résultats sont positifs sur le bien être psychologique et la dépression. (31)

L'autre étude sur les femmes concerne la prévention du syndrome métabolique par un protocole d'actions diversifiées qui comprend un programme d'exercices individualisé conçu par un kiné et à faire à domicile, des cours de gymnastique par un kiné dans le centre de suivi sur la base du volontariat, un suivi téléphonique 2 fois/semaine pendant les trois premiers mois pour encourager, des cours de cuisine gratuit et des aides au sevrage tabagique. L'étude montre que les résultats sont positifs pour tous les paramètres mesurés. (32)

2.6.4.2 Les sujets sains et les malades chroniques

Cela concerne 2 projets. Tout d'abord, le Beweekguur Program pour les patients pré diabétiques ou diabétiques de type 2. Il consiste en un programme d'exercices proposé par un kiné à faire à domicile et un rendez-vous avec un diététicien le tout dirigé par le médecin traitant du patient. Il n'y a pas d'évaluation du programme mais il a été mise en place partout au Pays Bas alors qu'au départ il ne concernait que 4 régions néerlandaises. (33)

L'autre programme est celui d'éducation thérapeutique pour les patients parkinsoniens qui se base sur des séances collectives à thèmes pendant lesquelles des informations sont transmises sous différentes formes. L'étude montre une amélioration de la qualité de vie, une meilleure acceptation de la maladie et de l'estime de soi. (28)

2.7 Quid des actions de prévention primaire en France

Dans cette revue systématique de la littérature, seulement deux études françaises ressortent et toutes les deux sont des actions de prévention secondaire. Il n'en reste pas moins, qu'il existe des actions de prévention primaire en France mais qui ont été sanctionnées ou non par une publication dans des journaux internationaux d'où l'inexistence de ceux-ci dans la revue systématique de littérature réalisée.

On peut citer, l'action annuelle de la FNEK avec « Bouge ton EHPAD » qui est une action ponctuelle d'étudiants en kinésithérapie pour lutter contre l'isolement social des personnes âgées. Pendant une demi-journée, les étudiants emmènent les personnes qui le souhaitent se promener en extérieur ou participer à des ateliers de travail de l'équilibre. (42)

Autre action, c'est celle de l'association MtonDos qui réalise des actions de prévention primaire dans les écoles auprès des jeunes afin de les sensibiliser sur les problèmes de dos, l'intérêt de l'activité physique ainsi que les bonnes pratiques sur le port du cartable. C'est un kiné qui intervient une demi-journée. (43) Ces actions sont parfois financées par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie fonction des départements.

Troisième exemple, c'est celui de l'association « Croc and Move » qui est une association qui fait la promotion de l'activité physique et propose des ateliers dans ses locaux dans lesquels interviennent un médecin, un kinésithérapeute, une nutritionniste et une psychologue. (44) En région Nouvelle Aquitaine, l'association est financée par l'ARS et le conseil régional.

Enfin, l'association « Kiné Ouest Prévention » réalise des ateliers « Equibr'Age » dans l'Ouest de la France pour les personnes âgées de plus de 75 ans à risque de chutes. Il existe d'ailleurs une étude publiée sur ces ateliers dans le journal Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie en 2012 et qui concernent la Bretagne. Les résultats sont positifs avec des améliorations sur les chronos sur les parcours d'équilibre et sur les capacités d'équilibre et de déplacements. Certains kinés pérennisent le succès du programme en mettant en place des cours de gym annuels appelés « Gym Santé Seniors ». (45)

Il y a donc des actions françaises de prévention primaire applicables pour le service sanitaire et qui sont publiées ou non.

Qu'en est-il des entretiens réalisés auprès d'acteurs du service sanitaire ?

3. Eléments clés qui ressortent des entretiens

Il a pu être réalisé 4 entretiens semi-directifs au cours des 2 mois de stage. Les personnes interrogées correspondent aux personnes identifiées dans la partie méthodologie comme étant les acteurs impliqués dans la mise en place du service sanitaire. Deux des entretiens ont pu se faire en face à face et les 2 autres par téléphone. La durée moyenne des entretiens a été de 38 minutes soit dans l'intervalle du temps prévu au départ de 45 minutes. Les entretiens les plus longs ont été ceux en face à face ce qui peut s'expliquer par un mode d'interview qui favorise plus la parole que l'entretien téléphonique qui par nature est plus impersonnel.

L'analyse des 4 entretiens a été menée en croisant les réponses des interlocuteurs pour chaque question. Il n'y a pas eu d'analyse du discours en lui-même ni du langage employé mais seulement des idées. Il s'agissait de faire ressortir les points clés pour chaque interlocuteur concernant le service sanitaire et regarder si leurs réponses se recoupaient ou non.

Pour se faire, nous avons extrait les éléments clés des entretiens pour chaque thématique de la grille.

3.1 Les connaissances générales sur le service sanitaire

L'ensemble des interlocuteurs connaît le service sanitaire et ce depuis fin 2017. Ils insistent chacun sur des points différents concernant la définition du service sanitaire mais les mots clés « prévention », « étudiants » et « décision politique » se retrouvent dans leur définition.

De manière générale, ils considèrent donc le service sanitaire comme un dispositif de prévention pour les étudiants et qui est le fruit d'une décision politique.

Concernant les objectifs du service sanitaire et les thèmes prioritaires définis dans le rapport Vaillant, les 4 interviewés considèrent que les objectifs sont pertinents par rapport à la SNS et au PRS. Par contre, pour eux, les questions d'utilité et d'efficacité ne sont pas pertinentes actuellement car le service sanitaire n'est pas encore en place. Néanmoins, pour les 4 interrogés, quand le service sanitaire sera en place, il faudra que ses objectifs et ses thématiques santé soient utiles et efficaces. Enfin, pour l'un des 4 interviewés, le choix de l'alimentation comme thème de santé publique est logique mais pas obligatoirement utile car selon cette personne, de nombreuses actions ont déjà été menées ces dernières années mais sans succès.

Toujours dans la définition du service sanitaire, les acteurs interrogés s'accordent pour valider le choix du rapport quant aux populations concernées par le service sanitaire. Le choix leur semble pertinent et pour 2 d'entre eux, le service sanitaire devrait même concerner l'ensemble de la population française sans distinction. Pour les autres, le service sanitaire devrait s'adresser en priorité aux jeunes de tous âges puis dans un second temps aux personnes en EHPAD ou en entreprises. Dans tous les cas, l'ensemble des interrogés souhaite que le service sanitaire s'applique.

Pour ce qui est des terrains de stage, l'ensemble des interrogés énumère ceux cités dans le rapport et en corrélation avec les populations ciblées. Pour eux, le choix de lieu de stage dans le rapport Vaillant est pertinent.

Seul est évoqué en marge, le risque de surcharge administrative liée à la procédure de réalisation de la convention de stage.

Pour les 4 interviewés, les acteurs importants sont les personnes citées dans le rapport et principalement les directeurs d'IFMK, les associations de promotion de la santé et les référents des lieux de stage. Il est à souligner qu'à l'heure actuelle, tous les acteurs ne travaillent pas encore ensemble et deux des quatre interrogés ne sont actuellement en relation avec aucun acteur.

Selon les interrogés, c'est le résultat de plusieurs facteurs dont un manque de temps qui pour eux est le fruit d'un calendrier rapide et dense.

Quant au rôle de l'URPS Kiné Ile de France dans le service sanitaire, il reste abstrait après ces interviews.

En effet, hormis l'un des 4 interviewés qui juge que l'URPS n'a pas de rôle à jouer dans ce nouveau dispositif car étant représentant des kinésithérapeutes libéraux conventionnés, les autres acteurs considèrent l'URPS comme une personne intermédiaire, une personne ressource, une interface. L'URPS serait un lien dans la chaîne de discussion entre les IFMK et l'ARS mais aussi entre le monde étudiant et le monde professionnel. Enfin, toujours dans cet esprit de lien, sa relation privilégiée avec les URPS des autres professions de santé est un atout pour aider les IFMK et les étudiants dans la construction de projets interprofessionnels demandés dans le service sanitaire.

Malgré tout, une feuille de route précise du rôle que pourrait jouer l'URPS Kiné Ile de France dans le service sanitaire n'émerge pas de ces entretiens. Ce rôle sera plus facile à définir quand le service sanitaire sera bien en place.

3.2 Les attentes sur le service sanitaire

Concernant les attentes sur le service sanitaire, l'ensemble des acteurs se rejoint pour souligner son intérêt pour les populations ciblées comme pour les étudiants même si les arguments divergent.

En effet, de façon générale, les interviewés attendent du service sanitaire qu'il permette aux étudiants de s'impliquer en santé publique et que ce soit l'occasion pour eux de découvrir le champ de la promotion de la santé qui fait partie de leurs futures compétences professionnelles. Il s'agit aussi au niveau pédagogique de travailler avec des populations qui ne sont pas celles des cabinets de kinésithérapie et de mettre en pratique ce qui a été appris théoriquement dans les UE Santé Publique et Sciences Humaines auprès de ces populations.

Pour les populations ciblées, les 4 interrogés souhaitent que le service sanitaire leur soit utile et bénéfique en leur donnant les clés leur permettant d'initier un changement dans leurs comportements en santé. Tous mesurent l'enjeu du projet ainsi que ces retombées possibles en termes de santé publique pour la population.

Quant aux attentes pour les étudiants kinés, tous les acteurs sont d'accord pour dire que c'est bénéfique car il permet de :

- Faire comprendre aux étudiants qu'ils font partie du groupe des professionnels de santé et pas seulement des kinésithérapeutes.
- Développer la prévention primaire qui est un pan de la formation non mise en avant.
- Familiariser les étudiants avec cette compétence.
- Acquérir de nouvelles compétences
- S'occuper de populations qui ne sont pas des patients en soins
- Instruire les étudiants.

Il y a donc un vrai enjeu pour les étudiants pour en faire des acteurs à part entière de la prévention primaire et plus généralement des actions de santé publique en tant que futures professionnels de santé.

3.3 La communication auprès des étudiants

Concernant les campagnes de communication, tous soulignent l'importance d'en faire pour que le service sanitaire se mette en place dans les meilleures conditions possibles.

Ils attendent tous que sortent les décrets d'application de loi pour donner des informations plus complètes et précises aux étudiants kinés.

Actuellement, seuls des messages informels ont été véhiculés. Soit par les délégués de promotion fonction des IFMK, soit par la FNEK qui a posté des informations et vidéos via son facebook live. Néanmoins, La FNEK attend elle aussi d'en savoir plus avant de lancer une campagne de communication massive.

Seul, l'URPS Kiné Ile de France en tant que représentants des kinésithérapeutes libéraux conventionnés s'intéressant aux étudiants car ce sont des professionnels libéraux en devenir a organisé une soirée pour les étudiants le 17/05/2018. Durant cette soirée, des présentations sur différentes

thématiques concernant les étudiants ont été réalisées dont une sur le service sanitaire effectuée par Mr Tourjansky et moi-même.

3.4 Les actions de prévention en santé

L'ensemble des acteurs se pose des questions sur le type d'actions de prévention qu'il est possible de faire faire aux étudiants mais leur préoccupation majeure concerne le volet théorique du service sanitaire. Les études de kinésithérapie sont en pleine réforme des programmes passant de 3 années à 4 d'études et l'arrivée du service sanitaire vient s'ajouter à ces changements. L'ensemble des interviewés souhaite que le programme ne soit pas modifié mais adapté au cas par cas fonction des IFMK dans le cadre de la souplesse accordée par le texte législatif sur la réforme des études.

L'un des 4 interrogés souhaite que soit respecté les recommandations du rapport Vaillant sur le choix des actions de prévention primaire qui donne la liberté de choix de l'action réalisée aux étudiants et pas au directeur d'IFMK.

Enfin, tous les acteurs souhaitent se servir de programmes d'actions de prévention primaire déjà existants comme base de réflexion à donner aux étudiants pour qu'ils construisent leurs actions de prévention mais tous considèrent qu'il sera nécessaire de créer de nouveaux protocoles d'actions.

Partie IV : Discussion

1. Synthèse des résultats

1.1 Synthèse des résultats de la revue de la littérature

Cette revue de la littérature montre que la majorité des articles concernent des thématiques et des populations citées dans le rapport Vaillant et les programmes comprennent souvent 2 volets, un volet informatif et un volet pratique.

Ce volet pratique comprend le plus souvent un programme d'exercices conçu par un kiné à faire à domicile ou dans un centre ou sur le lieu de travail des personnes. L'activité physique est le domaine du kinésithérapeute puisque kinésithérapie signifie thérapie par le mouvement. D'où la promotion de l'activité physique dans toutes les actions de prévention.

Sur les 14 études, 10 ont des résultats positifs sur les critères mesurés et les 4 autres études n'ont pas été évaluées. Il semblerait donc que ces actions de prévention primaire, secondaire ou tertiaire ont un effet bénéfique pour les populations concernées et soient utiles pour les étudiants kinés pour leur formation. C'est ce que rapportent les 2 études dans lesquelles les étudiants ont dû remplir un questionnaire de satisfaction. (35, 37)

Néanmoins, il est à noter que dans la plupart des études, le taux de participants ayant effectué le programme en intégralité est peu élevé. Par exemple, the Otago Exercice Program dans lequel il y avait 239 participants au départ et seulement 62 participants au bout des 6 mois. (38)

De plus, il est à noter aussi que lorsque le genre est étudié, il s'agit majoritairement de femmes et ce pourcentage est encore plus élevé quand on regarde le sexe des personnes à la fin de l'action de prévention. Toujours dans the Otago Exercice Program, sur les 62 participants, 70% étaient des femmes et pour l'étude de Moore et al, sur 92 participants, à la fin il n'y en avait plus que 60 et 82% étaient des femmes alors que l'usine compte 54% d'hommes et 46% de femmes.

Il semblerait donc qu'il y ait des barrières à l'activité physique et qu'il serait nécessaire d'approfondir ce sujet pour que les futures actions de prévention touchent plus largement la population.

A priori, les femmes se sentent plus concernées que les hommes par les discours sur la promotion de comportements favorables à la santé et le fait de prendre soin de soi par l'activité physique.

Enfin, l'hétérogénéité des études et du type d'évaluation des programmes ainsi que les effectifs parfois faibles ne permettent pas de faire des conclusions fermes.

Globalement, ces 14 études montrent que les actions de prévention peuvent être bénéfiques et initier des changements de comportements favorables à la santé durable mais des études supplémentaires sont nécessaires pour comprendre et supprimer les réticences à l'activité physique. Ces études sont donc une démonstration positive de l'intérêt de la prévention sous différentes formes et une base de travail utilisable et adaptable au service sanitaire chez les étudiants en kinésithérapie.

1.2 Synthèse des résultats des entretiens

L'ensemble des entretiens montre donc que le service sanitaire est un dispositif bénéfique pour les étudiants pour les former à la prévention et la promotion de la santé auprès de population qu'ils n'ont pas l'habitude de côtoyer.

C'est aussi une opportunité pour les populations ciblées d'avoir accès à de futurs professionnels de santé qui sont là pour répondre à leurs problématiques sur des questions de santé.

Néanmoins, même si le service sanitaire semble être un outil qui puisse aider dans cet enjeu de lutte contre les maladies chroniques évitables par une bonne hygiène de vie, il n'en reste pas moins qu'il est compliqué à définir, à concevoir et à mettre en place pour les acteurs impliqués. Certains interviewés font part de leurs craintes quant à l'efficacité du dispositif.

Quant au rôle de l'URPS Kiné Ile de France, il semble encore abstrait pour les acteurs. L'idée d'intermédiaire est récurrente mais sans définition précise de tâche.

Si l'URPS Kiné Ile de France a un rôle celui-ci n'est pas central pour la mise en place du service sanitaire mais plutôt en soutien des acteurs impliqués (ARS, IFMK, FNEK, lieux de stage). Rôle de soutien qui ne peut voir le jour actuellement car le service sanitaire n'est pas encore en place. Ce rôle s'il est nécessaire se définira donc plus tard.

1.3 Convergence et divergence entre la revue de la littérature et les entretiens

Globalement, la revue de la littérature et les entretiens sont en accord sur les points clés du rapport Vaillant. En effet, la plupart des protocoles d'actions étudiés concernent des jeunes, des personnes âgées et des salariés d'entreprises qui sont les populations citées par les interviewés et mise en avant dans le rapport Vaillant.

Il en est de même pour les thématiques d'actions des études qui gravitent majoritairement autour des notions d'activité physique et d'alimentation. Ce sont ces mêmes notions qui sont citées par les interviewés et le rapport Vaillant.

Enfin, que ce soit dans la revue de la littérature ou dans les entretiens, les deux s'accordent pour dire que la réalisation d'actions de prévention est bénéfique pour les étudiants kinés et les populations ciblées. La plupart des résultats sont d'ailleurs généralement positifs et certaines actions sont devenues nationales comme The Otago Exercice Program ou The Beweekguur Program. (33, 38)

A côté de cela, la revue de la littérature et les entretiens soulignent les difficultés inhérentes à faire changer les comportements de santé et à faire prendre conscience de l'intérêt d'une bonne hygiène de vie. Hygiène de vie qui inclut l'activité physique qui rencontre beaucoup de barrières à sa mise en place sur le court et moyen terme. En effet, le taux de participants dans les études ayant effectué les programmes d'actions dans leur intégralité est faible. Il est de 26% dans The Otago Exercice Program. (38)

Enfin, la question de l'évaluation des actions est un sujet qui préoccupent les auteurs des études tout autant que les acteurs interrogés. Pour les deux, ce volet évaluation est crucial et préfigure la poursuite d'actions de prévention. C'est d'ailleurs ce qui est souligné dans le rapport Vaillant puisqu'il est

indiqué qu'à chaque fin d'actions de prévention primaire celles-ci devront faire l'objet d'une évaluation.

La revue de la littérature et les entretiens sont donc en concordance sur la plupart des éléments clés du rapport Vaillant permettant ainsi d'être ensemble une base de travail intéressante pour comprendre et aider à la mise en place du service sanitaire.

Il n'y a pas de point de divergence entre les études de la revue de la littérature et les entretiens hormis sur la question des modalités pratiques de réalisation des actions de prévention qui inquiètent beaucoup les interviewés et ne se retrouvent pas dans les études. Dans les études, il est seulement souligné l'importance de répondre aux attentes des personnes et rendre les programmes d'actions attractifs.

2. Forces et limites de cette revue de la littérature

2.1 Les moteurs de recherche

Le choix a été fait de sélectionner Pubmed, Scopus, le diffuseur de base de données Ebscohost et Google Scholar. En effet, Pubmed et Scopus ont permis d'avoir accès à de nombreux articles publiés dans des revues à comité de lecture. Le diffuseur de base de données Ebscohost a permis de scruter des articles du domaine de la psychologie. Or les questions de prévention et de promotion de la santé sont empreintes d'une note psychologique à travers les idées de promotion de changements de comportements en santé ou de développement psychosociales qui reposent sur des composantes psychologiques.

Enfin, les articles concernant la kinésithérapie sont nombreux mais ceux pour lesquels les kinésithérapeutes réalisent des actions de prévention sont plus sporadiques. C'est pourquoi, le choix a été fait d'utiliser une base de données en plus qu'est Google Scholar afin de balayer le domaine des actions de prévention par des kinés ou étudiants kinés de façon la plus large possible.

D'autres choix auraient pu être fait mais c'est ce qui nous a semblé le plus pertinent.

2.2 La définition de l'équation de recherche

Peu de mots clés et des mots clés assez généralistes ont été choisis car la phase préparatoire durant laquelle a été testée des mots clés plus nombreux et précis a mise en évidence l'inutilité de ceci. Dans les 4 bases de données, il ne ressortait que quelques articles (moins de 10 le plus souvent) souvent hors sujet ou alors pas d'articles du tout. Le choix a donc été fait de prendre des mots clés plus généralistes pour ouvrir la recherche et tenter de récolter toutes les études en lien avec le sujet. D'où le choix de ne qualifier que le type d'action et les personnes réalisant ces actions. Pas de mots clés sur les thèmes des actions de prévention ou la population ciblée. Cela a eu pour conséquence d'avoir des articles ne rentrant pas dans les cadres et exclus de la revue ensuite. Néanmoins, le bénéfice a été plus important avec l'obtention au finale de 14 programmes de prévention pouvant servir de base de réflexion à la construction des actions de prévention primaire pour le service sanitaire.

2.3 La sélection des articles

Même si des critères d'exclusion précis ont été choisis en collaboration avec mon tuteur de stage, il n'en reste pas moins que la sélection a toujours une composante subjective qu'il ne faut pas négliger. Le nombre d'articles correspondant à la recherche n'étant pas élevé, il n'a pas été fait de tri sur les journaux dont sont issus les articles.

Enfin, le schéma d'étude, n'a pas été un critère d'exclusion car l'objectif de la recherche était surtout de faire un état des lieux des actions de prévention existantes en ayant la description du protocole d'actions pour avoir des idées sur ce qu'il est possible de réaliser et comment.

2.4 La qualité des études sélectionnées

Parmi les 14 études, 10 ont été évaluées par des critères qui sont soit des mesures physiques ou psychologiques avec des échelles reconnues (26, 28, 29, 31, 34, 36, 37, 38), soit des mesures biologiques (32). Les 4 études restantes n'ont pas été évaluées.

Même si 5 études sont des essais cliniques randomisés les autres sont de simples études cliniques descriptives évaluées ou non comme pour les essais cliniques randomisés. Cela enlève de la force aux études mais comme l'on souhaitait connaître les protocoles d'actions et pas seulement leur évaluation, il est normal que beaucoup des études retenues soient des études descriptives.

Enfin, ce sont rarement des études à grande échelle avec un effectif élevé mais l'on sait que certaines actions ont été développées après étude sur l'ensemble du pays concerné. C'est le cas de The Beweekguur Program (33), de The Otago Exercise Program (38) ou encore de « School Based Physical Activity Programs » (36) ce qui donne de la pertinence au programme d'action de prévention. Même si ce sont des études qui n'ont pas un fort potentiel de preuve, il n'en reste pas moins qu'elles répondent à l'objectif principal de départ.

Qu'en est-il des entretiens ?

3. Les points forts et les points faibles des entretiens

Même si ces entretiens ce sont avérés très utiles, plusieurs points positifs ou négatifs sont à souligner. Tout d'abord, les points forts :

- L'entretien est outil de recueil qui permet d'aborder une thématique de façon large.
- L'ensemble des acteurs sollicités ont pu répondre à mes questions dans des entretiens individuels en face à face ou par téléphone.
- Le mode de recueil en face à face favorise les échanges.
- Les points de vue des différents acteurs associés au service sanitaire ont été obtenus.
- Permet de compléter les informations obtenues dans la revue de la littérature.
- Apporte un autre point de vue sur le sujet.

Points faibles :

- 2 entretiens ont dû s'effectuer par téléphone. Cela rend l'échange moins agréable et les interlocuteurs sont moins volubiles que s'ils étaient en face à face.
- Seulement 4 entretiens. Les réponses ne doivent donc pas être généralisées à l'ensemble des types acteurs. En effet il n'a été interviewé qu'un seul représentant par acteur.
- Tous les acteurs n'ont pas été interrogés par manque de temps (les étudiants eux-mêmes, les lieux de stage...)
- Subjectivité des propos des interviewés
- Subjectivité de l'analyse.

Partie V : Conclusion

Le service sanitaire est un dispositif qui s'inscrit dans la politique nationale de promotion de la santé à travers la prévention primaire en mobilisant l'ensemble des étudiants en santé. Cela afin de répondre au défi des maladies chroniques dues à des comportements en santé nocifs et qui ont un coût financier.

Même s'il arrive rapidement et bouscule l'organisation des programmes théoriques des IFMK, le service sanitaire est un enjeu intéressant pour la formation des étudiants en kinésithérapie à la

prévention primaire afin qu'ils deviennent ensuite des acteurs quotidiens de la prévention dans leur exercice professionnel.

De plus, la revue de la littérature a permis de mettre en évidence des actions de prévention réalisables par les étudiants en kinésithérapie ainsi que leur faisabilité et leur impact positif.

Néanmoins, il reste le problème majeur des barrières à la réalisation d'activité physique et plus globalement du changement de comportement des personnes concernant leur santé qui est souligné dans les études et par les interviewés lors de ma mission.

Quant au rôle de l'URPS Kiné Ile de France, il reste à définir et s'il existe il ne peut être que celui d'intermédiaire entre les acteurs impliqués de par ses missions et ses contacts.

Aujourd'hui, ce travail offre un éclairage sur les contours et les enjeux du service sanitaire ainsi qu'une évaluation de sa faisabilité auprès des étudiants en kinésithérapie. Il serait intéressant de poursuivre un travail de ce type une fois que le service sanitaire sera mis en place.

Bibliographie

1. Ministère des Solidarités et de la Santé. Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 [Internet]. Dicom. France; 2017 [cited 2018 May 9]. 53 p. Available from: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf
2. France. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JO du 22 Juillet 2009. p. 12184.
3. France. Décret n° 2010-585 du 2 juin 2010 relatif aux unions régionales de professionnels de santé [Internet]. JO du 3 Juin 2010. p.10113. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2010/6/2/SASS1013497D/jo/texte>
4. URPS Kiné Ile de France. Les résultats des élections [Internet]. URPS Kiné Ile de France. [cited 2018 Jun 5]. Available from: <http://www.urps-kine-idf.com/page/les-resultats-des-elections>
5. URPS Kiné Ile de France. Le Bureau. Découvrir les membres du bureau de l'URPS Kiné Ile de France [Internet]. URPS Kiné Ile de France. [cited 2018 May 9]. Available from: <http://www.urps-kine-idf.com/page/le-bureau>
6. URPS Kiné Ile de France. Rapport d'activité 2016 [Internet]. URPS Kiné Ile de France. [cited 2018 Jun 5]. Available from: <http://www.urps-kine-idf.com/page/rapport-urps-2016>
7. France. Code de la Santé Publique. Quatrième partie Livre III Titre II Chapitre Ier : Masseur-Kinésithérapeute. Article L4321. 2018.
8. URPS Kiné Ile de France. Représenter l'ensemble des kinésithérapeutes franciliens auprès des organisations de santé en Île-de-France [Internet]. URPS Kiné Ile de France. [cited 2018 Jun 6]. Available from: <http://www.urps-kine-idf.com/page/representer>
9. URPS Kiné Ile de France. Accompagner Travailler - Participer- Expérimenter - Former [Internet]. URPS Kiné Ile de France. [cited 2018 Jun 6]. Available from: <http://www.urps-kine-idf.com/page/accompagner>
10. URPS Kiné Ile de France. Valoriser Répondre aux défis qui se présentent pour l'Île-de-France dans les 5 prochaines années [Internet]. URPS Kiné Ile de France. [cited 2018 Jun 6]. Available from: <http://www.urps-kine-idf.com/page/valoriser>
11. Vaillant L. Mise en œuvre du service sanitaire pour les étudiants en santé [Internet]. France: Ministère des Solidarités et de la Santé; 2018 Feb [cited 2018 May 9] p. 102. Available from: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/184000110.pdf>
12. France. Arrêté provisoire relatif au service sanitaire pour les étudiants en santé. Non publié au JO.
13. Drees, Santé Publique France. L'état de santé de la population en France [Internet]. Dicom. France: Santé Publique France; 2017 [cited 2018 Jun 5]. 436 p. Available from: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>

14. Beck F, Richard JF. Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis; 2013. 344 p. (Baromètre santé).
15. Organisation mondiale de la Santé. Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé [Internet]. Bibliothèque de l'OMS. 2004 [cited 2018 Apr 5]. 23 p. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43036/9242592226_fre.pdf;jsessionid=C8DFD8164AABDBAA7219E5C303CD0967?sequence=1
16. Murthy RS, Bertolote JM, Epping-Jordan J, Funk M. Rapport sur la santé dans le monde, 2001. La santé mentale: Nouvelle conception, nouveaux espoirs [Internet]. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 2001 [cited 2018 Jun 5]. 172 p. Available from: <http://www.who.int/whr/2001/chapter3/fr/index3.html>
17. OMS Europe. PROMOTION DE LA SANTE - Charte d'OTTAWA. [Internet]. OMS Europe. [cited 2018 Jun 5]. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
18. France. Arrêté du 2 Septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute. JO du 4 Septembre 2015. p.134.
19. Rimmer JH, Hedman G. A health promotion program for stroke survivors. *Top Stroke Rehabil.* 1998; 5(2):30–44.
20. Mount J. Evaluation of a health promotion program provided at senior centers by physical therapy students. *Phys Occup Ther Geriatr.* 1991; 10(1):15–25.
21. Portney LG, Applebaum DL. Integrating objectives for clinical education, research, and service learning into community health promotion projects. *J Phys Ther Educ.* 2006; 20(3):18–24.
22. Trindade LL, Reis ADC, Alves SLB. Report of experience - Health promotion program implementation strategies in an oil industry. Society of Petroleum Engineers - SPE International Conference on Health, Safety and Environment in Oil and Gas Exploration and Production 2010; 2010 Apr 12-14; Rio de Janeiro; Brazil. Volume 3, 2010, p. 1948–54.
23. Figl-Hertlein A, Horsak B, Dean E, Schöny W, Stamm T. A physiotherapy-directed occupational health programme for Austrian school teachers: A cluster randomised pilot study. *Physiotherapy (United Kingdom).* 2014 Mar; 100 (1): 20–6.
24. Ryden LA, Molgaard CA, Bobbitt SL. Benefits of a back care and light duty health promotion program in a hospital setting. *J Community Health.* 1988; 13(4): 222–30.
25. Hildebrandt H, Schmitt G, Roth M, Stunder B. Implementing population-based integrated care for a region: A work-in-progress report on the project “gesundes Kinzigtal.” *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes.* 2011; 105 (8): 585–9.
26. Gill TM, Baker DI, Gottschalk M, Peduzzi PN, Allore H, Byers A. A Program to Prevent Functional Decline in Physically Frail, Elderly Persons Who Live at Home. *N Engl J Med.* 2002 Oct 3; 347 (14): 1068–74.

27. Sobko T, Svensson V, Ek A, Ekstedt M, Karlsson H, Johansson E, et al. A randomised controlled trial for overweight and obese parents to prevent childhood obesity - Early STOPP (Stockholm Obesity Prevention Program). *BMC Public Health*. 2011; 11.
28. Ory M, Arcari C, Canivet C, Sarraïl M, Fabre MH, Mohara C, et al. A therapeutic educational program in Parkinson's disease: ETPARK. *Rev Neurol*. 2014 Feb;170(2):128–33.
29. Moore TM. A workplace stretching program: physiologic and perception measurements before and after participation. *AAOHN J*. 1998 Dec 1; 46 (12): 563–568.
30. Dapp U, Anders J, Von Renteln-Kruse W, Meier-Baumgartner HP. Active health promotion in old age: Methodology of a preventive intervention programme provided by an interdisciplinary health advisory team for independent older people. *Z Gesundh Wiss*. 2005 Jun; 13 (3): 122–7.
31. Norman E, Sherburn M, Osborne RH, Galea MP. An exercise and education program improves well-being of new mothers: a randomized controlled trial. *Phys Ther*. 2010 Mar; 90 (3): 348–55.
32. Gilstrap LG, Fernandez-Golarz CP, Malhotra R, Pineda EM, Peltier-Saxe D, Culhane-Herman C, et al. Community-Based, Primary Prevention Programs Decrease the Rate of Metabolic Syndrome in Low Income and Minority Women. *J Womens Health*. 2013 Apr 15; 22 (4).
33. Helmink JHM, Meis JJM, de Weerd I, Visser FN, de Vries NK, Kremers SPJ. Development and implementation of a lifestyle intervention to promote physical activity and healthy diet in the Dutch general practice setting: The BeweegKuur programme. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2010 May 26; 7.
34. Landers M, Maguire L. Effects of a work injury prevention program for housekeeping in the hotel industry. *Work*. 2004; 22 (3):239–46.
35. Miller BK, Ishler KJ, Heater S. Gerontological Initiatives for Visionary Education Project: interdisciplinary training for occupational and physical therapy students. *Gerontol Geriatr Educ*. 1999; 19 (3): 21–37.
36. Racette SB, Cade WT, Beckmann LR. School-based physical activity and fitness promotion. *J Am Phys Ther Assoc*. 2010 Sept 9; 90 (9): 1214–8.
37. Seymour CJ, Cannon S. Student-facilitated health promotion intervention for chronic disease self-management in at-risk elders reflections from the field. *J Allied Health*. 2010; 39 (2):120–127.
38. Shubert TE, Goto LS, Smith ML, Jiang L, Rudman H, Ory MG. The Otago Exercise Program: Innovative Delivery Models to Maximize Sustained Outcomes for High Risk, Homebound Older Adults. *Front Public Health*. 2017 Mar 23; 5:54.
39. Denis A, Zelmar A, Le P, Chaleat-Valayer E, Bergeret A, Colin C. The PRESLO study: Evaluation of a global secondary low back pain prevention program for health care personnel in a hospital setting. Multicenter, randomized intervention trial. *BMC Musculoskelet Disord*. 2012; 13.

40. Flajolet A. Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire [Internet]. France: Ministère de la santé de la jeunesse et des sports et de la vie associative; 2008 Apr [cited 2018 May 16] p. 91. Available from: <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>
41. Haute Autorité de Santé. Haute Autorité de Santé - Education thérapeutique du patient (ETP) [Internet]. Haute Autorité de Santé- Education thérapeutique du patient. [cited 2018 May 16]. Available from: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp
42. FNEK. Solidarité: la FNEK bouge les personnes âgées! [Internet]. Blog du kiné. [cited 2018 Jun 5]. Available from: <http://blogdukine.fr/solidarite-la-fnek-bouge-les-personnes-agees/>
43. NOSAL D. Programme Mtondos partenaire historique de la Fedefma [Internet]. La Fedefma, la fédération du massage assis. [cited 2018 Jun 5]. Available from: http://www.fedefma.fr/site_officiel/programme-mtondos-partenaire-privilege-de-la-fedefma/
44. Croc and Move. Croc and Move. Prévention santé [Internet]. Croc and Move. [cited 2018 Jun 5]. Available from: http://www.crocandmove.fr/cm/Croc_and_Move.html
45. Faure K. Regional plan in Brittany to prevent elderly people from falls: The Equilibreizh program. NPG Neurologie - Psychiatrie - Geriatrie. 2013 Feb; 13 (73): 4–9.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire type des entretiens

Grilles d'entretiens

Je me présente je suis Jennifer Bada, stagiaire à l'URPS Kiné Ile de France dans le cadre de mon master 1 en Santé Publique. Ma mission est de travailler sur la future mise en place du service sanitaire pour les étudiants kinés à la rentrée 2018/2019. Dans ce cadre, je réalise une revue de la littérature pour faire un état des lieux des programmes de prévention, de promotion de la santé déjà existants et réalisés par des kinésithérapeutes diplômés ou des étudiants kinés et applicables dans le service sanitaire.

Étant un acteur impliqué dans sa mise en place, je me permets de vous interroger afin d'avoir une vision plus précise du service sanitaire, de sa mise en place et réalisation pour les étudiants en kinésithérapie ainsi que les programmes de prévention, promotion de la santé qui vous semblent adaptés.

L'entretien sera enregistré et si vous le souhaitez, je pourrais vous remettre l'enregistrement une fois celui-ci retranscrit.

La durée de l'entretien est d'environ 45 minutes.

Les thématiques :

- **Les connaissances générales sur le service sanitaire**
- **Les attentes des acteurs sur le service sanitaire**
- **La communication sur le service sanitaire**
- **La construction, la réalisation l'évaluation des programmes de prévention et promotion de la santé**

1. Les connaissances générales sur le service sanitaire

Question 1: Avez-vous entendu parler du service sanitaire?

Oui: Par qui:

Non:

Question 2: Comment définiriez-vous le service sanitaire ? (Donner des mots clés)

Question 3: Selon vous, les objectifs du service sanitaire vous semblent ils pertinents par rapport à la Stratégie Nationale de Santé et au Projet Régional de Santé?

Oui:

Pourquoi:

- Adapté
- Applicable
- Utile
- Efficace
- Pertinent

Non:

Pourquoi:

- Inadapté
- Inutile
- Inefficace
- Non justifié
- Non pertinent
- Inapplicable

Question 4: Selon vous, les thèmes prioritaires définis par le rapport Vaillant pour la rentrée 2018/2019 vous semblent ils pertinents ?

Oui:

Pourquoi:

- Vrais problèmes de santé publique
- Actions possibles par des étudiants kinés
- Possibilités d'actions efficaces

Non:

Pourquoi:

- Ne sont pas des problèmes de santé publics
- Sont trop généralistes
- Ne sont pas des thèmes adaptés pour les kinés
- Il n'est pas possible de réaliser des actions de prévention, promotion de la santé

Question 5: Selon vous, quelles sont les populations qui doivent être concernées par ces programmes de prévention, promotion de la santé?

- Les jeunes

- Les personnes âgées
- Les chômeurs
- Les personnes salariées
- Les personnes incarcérées
- Les personnes en situation irrégulière
- Tout le monde
- Autre :

Question 6: Selon vous, quels sont les terrains de stage adaptés pour la réalisation du service sanitaire?

- Les écoles, collèges, lycées
- Les centres de loisirs
- Les universités
- Les maisons de retraite, EHPAD
- Les entreprises
- Les prisons
- Autre:

Question 7: Selon vous, quels sont les acteurs indispensables à la mise en place et réalisation du service sanitaire pour les étudiants en kinésithérapie?

- L'ARS
- Les kinésithérapeutes diplômés
- Les directeurs des lieux de stage
- Les directeurs d'écoles de kinés
- Les syndicats d'étudiants (FNEK)
- Les étudiants eux-mêmes
- Les URPS
- Les conseils régionaux
- Les conseils départementaux
- Les communes
- Autre :

Question 8: Parmi les acteurs que vous m'avez cité, avec lesquels êtes- vous en lien sur ce sujet?

Oui:

Depuis combien de temps?

Non:

Pourquoi:

- Pas le temps
- Pas nécessaire
- Pas utile
- Autre:

Question 9: Les URPS vous paraissent-ils des acteurs à solliciter?

Oui:

Dans quel but:

- Mise en place pratique des projets sur le terrain
- Force de propositions de projets déjà existants ou futurs
- Aide à trouver des terrains de stage
- Mise en relation avec des kinés diplômés qui pratiquent des actes de prévention, promotion de la santé
- Relais auprès de l'ARS ou d'autres instances

Non:

Pourquoi:

- Pas pertinent
- Pas utile
- Pas majeur

2. Les attentes des acteurs sur le service sanitaire

Question 1: Qu'attendez-vous du service sanitaire de façon générale?

Question 2: Vous semble-t-il réalisable dans le calendrier fixé par le gouvernement?

Oui: Pourquoi :

Non: Pourquoi :

Question 3: Qu'est-ce que vous attendez du service sanitaire pour la population ciblée?

- Développement des connaissances en santé
- Amélioration de l'état de santé
- Diminution des comportements à risque
- Développement des compétences psychosociales
- Autre :

Question 4: Selon vous, cela est-il bénéfique pour la population ciblée?

Oui:

Pourquoi:

- Utile
- Probablement efficace
- Efficace car peut éviter des problèmes de santé plus tard
- Peut réduire les inégalités sociales en terme de santé
- Autre:

Non:

Pourquoi:

- Pas utile
- Pas pertinent
- Pas efficace
- Pas efficient

Question 5: Y a-t-il selon vous des bénéfices pour les étudiants kinés?

Oui:

Pourquoi:

- Acquisition de nouvelles connaissances
- Acquisition de nouvelles compétences
- Développement de l'outil communicationnel auprès de ce type de population
- Valorisation des compétences du kiné

• Autre:

Non:

Pourquoi:

- Ne fais pas partie des prérogatives prioritaires du kiné
- N'apporte pas de plus-value reconnue par l'université
- Cela se fait au détriment d'un autre stage plus utile dans la future pratique professionnelle
- Va surcharger le programme d'étude déjà chargé des étudiants

3. La communication sur le service sanitaire

Question 1: Avez- vous prévu de réaliser des campagnes d'information auprès des étudiants kinés?

Oui: Pourquoi:

Comment:

- Affiche dans les écoles
- Campagnes d'informations sur le net, sur le site de l'ARS, le site de l'URPS, facebook, twitter
- Campagnes d'informations par la FNEK, flyers
- Autre:

Non: Pourquoi:

4. La construction de programmes de prévention, promotion de la santé

Question 1 : Selon vous, une modification des programmes théoriques dispensés dans les IFMK doit-elle être envisagée?

Oui:

Pourquoi:

- Prévention, promotion de la santé pas au programme des étudiants kinés
- Pas de connaissances pratiques en animation de programmes de prévention, promotion de la santé
- Autre:

Non:

Pourquoi:

- Les UE sont déjà existantes

- Pas le temps de modifier une partie des enseignements
- Pas de professeurs pour faire les cours théoriques appropriés
- Autre:

Question 2: Selon vous, existe-t-il déjà des programmes de prévention, promotion de la santé qui peuvent être utilisés dans le service sanitaire?

Oui: Non :

Lesquels:

- Bouge ton EHPAD
- MtonDos
- Programme Equilibre Age en Bretagne par Kiné Ouest Prévention
- Programme d'Angers
- Kino-Québec

Question 3: Comptez-vous valoriser, utiliser des programmes existants ou en créer d'autres?

Oui: Pourquoi:

Non: Pourquoi:

Question 4: Avez-vous des craintes quant à sa mise en place?

Oui :

Pourquoi:

- Manque de temps
- Manque d'organisation
- Etudiants pas formés
- Pas assez de terrain de stage
- Inutilité des actions de prévention, promotion de la santé réalisée
- Autre:

Non :

Pourquoi:

- Bien conçu
- Applicable tout de suite
- Autre :

Résumé en français et en anglais

Le service sanitaire est un dispositif visant à faire réaliser des actions de prévention primaire portant sur la promotion de comportements favorables à la santé par des étudiants en santé dont les étudiants en kinésithérapie.

C'est dans ce contexte, que nous avons réalisé une revue de la littérature dont l'objectif était de faire l'état des lieux des programmes d'actions de prévention réalisés par des kinésithérapeutes ou des étudiants kinés et pouvant servir de base de réflexion pour le service sanitaire. En parallèle, 4 entretiens semi-directifs ont été menés afin de mieux cerner le service sanitaire, les attentes des acteurs impliqués dans sa mise en place ainsi que le rôle de l'URPS Kiné Ile de France dans ce dispositif.

Au total, 14 articles ont été analysés et ils soulignent que la majorité des études ont lieu aux USA ou en Europe et qu'elles concernent les personnes âgées, les salariés et les jeunes. Elles promeuvent la réalisation de programmes d'exercices physiques. La plupart des études ont une évaluation positive dont le seul bémol est le taux de participation au programme qui reste faible avec majoritairement des femmes. Quant aux entretiens, il souligne l'intérêt du service sanitaire pour les étudiants et les populations ciblées malgré les craintes sur l'intégration de celui-ci dans les programmes d'études ainsi que les barrières aux changements de comportements en santé et la question de l'efficacité du service sanitaire.

Dans l'ensemble, ce nouveau dispositif semble positif et utile pour toutes les parties mais la question de son efficacité est à voir. Les 14 programmes d'actions de prévention sont utiles et pertinents pour aider les IFMK et les étudiants à construire leur protocole d'actions. Le rôle de l'URPS Kiné Ile de France semblerait être celui d'un intermédiaire entre les différents acteurs concernés mais les contours restent à définir.

Mots clés : service sanitaire, prévention primaire, promotion de la santé, étudiants en kinésithérapie, masseur-kinésithérapeute, programmes de prévention.

The health service is a device aimed at carrying out primary prevention actions aimed at promoting healthy behaviors by health students, including students in physiotherapy.

It is in this context, that we realized a review of the literature whose objective was to make the inventory of the programs of actions of prevention carried out by physiotherapists or physiotherapists students and being able to serve as a base of reflection for the health service. At the same time, 4 semi-structured interviews were conducted to better understand the health service, the expectations of the stakeholders involved in its implementation and the role of URPS Kiné Ile de France in this system.

A total of 14 articles were analyzed and they point out that the majority of the studies take place in the USA or in Europe and that they concern the elderly, employees and young people. They promote the realization of physical exercise programs. Most of the studies have a positive evaluation, the only downside of which is the rate of participation in the program which remains low with mostly women. As for the interviews, he underlines the interest of the health service for students and targeted populations, despite the fears about the integration of this service into the study programs as well as the barriers to changes in health behavior and the question of the efficiency of the health service.

Overall, this new device seems positive and useful for all parties but the question of its effectiveness is to be seen. The 14 prevention action programs are useful and relevant to help IFMK and students build

their protocol of action. The role of URPS Kiné Ile de France seems to be that of an intermediary between the various actors concerned but contours remain to be defined.




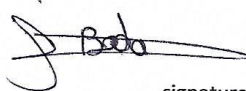
Keywords: health service, primary prevention, health promotion, physiotherapist student, physiotherapist, prevention program.

FICHE D'AUTORISATION D'UTILISATION DU MEMOIRE
à joindre au mémoire de stage dûment complété et signé

Diplôme : Master 1 Sciences, Technologies, Santé : mention Santé Publique

Année universitaire 2017/2018

Titre du mémoire : Mise en place du service sanitaire pour les
étudiants en Kinésithérapie en France pour 2018/2019 :
Revue de la littérature et étude qualitative

Le maître de stage (NOM, Prénom) TOURJANSKY, Yvan	
J'autorise l'utilisation de ce travail universitaire à des fins pédagogiques oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	En cas de sélection par le jury de soutenance de ce travail universitaire parmi les « meilleurs mémoires de la promotion », j'en autorise la diffusion en ligne oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
 signature	 signature
L'étudiant(e) (NOM, Prénom) BADA, Jennifer	
J'autorise l'utilisation de ce travail universitaire à des fins pédagogiques oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	En cas de sélection par le jury de soutenance de ce travail universitaire parmi les « meilleurs mémoires de la promotion », j'en autorise la diffusion en ligne oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
 signature	 signature

Appréciation du jury concernant le mémoire :

Fond

Forme

A - excellent

B - bon

C - satisfaisant

D - insuffisant

