

LA KINESITHERAPIE L'HISTOIRE D'UN CORPS QUI SE TRACE A L'ENCRE ET A L'ECRAN

La masso-kinésithérapie est un métier manuel, paramédical, où le thérapeute est auprès de son patient et travaille avec lui, afin de lui rendre son autonomie. Étymologiquement, kinésithérapie provient de kinêsis³², qui signifie mouvement en grec, et thérapie qui vient du grec therapévô qui signifie soigner, traiter. La masso-kinésithérapie est donc la thérapie par la gestuelle humaine. Le masseur-kinésithérapeute doit restaurer la gestuelle, l'entretenir, ou l'adapter. Masseur-kinésithérapeute est une dénomination française, la plupart des pays utilisent le terme de physiothérapeute. La première guerre mondiale est une période d'institutionnalisation fondatrice³³ pour la physiothérapie et la reconnaissance de son efficacité, en France et dans le reste de l'Europe. La physiothérapie³⁴ est l'art de soigner sans médicaments, en utilisant des agents physiques ou naturels. La physiothérapie et la masso-kinésithérapie prennent leurs origines dans la gymnastique suédoise de Pehr Henrik Ling et différentes techniques d'agents physiques, comme l'électrothérapie ou la mécanothérapie. Presque tous les auteurs travaillant sur l'histoire de la physiothérapie ou de la kinésithérapie, Sudmann³⁵ pour les Norvégiens, Raposo Vidal et Fernández Cervantes et Martínez Rodríguez et Sáez Gómez et Chouza Insua et Barcia Seoane pour les Espagnols, Gwyneth³⁶ pour les Anglais et Rémondrière pour les Français, travaillant sur l'histoire de la physiothérapie ou la masso-kinésithérapie, reconnaissent Pehr Henrik Ling comme l'un des pères fondateurs de la thérapie par le

³² Reychler, G., Roeseler, J. et Delguste, P. (2014). *Kinésithérapie respiratoire* (3ème édition). Issy-les Moulinaux : Elsevier-Masson.

³³ Savoye, A. (2003). Op. cit.

³⁴ Raposo Vidal, I., Fernández Cervantes, R., Martínez Rodríguez, A., Sáez Gómez, J.M., Chouza Insua, M. et Barcia Seoane, M. (2001). La fisioterapia en España durante los siglos XIX y XX hasta la integración en escuelas universitarias de fisioterapia. *Fisioterapia*, 23(4), 206-217.

³⁵ Sudmann, T.T. (Juillet 2008). *(En) gendering body politics: Physiotherapy as a window on health and illness*. Thèse de philosophie. Université Bergensis, Norvège.

³⁶ Gwyneth, O. (2014). *Becoming a practice profession: a genealogy of physiotherapy's moving/touching practices*. Thèse of social sciences. Université Cardiff, Pays de Galle.

mouvement, qui va ensuite s'étendre à l'utilisation de techniques qui constitueront la physiothérapie. La principale différence entre les deux terminologies, masseur-kinésithérapeute et physiothérapeute, résulte de l'importance donnée à la technique du massage. Alors que la France a préféré associer le terme de massage à la kinésithérapie, d'autres pays ont décidé de le considérer comme une technique de physiothérapie, au même titre que l'électrothérapie et l'hydrothérapie et d'adopter le terme de physiothérapie. L'Espagne, par exemple, a créé le diplôme de physiothérapie, en 1980, par un décret royal et la formation est délivrée à l'Université. Auparavant, les praticiens étaient des assistants en physiothérapie.

Les historiens français de la masso-kinésithérapie sont, soit des masseurs-kinésithérapeutes comme Rémondière³⁷, Monet³⁸ et Macron³⁹, soit des médecins comme Estradère⁴⁰. Ils ont axé leurs travaux sur les origines de la kinésithérapie et sa scission avec la médecine, sur l'histoire du massage et sur l'évolution juridique de la profession. Ils n'ont pas ou très peu abordé le thème du genre des premiers assistants qui ont pratiqué la physiothérapie.

Un courant de recherche anglo-saxon met, pour sa part, l'accent sur le fait que la physiothérapie est, historiquement⁴¹ une profession féminine et que cela a eu une influence sur les rapports avec le corps médical⁴² de sexe plutôt masculin. Hammond⁴³ a travaillé sur l'impact du genre dans la construction de l'identité professionnelle, pendant la deuxième année d'étude de physiothérapie, dans une université en Angleterre. Les médias véhiculent une image plutôt sportive et masculine du physiothérapeute, qui fait fi de la présence de femmes physiothérapeutes. Cette recherche montre qu'il y a un impact non négligeable de

³⁷ Rémondière, R. (1996). Le geste et la plume, histoire d'une professionnalisation en devenir : les masseurs kinésithérapeutes dans la France d'hier et d'aujourd'hui (1790-1990). Villeneuve d'Ascq : Septentrion.

³⁸ Monet, J. (2004). Une spécialité médicale impossible construction et disqualification de la kinésithérapie. *Regards sociologiques* (29), 115-130.

³⁹ Macron, A. (2015). L'exercice de la masso-kinésithérapie depuis la loi du 30 avril 1946: étude historique et juridique sur l'organisation de la profession et ses conditions d'exercice. Thèse en droit privé, Université de Montpellier.

⁴⁰ Estradère, J. (1863). *Du Massage, son historique, ses manipulations, ses effets physiologiques et thérapeutiques*. Paris : Delahaye.

⁴¹ Hammond, J.A. (2013). *Doing Gender in Physiotherapy Education : A critical pedagogic approach to understanding how students construct gender identities in an undergraduate physiotherapy programme in the United Kingdom*. Thèse en Education, Université de Roehampton, Angleterre.

⁴² Ottosson, A. (2015). One history or many herstories? Gender politics and the history of physiotherapy's origins in the nineteenth and early twentieth century. *Women's History Review*. doi:10.1080/09612025.2015.1071581

⁴³ Hammond, J.A. (2013). Op. cit.

la question du genre dans la construction identitaire des étudiants physiothérapeutes. Même si cette question est souvent éludée par les étudiants, Hammond a pu observer les répercussions dans leurs relations à l'université ou dans les milieux cliniques

Cette thèse de l'influence du genre sur l'évolution de la physiothérapie est reprise par d'autres chercheurs comme Ottosson. Ses travaux confirment que l'histoire de la physiothérapie prend naissance avec la mécanothérapie et la gymnastique de Ling, et que ces premiers physiothérapeutes ont enseigné aux médecins. Il explique que:

« La difficulté à voir l'histoire de la physiothérapie provient, je crois, du fait que ces histoires écrites dans une perspective féministe corroborent si bien notre compréhension de l'histoire de la médecine professionnelle et ses domaines de connaissances connexes. Tout d'abord, la perspective féministe de la physiothérapie en tant que secteur semi-qualifié correspond bien à la grande histoire du monopole de la profession médicale et de l'évolution intellectuelle de la science. Deuxièmement, il convient aussi parfaitement avec l'histoire tout aussi convaincante de médecins de sexe masculin supplantant les connaissances et le travail médical des femmes⁴⁴».

(Traduction personnelle)

Les femmes ont investi le massage et les techniques de physiothérapie parce que ces pratiques étaient, du point de vue de la société, reconnues comme respectables. Mais cette « dé-masculinisation » a eu un impact négatif sur le métier de physiothérapeute et son développement, car ces femmes travaillaient avec des médecins, qui eux, étaient des hommes.

⁴⁴ “The difficulty involved in seeing physiotherapy’s *history* is, I believe, due to the fact that its consensus *herstories* corroborates so well with our understanding of the *history* of professional medicine and its allied fields of knowledge. Firstly, the *herstories* of physiotherapy as a semi-skilled servicing sector align well with the grand *history* of the medical profession’s monopoly over, and intellectual developments in science. Secondly, it also fits in snugly with the equally convincing *history* of male physicians suppressing women’s medical or scientific knowledge and work” Ottosson, A. (2015). One history or many herstories? Gender politics and the history of physiotherapy’s origins in the nineteenth and early twentieth century. *Women’s History Review*. doi:10.1080/09612025.2015.1071581

Au Canada, Prudhomme⁴⁵ a effectué une recherche doctorale en histoire : *Pratiques cliniques, aspirations professionnelles et politiques de la santé. Histoire des professions paramédicales au Québec, 1940-2005*. Il a travaillé sur l'évolution de différentes professions paramédicales, y compris la physiothérapie, dont la formation est universitaire dans son pays. Il met en évidence l'utilisation du « diagnostic⁴⁶ élargi », par ces professionnels et l'amélioration progressive de leur statut et de leur autonomie.

Après un premier repérage concernant le devenir international de la physiothérapie, je vais approfondir l'histoire des masseurs-kinésithérapeutes, spécialité française, afin de mieux comprendre son évolution.

1.1. Les masseurs-kinésithérapeutes: une prophétie initiale en remaniement

Il est difficile de retracer l'histoire de la masso-kinésithérapie française, sans la remettre dans le contexte du monde de la santé. La création du diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute date de 1946. Voilà 70 ans que cette profession a vu le jour juridiquement. C'est donc une profession assez récente qui prend ses sources dans des techniques assez populaires comme le massage, la gymnastique et les bains.

1.1.1. Les racines

L'histoire de la masso-kinésithérapie est complexe. Elle prend ses origines dans le massage, la balnéothérapie ainsi que la gymnastique avec les mobilisations articulaires.

Le massage, étymologiquement, du grec « massein », de l'hébreu « mashen » et de l'Arabe « mass », signifie presser légèrement. Cette technique est une des plus vieilles thérapies populaires. Elle était très répandue en Grèce et dans la Rome antique. En Occident, pendant de longs siècles la pratique des massages et des exercices physiques est tombée dans l'oubli. C'est Ambroise Paré, père de la chirurgie, qui va réutiliser ces

⁴⁵ Prud'homme, J. (2007). *Pratiques cliniques, aspirations professionnelles et politiques de la santé : histoire des professions paramédicales au Québec, 1940-2005*. Thèse en histoire, Université du Québec à Montréal. Canada.

⁴⁶ Le diagnostic est une démarche, un raisonnement par lequel un spécialiste évalue le patient et propose un traitement ou des objectifs de soin.

techniques en médecine vers la fin de la Renaissance. Les bains, eux aussi pratiqués chez les Grecs et les Romains pour leurs vertus curatives, sont redécouverts au XVIII^e siècle par les armées françaises. Dans la haute antiquité grecque, Hérédicos de Sélymbre⁴⁷ a utilisé les exercices physiques comme moyen thérapeutique, après en avoir expérimenté les bienfaits sur lui-même suite à une infirmité.

Le massage et les mobilisations des articulations étaient des techniques populaires utilisées par des « rebouteux », en France, dès le Moyen Âge. Puis le massage avec des onguents a été utilisé dans des endroits liés à la prostitution. Ces techniques ont été remarquées par les médecins qui devant certains résultats ont commencé à les utiliser et à les soumettre à des recherches cliniques. Elles ont ensuite permis de produire des thérapies plus codifiées et de former des thérapeutes spécialisés se regroupant en professions paramédicales.

Ces techniques sont des pratiques très répandues dans les campagnes françaises des XVII^e-XVIII^e et XIX^e siècles, mais sans théorisation, et avec peu d'écrits sur ces sujets⁴⁸. Ceux qui les pratiquaient n'écrivaient pas, soit par analphabétisme, soit par manque de théorie ou pour éviter toute publicité pouvant créer des problèmes avec la loi ou les médecins. Le savoir était transmis oralement, sans support écrit, et obtint la faveur du public, alors qu'il était décrié par les médecins. C'est d'ailleurs en raison de cette non-scientificité que les médecins les dénigraient. Les seuls écrits sur ces techniques émanent du corps médical et de certains textes juridiques.

En 1643, la faculté de médecine de Paris reconnaît les étuvistes (ancêtres des balnéothérapeutes) ; en 1789 les infirmières, issus des ordres religieux, existent déjà mais n'ont pas de formation définie⁴⁹.

⁴⁷ Comon, J. (1997). La profession des masseurs kinésithérapeutes de la nuit des temps à nos jours. *Cahiers de kinésithérapie*, 186(4), p.37.

⁴⁸ Remondière, R. (1996). Op. cit.

⁴⁹ Pierre-Jeanguiot, N. (2006). Des pratiques soignantes aux sciences infirmières. *Recherche en soins infirmiers* (87), 75-135.

1.1.2. Les prémices d'une profession

Au début du XIX^e⁵⁰ siècle, les médecins n'ont pas pléthore de traitements à proposer aux malades et devant les effets positifs du massage, de la gymnastique et de la balnéothérapie, ils prennent conscience de leur efficacité et décident d'utiliser ces techniques empiriques.

La gymnastique jusqu'alors très fortement en lien avec le monde militaire, s'autonomise. En 1840, les sociétés de gymnastique se développent et cette technique entre, en 1845, à l'hôpital de Strasbourg, puis à l'hôpital de Paris en 1847 grâce à Heiser puis Laisne⁵¹, tous deux professeurs de gymnastique. La balnéothérapie commence à être utilisée dans les hôpitaux, mais les avis médicaux divergent sur la température optimale de l'eau ainsi que sur les produits à ajouter dans l'eau, en fonction des bienfaits attendus.

Le massage est alors une technique employée souvent avec des onguents, fabriqués à l'aide de plantes, et utilisés par les rebouteux ou par les femmes dans les milieux de la prostitution.

1.1.2.1. La massothérapie

En 1818, Piorry⁵², médecin Français, conduit les premières recherches sur les effets physiologiques du massage. Piorry utilise le terme de « massement » pour désigner le massage et le terme « kinésithérapie » est utilisé dans le titre d'un ouvrage médical en 1847⁵³ : *Kinésithérapie ou traitement des maladies par le mouvement selon la méthode Ling*. Cet ouvrage fait référence à Ling qui est le fondateur de l'école suédoise basée sur la gymnastique et le massage. Le terme « kinésithérapie » d'usage purement médical existe donc déjà cent ans avant la profession et est associé au massage. Les médecins, en

⁵⁰ Remondière, R. (1994). L'institution de la kinésithérapie en France (1840-1846). *Cahiers du Centre de Recherches Historiques*, 12. 174-185.

⁵¹ Monet, J. (Juin 2003). *Emergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIXème et au début du XXème siècle : une spécialité médicale impossible*. Thèse en sociologie, Université de Paris 1-Panthéon-Sorbonne.

⁵² Remondière, R. (1996). Op. cit.

⁵³ Ibid.

attribuant ces termes « plus scientifiques », s'approprient ces techniques sur lesquelles ils vont mener des recherches.

Le Docteur Estradere, dans sa thèse de médecine, en 1863⁵⁴ : *Du Massage, son historique, ses manipulations, ses effets physiologiques et thérapeutiques*, classe le massage en deux catégories différentes. La première est le « massage hygiénique » qui est censé améliorer, ou entretenir la santé et qui s'adresse au corps en bonne santé. Ce massage doit être effectué par des masseurs professionnels. Le deuxième massage est le « massage thérapeutique » qui demande la présence d'un médecin qui s'adresse aux personnes malades, l'objectif étant curatif. Les médecins commencent à utiliser cette technique populaire, ils étudient ses effets, la classifient, mènent des recherches, des expérimentations et vont même en modifier le vocabulaire. On voit, ici, une médicalisation du massage, qui va être nommé « massothérapie », notamment par le Docteur Dujardin-Beaumetz⁵⁵, membre de l'Académie de médecine, en 1886.

Lucas-Championnière⁵⁶ publie en 1889 : *Le massage et la mobilisation dans le traitement des fractures*. Castex⁵⁷ écrit en 1891 une *Etude clinique et expérimentale sur le massage* ou il évoque le « diagnostic massothérapeutique ». Les médecins veulent que le massage devienne un acte médical, ils créent donc des écoles de massage. La première est ouverte par le Docteur Archambaud⁵⁸ en 1895. Les médecins et les étudiants en médecine étudient « l'orthopédie manuelle », qui regroupe du massage et du « reboutement médicalisé ». Ces formations sont aussi suivies par des étudiants non médecins. L'examen d'entrée porte sur des notions d'hygiène et d'anatomie. Cette école payante délivre un certificat qui atteste des capacités des étudiants à soigner par le massage, sur prescription médicale uniquement. Le certificat est un document écrit, une preuve de compétence qui contraste avec les pratiques antérieures plus ou moins clandestines. La délivrance de ce certificat a pour objectif d'assujettir la pratique du massage thérapeutique à une commande médicale. Cela assure au corps médical un pouvoir sur ces masseurs, car les médecins forment ces praticiens.

⁵⁴ Estradere, J. (1863). Op. cit.

⁵⁵ Monet, J. (2006). Construction historique d'une spécialisation médicale impossible : la kinésithérapie. *Kinésithérapie scientifique* (462).

⁵⁶ Lucas-Championnière, J. (1889). Le massage et la mobilisation dans le traitement des fractures. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*. 641-648.

⁵⁷ Castex, A. (1891). Etude clinique et expérimentale sur le massage. *Archives générales de médecine*, 27, 278-302.

⁵⁸ Monet, J. (Juin 2003). Op. cit.

Ces techniques d'origine populaire deviennent ainsi des techniques utilisées par les médecins qui veulent en avoir l'exclusivité. A la fin du XIX^{ème} siècle, il existe deux catégories de médecins⁵⁹, les « officiers de santé » et les « docteurs », qui ont comme prérogative la chirurgie. Les officiers de santé apprennent dans des « petites écoles⁶⁰ ». Ils doivent, pour exercer dans un département, être reçus par des jurys médicaux du même département.

Tous deux détiennent un diplôme universitaire, mais seuls les docteurs ont suivi un cursus de médecine complet. « Dans les campagnes, les guérisseurs et les religieuses concurrencent les officiers de santé⁶¹ » qui ont du mal à vivre. En 1892, une loi sur l'organisation médicale est votée le 30 novembre, cette loi stipule que « Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est pas muni d'un diplôme de docteur en médecine, délivré par un gouvernement français à la suite d'examens subis dans un établissement supérieur d'état⁶² ». Elle renforce la répression de l'exercice illégal de la médecine et réorganise cette profession en harmonisant ses pratiques. Les médecins gardent ainsi le monopole légal des techniques de soins.

1.1.2.2. La gymnastique, la physiologie et la kinésithérapie

Durant le XIX^{ème} siècle⁶³, la gymnastique est très prisée pour sa fonction hygiénique, elle sera ensuite utilisée comme moyen thérapeutique et va se développer en ville aussi bien dans des gymnases que grâce aux médecins et chirurgiens dans le domaine du traitement en orthopédie. Le 3 février 1869, Victor Duruy, ministre de l'instruction publique, signe un décret qui rend obligatoire la gymnastique « dans les écoles primaires de garçons, les lycées impériaux, les collèges communaux et les écoles normales primaires⁶⁴ ». La gymnastique devient une discipline scolaire d'enseignement obligatoire dans le secondaire. Les médecins la promeuvent à des fins thérapeutiques, ils veulent

⁵⁹ Launois, R.J. (1985). La médecine libérale a-t-elle jamais existé ? *Politiques et Management Public*, 3(4), p.90.

⁶⁰ Vidal, F. (1995). Les « Petites écoles » de médecine au XX^e siècle. *Actes. Société française d'histoire de l'art dentaire*. 22-25.

⁶¹ Launois, R.J. (1985). Op. cit. p.90.

⁶² Ibid., p.91.

⁶³ Monet, J. (2006). Op. cit.

⁶⁴ Gleyse, J. (2005). Quelques croyances en éducation physique au XX^e siècle, en France. Dans Gleyse, J. (dir.) *Éducation physique XX^e siècle Approches historique et culturelle*. Paris : Vigot, p.185.

s'assurer l'exclusivité de ces techniques au niveau thérapeutique et construisent une théorie autour de cette pratique. Le gymnaste Napoléon Laisne est sollicité par les médecins de l'hôpital des Enfants (Trousseau) à Paris, pour organiser les leçons de gymnastique pour les enfants hospitalisés. Les résultats obtenus étant plutôt positifs, l'utilisation de la gymnastique s'est étendue. Laisne⁶⁵ écrit et utilise le terme de kinésithérapie, terme qui désigne alors la « guérison par le mouvement ».

Le Docteur Kirmisson⁶⁶, chirurgien, prend position pour cette gymnastique, dès 1890, et la transforme en « gymnastique orthopédique ». Il se crée une différenciation entre la gymnastique militaire ou celle pratiquée par les civils et la gymnastique thérapeutique qui est moins brutale et nécessite « une prise de conscience des attitudes⁶⁷ ». On ne demande plus seulement au malade d'exécuter un mouvement, mais de réfléchir à ce qu'il fait et à ce qui se passe dans son corps. Cette gymnastique thérapeutique est utilisée dans le traitement de pathologies neurologiques.

Durant cette même période, la balnéothérapie et l'électrothérapie⁶⁸ prennent aussi de l'importance dans les traitements des pathologies. Charcot, à la Salpêtrière, ouvre un service d'hydrothérapie, où il associe massages et mobilisations dans le traitement de maladies neurologiques. Duchenne de Boulogne développe le traitement par électrothérapie qui devient un élément de diagnostic et de thérapie. La société d'électrothérapie voit le jour en 1889.

Toutes ces thérapies, non médicamenteuses, utilisent des agents physiques, eau, électricité, mouvements. Ces traitements demandent la présence d'un praticien pour effectuer les manipulations des instruments ou donner les conseils. On assiste alors à une lutte d'influence pour faire entrer ces techniques dans le cursus de formation universitaire des médecins. Les médecins, qui croient en certaines de ces thérapies, s'organisent en sociétés dites savantes, pour faire des recherches et prouver le bienfait de ces techniques. La physiothérapie prend de l'importance et ses partisans veulent l'imposer, mais les tensions existent entre les médecins de ville et les hospitaliers ainsi que les universitaires.

⁶⁵ Monet, J. (2006). Op. cit.

⁶⁶ Monet, J. (Juin 2003). Op. cit.

⁶⁷ Monet, J. (2006). Op. cit.

⁶⁸ Monet, J. (2004). Op. cit.

Le terme de kinésithérapie crée polémique, certains professeurs de l'Université de Médecine de Paris préfèrent utiliser le terme de « cinésithérapie ». Monet⁶⁹ souligne l'attribution par les praticiens du terme de kinésithérapie et celle de cinésithérapie par le monde dit savant. Le Docteur Stapfer⁷⁰ est l'auteur en 1899 d'un ouvrage intitulé : *La kinésithérapie gynécologique : traitement des maladies des femmes par le massage et la gymnastique (système de Brandt)*. Pour lui, la kinésithérapie est une technique thérapeutique, donc à visée de soins, qui associe massage et gymnastique. Ce terme de kinésithérapie est tour à tour accepté puis contesté. L'existence de ces débats montre bien que ces pratiques comportent des enjeux pour la profession médicale. Cependant cette institutionnalisation polémique au sein de la médecine et du monde universitaire ne va pas aboutir à l'intégration de la kinésithérapie comme spécialité médicale malgré certaines tentatives assez avancées.

En janvier 1900, à Paris, la première « Société de kinésithérapie » est fondée par des médecins. L'objectif de cette société est : « de grouper les médecins s'occupant de gymnastique médicale et de massage, de recueillir les observations et les expériences se rapportant à cette branche de la médecine, mais aussi, d'examiner et d'étudier les questions déontologiques et professionnelles intéressant cette spécialité⁷¹ ». Elle est composée d'une vingtaine de médecins, de spécialités différentes, dont une femme, et des membres correspondants internationaux. La première séance de la Société de kinésithérapie est présidée par le docteur Lucas-Championnière, chirurgien, celui-là même qui promeut le massage dans le traitement des fractures. La Société de kinésithérapie veut « amener le monde médical à des pratiques autrefois empiriques et à les faire passer dans le domaine scientifique⁷² ». Cette société va demander la création d'une « chaire spécialisée de kinésithérapie ». L'Université ne répond pas à cette attente, d'autant plus que la Société de kinésithérapie demande aussi qu'une formation complémentaire pour des aides soit validée par un diplôme d'aide masseur. Pour Monet⁷³ « cette division du travail médical va être au centre de débats et de conflits sur la pratique du massage et de l'application des agents physiques ». Il existe des masseurs et des écoles de massages qui refusent le monopole

⁶⁹ Monet, J. (Juin 2003). Op. cit.

⁷⁰ Stapfer, H. (1899). *La kinésithérapie gynécologique : traitement des maladies des femmes par le massage et la gymnastique (système de Brandt)*. Paris : Masson et Cie.

⁷¹ Monet, J. (2009). Naissance de la kinésithérapie. *Rhumatologie pratique* (266).

⁷² Société de Kinésithérapie (1901). Compte rendu annuel du 25 janvier 1901. *Revue de Cinésie*.

⁷³ Monet, J. (2004). Op. cit. p.124.

médical. Les conflits, à l'intérieur du corps médical et avec des profanes qui ont recours à ces techniques, ne favorisent pas la vision de la kinésithérapie portée par la Société de kinésithérapie (S.D.K). La S.D.K s'allie alors avec la Société d'électrothérapie qui est mieux structurée.

Le premier « Congrès International de Physiothérapie » a lieu en Belgique, en 1905. Ce congrès présente les différentes thérapies physiologiques, dont le massage, la mécanothérapie et l'hydrothérapie. Les problèmes soulevés sont la formation, l'exercice illégal du massage, de la gymnastique et l'existence d'aide au massage diplômé. La question ne concerne plus exclusivement la kinésithérapie, mais la physiothérapie dans son ensemble. Enfin, en 1907, l'Université entrouvre la porte à la physiothérapie. Le Professeur Louis Landouzy, organise des conférences à la faculté sur la physiothérapie et les Professeurs Raymond et Gilbert⁷⁴ permettent à des physiothérapeutes de faire des interventions dans leurs cours.

Cependant, sans véritable formation universitaire, ni reconnaissance, les promoteurs de la kinésithérapie ont de moins en moins d'influence. D'ailleurs, le 5eme Congrès de Physiothérapie des médecins de langue française⁷⁵ de 1914, porte sur la diététique et l'hygiène alimentaire. La kinésithérapie aurait pu être une spécialité médicale, mais ne parvient pas à faire l'unanimité au sein de ce corps professionnel.

1.1.3. Un corps qui se répare, un corps professionnel qui se prépare.

La guerre de 1914-1918 produit de nouveaux types de blessures, les atteintes des membres touchent plus de 60% des blessés. Les armes telles que les mitrailleuses⁷⁶, et les projectiles comme les obus et les grenades provoquent des dégâts considérables qui engendrent des polyblessés. Ces mutilés sont pris en charge. Sur les champs de batailles, on manque de soldats, il faut remettre sur pieds les blessés pour les renvoyer aux fronts. Les services de santé doivent s'adapter à ce nombre important de blessés et à ce type de mutilation. Dès 1914, sont créés des services centraux de physiothérapie avec un

⁷⁴ Monet, J. (Juin 2003). Op. cit.

⁷⁵ Ibid.

⁷⁶ Chauvin, F., Fischer, L-P., Ferrandis, J-J., Chauvin, E. et Gunepin, F-X. (2002). L'évolution de la chirurgie des plaies de guerre des membres en 1914-1918. *Histoire des sciences médicales*, 36(2), 157-173.

développement de plus en plus important de la mécanothérapie. L'immobilisation, suite aux opérations chirurgicales, a des effets délétères sur les soldats, il faut donc les mobiliser⁷⁷. Les hôpitaux et autres centres de soins sont débordés, ils manquent de main-d'œuvre.

Les hôpitaux recrutent, même des soldats blessés devenus inaptes à repartir sur le front, tout le monde est formé « sur le tas ». Les appareils de rééducation prennent une place importante et la « mécanothérapie des bouts de ficelles⁷⁸ » se développe, aujourd'hui plutôt appelée « pouliothérapie ». Cette mécanothérapie est définie comme « l'application à la thérapeutique et à l'hygiène de certaines machines, imaginées pour provoquer des mouvements corporels méthodiques⁷⁹ ». La rééducation vient de prouver son bien-fondé, en effet, « selon les autorités militaires, 80% des blessés peuvent retourner au front, pour les 20% restant, les taux d'invalidité sont notablement inférieurs à ce qu'ils auraient été sans rééducation⁸⁰ ».

Les médecins créent une classification des blessés allant de « blessés améliorables » à « mutilés graves, infirmes sans recours » en passant « par infirmes rééducables et réadaptables au travail⁸¹ » afin d'améliorer les indications thérapeutiques. L'idée n'est pas seulement de « ré-éduquer » mais aussi de « ré-adapter » au travail. Le gouvernement veut remettre au travail ces soldats et éviter de payer des pensions. En 1898, une loi avait été votée pour créer un régime d'indemnisation des victimes d'accidents de travail, avec une rente proportionnelle à l'infirmité résiduelle⁸². La récupération physique comporte alors un enjeu financier pour la société française. Les séquelles physiques coûtent de l'argent à la société et aux employeurs. La société attend donc, de la part de la médecine, non seulement un investissement, mais aussi des résultats. C'est d'ailleurs ce qui est mis en avant lors du développement de la mécanothérapie pendant la première guerre mondiale. Cette guerre fait 1 393 000 morts, 4 260 000 blessés et 56 000 amputés. Le gouvernement crée alors des unités de traitements.

⁷⁷ Une mobilisation : Si le mouvement est impossible à effectuer (blocage mécanique, suites postopératoires), le soignant réalise le mouvement pour garder et/ou gagner en amplitude articulaire. La mobilisation peut aussi être volontaire de la part du patient Cette technique permet la récupération musculaire et le gain d'amplitudes articulaires.

⁷⁸ Comon, J. (1997). Op. cit. p.39.

⁷⁹ Lagrange, F. (1907). La mécanothérapie. *Bulletin générale de thérapeutique médicale*, 157.

⁸⁰ Comon, J. (1997). Op. cit.

⁸¹ Borne, G. (1915). De la rééducation et de la réadaptation au travail des blessés et des mutilés de la guerre. *Revue d'hygiène et de police sanitaire* (37).

⁸² 9 avril 1898.

La rééducation est pratiquée de manière conjointe avec la réadaptation au travail. On parle d'ailleurs de rééducation professionnelle. « La rééducation professionnelle doit être, toutes les fois que la chose n'est pas matériellement impossible, simultanée avec la rééducation fonctionnelle⁸³ ». La rééducation fonctionnelle est une rééducation par la fonction, par l'utilisation des capacités du corps avec pour objectif d'améliorer l'autonomie des personnes soignées.

Les médecins sont confrontés à un refus de la part des soldats de suivre leurs traitements. Les exercices effectués par ces soldats sur les machines sont souvent douloureux, ennuyeux et certains ne veulent pas retourner au front. Le droit de refus des soldats fait débat. Le gouvernement met des sanctions en place, privations de sortie de l'hôpital, enfermements, condamnations à des peines de prison⁸⁴. L'Académie de médecine estime que les soldats blessés ne peuvent pas refuser les soins, « les malades et les blessés militaires ne sont pas fondés à refuser les procédés d'investigation clinique nécessaires au diagnostic, ainsi que les moyens de traitement médicaux et chirurgicaux conformes à l'état actuel de la science, et les mieux appropriés à la guérison⁸⁵ ». Les malades récalcitrants voient leur pension d'invalidité supprimée.

Les médecins mettent en place des outils d'évaluation de l'efficacité de la mécanothérapie et des fiches d'aptitude au travail⁸⁶. Une organisation se crée autour de cette thérapeutique avec des recommandations, des obligations, et une structure. L'institutionnalisation est en cours. Les médecins se forment, mais la demande est trop importante, et les médecins ne peuvent y consacrer un temps suffisant. Des infirmiers sont alors formés en quelques jours.

La rééducation fonctionnelle a fait ses preuves et démontre son efficacité, les masseurs sont très appréciés. La guerre a fait de nombreux blessés qui doivent être remis dans la vie active, et il y a un manque évident de soignants. Certains de ces blessés se reconvertissent dans le massage. Suit alors une période de création de diplômes reconnus par l'Etat.

⁸³ Rameil, P. (1916). Intervention lors de la séance du 14 avril 1916. Chambre des députés. *Journal officiel* du 15 avril 1916

⁸⁴ Remondière, R. (2014). La mécanothérapie au temps de la Grande Guerre. *Revue historique des armées* (274).

⁸⁵ *Bulletin de l'Académie de Médecine*. (1916). Ordre du jour voté dans le comité secret, séance du 19 septembre 1916, T.LXXVI. p.210.

⁸⁶ Remondière, R. (2014). Op. cit.

1.1.3.1. Institutionnalisation de la profession

Les pouvoirs publics, à partir de 1920, créent des diplômes que l'on appelle « diplôme d'Etat D.E. ». Cela permet la création de différents métiers amenés à travailler sous l'autorité médicale. Ces diplômes ne sont pas universitaires, l'enseignement se fait le plus souvent dans des écoles privées.

Le premier diplôme est le brevet d'infirmier, en 1922⁸⁷, décliné en cinq brevets de capacité différents. L'un de ces brevets est le brevet d'Etat d'infirmière et d'infirmier masseur⁸⁸. Ce brevet est une reconnaissance par l'Etat, néanmoins il n'est pas obligatoire pour exercer en tant qu'infirmière. Le massage devient une spécialité infirmière, mais ne le restera pas longtemps. Il y a un grand nombre de blessés militaires malvoyants, qui doivent retourner à la vie active. Les écoles de massages pour aveugles demandent la création d'un diplôme non affilié à la profession d'infirmière, ce qu'elles obtiennent en 1927⁸⁹, le diplôme de masseur aveugle est créé. Le « toucher » devient un élément important pour devenir masseur, il s'agit d'une valorisation des compétences manuelles.

Les médecins ont essayé de garder le monopole des techniques de physiothérapie mais sous l'effet d'un besoin important en soins dû à la première guerre mondiale, aux développements des traitements par physiothérapie, au manque de soignants ayant une connaissance technique spécifique et à la pression sociale, l'Etat valide des formations qui se sont structurées pour répondre à la demande. Cependant, le corps médical garde l'influence et le pouvoir. Tous ces métiers ne peuvent être pratiqués que s'il y a une prescription médicale et la formation est validée par l'Etat. L'Etat garde le contrôle de ces formations et les médecins celui des soins. C'est donc presque sous une double tutelle que ces soignants peuvent exercer leurs activités.

Le congrès international des auxiliaires médicaux et le premier congrès international du massage se tiennent à Paris en juillet 1937. Lors de ce congrès, plusieurs

⁸⁷ Catanas, M. (2009). Quelle place de l'infirmière dans l'évolution socio-historique des professions de soin ? *Histoire de la profession infirmière*. <http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/presentation/historique-de-la-profession.html> (consulté le 20/01/2015)

⁸⁸ IFSI de Rennes (2015). Historique de la formation en soins infirmiers. <http://www.ifch Rennes.fr/ifsi/historique.php> (consulté le 20.01.2015)

⁸⁹ Remondière, R. (1994). Op. cit.

médecins interviennent pour expliquer la nécessité pour les masseurs d'avoir des connaissances spécifiques et une formation qui réponde à ce besoin. La communication du Docteur Leclainche va dans ce sens également, « le docteur Privat déclare qu'il est regrettable que les masseurs, en général, n'aient pas mis en valeur, faute de connaissances suffisantes, cette thérapeutique spéciale et délicate, que sont le massage et la gymnastique médicale⁹⁰ ». Les médecins sollicitent également un diplôme dans lequel massage et gymnastique sont associés. Il faudra attendre encore quelques années pour que l'Etat statue sur cette demande.

En attendant, un décret de février 1938 fixe la durée des études d'infirmières à deux ans, validées par un diplôme d'Etat. Ce diplôme est exigé pour pouvoir travailler dans les établissements publics et dans certains établissements privés⁹¹. La tutelle de l'État est confirmée et les écoles sont officiellement sous le contrôle du ministère de la santé publique.

Cette reconnaissance est donc assujettie au double contrôle de l'État qui valide le diplôme et qui n'embauche pas les soignants sans ce diplôme.

Pendant la période de la deuxième guerre mondiale, différents autres groupes professionnels demandent que leurs pratiques soient reconnues par l'Etat. L'Etat légifère et crée en 1942, le diplôme de *moniteur de gymnastique médicale* « en vue de pratiquer la gymnastique médicale et orthopédique dans un but de rééducation physique⁹² ». Cependant aucun diplôme ne sera délivré. En 1943, le diplôme de masseur médical est créé par le gouvernement de Vichy.

L'État crée ces métiers, en définit la formation, valide les diplômes, les activités et place également ces soignants sous une direction médicale. Enfin, l'État embauche ces soignants dans ses établissements de soins.

Les médecins⁹³ demandent officiellement à ce que les masseurs médicaux aient les mêmes compétences que les gymnastes médicaux. Le gouvernement provisoire de la

⁹⁰ Leclainche, Dr. (1937). Intervention du représentant du Ministère de la Santé Publique. *Congrès international des auxiliaires médicaux et 1^{er} congrès international du massage*. Faculté de médecine de Paris. p.98.

⁹¹ Historique de la formation en soins infirmiers Op. cit.

⁹² Debarge, A. (Octobre 2013). La prescription de masso-kinésithérapie par les médecins généralistes de l'île de la Réunion: enquête auprès de 79 médecins généralistes. Thèse de doctorat, Université de Bordeaux Segalen. p.27.

⁹³ Remondière, R. (1994). Op. cit.

République française répond favorablement à cette revendication, en annulant ces deux diplômes pour les réunir sous le même nom : masseur-kinésithérapeute.

Au sortir de la deuxième guerre mondiale, la France est très affaiblie et la situation économique est difficile. L'Etat entreprend de grandes réformes pour rétablir le pays, dont celle de la Santé, basée sur deux systèmes⁹⁴. Le premier système est issu du modèle de Bismarck⁹⁵, l'Etat organise un régime d'assurance santé⁹⁶ pour tous les citoyens, la sécurité sociale est instaurée en 1945. Le citoyen a un droit à la santé et a accès aux soins médicaux. Le deuxième système mis en place est l'organisation d'un secteur public de soins dont le financement est assuré par le revenu des impôts. Le système privé ne disparaît pas, mais au fil du temps se coordonne avec le public.

1.1.4. Un corps professionnel s'institue.

La première guerre mondiale et le nombre important de blessés et de blessures de guerre a participé d'une façon importante au développement de la mécanothérapie et des techniques de physiothérapie. L'après deuxième guerre mondiale est une opportunité pour les paramédicaux. L'Etat veut réorganiser le système de santé et constituer une prise en charge pour tous les citoyens. Il réorganise la division du travail et crée des diplômes paramédicaux pour aider à une meilleure prise en charge des citoyens.

C'est ainsi que la Loi du 30 Avril 1946 réunit les masseurs médicaux et les moniteurs de gymnastique médicale en créant le « Diplôme d'État de Masseur-kinésithérapeute » qui doit participer à la « reconstruction sanitaire du pays⁹⁷ ». Ainsi, s'uniformisent les différentes pratiques et les différents groupes ; les masseurs médicaux et les gymnastes médicaux peuvent se reconnaître dans le terme de masseurs-kinésithérapeutes. Ce diplôme institue l'exercice du massage comme le monopole des

⁹⁴ Vallin, J et Mesle, F. (2004). Origine des politiques de santé. Dans Caselli, G. et Vallin, J. et Wunsch, G. (dir.) *Démographie : analyse et synthèse*, Tome VII. Histoire des idées et politique de population, INED, 303-326.

⁹⁵ A la fin du XIX^e siècle Bismarck est à l'origine, en Allemagne, de l'instauration d'un système de protection sociale, d'abord contre les risques de maladie en 1883, puis contre les accidents de travail en 1884 et enfin une protection vieillesse et d'invalidité.

⁹⁶ Pourville, G .d. (2011). L'assurance maladie en France : Beveridge et Bismarck enfin réconciliés ? *Annales des Mines - Réalités industrielles*, 19-24.

⁹⁷ Debarge, A. (Octobre 2013). Op. cit. p.27.

masseurs-kinésithérapeutes. « Nul ne peut exercer la profession de masseur-kinésithérapeute, c'est-à-dire pratiquer le massage et la gymnastique médicale s'il n'est français et muni du Diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute⁹⁸ ».

Le 16 avril 1946, deux semaines avant la loi sur la création du Diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, la loi Marthe Richard, qui prône la fermeture des maisons closes est votée. L'adoption de ces lois à quinze jours d'intervalle n'est pas une simple coïncidence. La volonté du législateur est de faire barrage à la prostitution. D'ailleurs, dans le texte de loi créant le diplôme de masseur-kinésithérapeute, une inscription fait allusion à la prostitution. « Il faut, en effet, réserver l'exercice de ces professions à de véritables professionnels qui collaborent avec le corps médical. Cette réglementation assurerait l'efficacité des traitements, enlèverait toute chance d'erreurs et écarterait les pratiques irrégulières qui, sous le couvert de massage, servent la prostitution clandestine⁹⁹ ». La loi Marthe Richard ferme les maisons closes et la loi sur les masseurs-kinésithérapeutes donne le monopole du massage aux masseurs-kinésithérapeutes. On peut voir ici, une volonté de l'Etat de moralisation, en essayant de faire disparaître la prostitution et en réservant clairement et officiellement le massage thérapeutique et de confort aux masseurs-kinésithérapeutes, afin d'éviter l'apparition de salons de massage qui seraient un alibi pour continuer la prostitution.

Lorsqu'ils agissent dans un but thérapeutique, les masseurs-kinésithérapeutes ne peuvent « pratiquer leur art que sur ordonnance¹⁰⁰ ». Les masseurs-kinésithérapeutes peuvent désormais utiliser les techniques de massothérapie, de gymnastique, de rééducations fonctionnelles et certaines techniques de physiothérapies. Pour Rémondière¹⁰¹, ce diplôme permet aux médecins d'avoir un unique interlocuteur et ainsi mieux maîtriser cette filière. Il est le prescripteur et contrôle les résultats et les pratiques.

Cette même loi a créé un « Conseil Supérieur de la Kinésithérapie ». Ce Conseil est composé de représentants de l'Administration, de médecins spécialisés dans le massage ou dans la gymnastique médicale, et de masseurs-kinésithérapeutes. Il est chargé de donner son avis sur les questions de formation et d'exercice. Il est remplacé par le Conseil

⁹⁸ Loi n° 46-858 du 30 Avril 1946

⁹⁹ Loi n° 46-858 du 30 Avril 1946. Annexe 4.1

¹⁰⁰ Loi n° 46-858 du 30 Avril 1946. Annexe 4.1

¹⁰¹ Remondière, R. (2003). La question de la kinésithérapie en 1946. *La revue du praticien* (53), 355-358.

Supérieur des Professions Paramédicales, en 1973, qui réunit les représentants des professions paramédicales, pour débattre de questions socioprofessionnelles.

La loi de 1946 ne donne pas d'éléments sur la rémunération des actes effectués par les masseurs-kinésithérapeutes. La plupart d'entre eux travaillent en libéral et la mise en place de la sécurité sociale modifie la tarification libre effectuée par les soignants avant 1945. Les organisations syndicales exigent une corrélation entre la valeur donnée et le geste pratiqué. « Les kinésithérapeutes, toujours dans un souci de moralisation et de travail bien fait, proposent un "temps passé auprès du malade", le massage doit durer trente minutes-coefficient 1,5¹⁰² ». Finalement la sécurité sociale accepte en 1948 de donner une tarification de ces actes qui seront qualifiés de « MK » puis de « AM ». Cette nomenclature¹⁰³ ne concerne que des actes techniques. C'est la cotation des actes effectués et la valeur donnée à un acte qui détermine les honoraires des professionnels.

De 1951 à 1965, on assiste au développement de la rééducation fonctionnelle et professionnelle et à l'émergence de la médecine physique. A partir du moment où les médecins ont été convaincus que la kinésithérapie était une thérapeutique, il était inutile qu'ils la fassent entrer dans leur champ puisque le savoir médical comprend la prévention, le diagnostic, la prescription et le traitement dont la rééducation.

A travers cette institutionnalisation du groupe professionnel des masseurs-kinésithérapeutes, c'est finalement une répartition des rôles avec les médecins qui se met durablement en place : les médecins prescrivent (écrivent) et les masseurs-kinésithérapeutes exécutent, principalement mais non exclusivement de façon manuelle. Cependant, l'écriture va progressivement s'affirmer dans la formation initiale puis dans la pratique des masseurs-kinésithérapeutes

1.1.4.1. La formation : un processus qui passe par l'écriture

L'histoire de la formation des masseurs-kinésithérapeutes témoigne de l'évolution de cette profession. La professionnalisation se joue aussi en formation initiale, dans les rapports aux savoirs et dans la construction de l'identité professionnelle.

¹⁰² Remondière, R. (1996). Op. cit. p.229.

¹⁰³ Ibid.

La formation des masseurs-kinésithérapeutes est instituée en 1946 par un décret ministériel qui fixe le programme des études (massage médical, massage chirurgical, rééducation fonctionnelle, gymnastique médicale, hygiène, hydrologie, hydrothérapie, morphologie, pathologie médicale, pathologie chirurgicale, massage, kinésithérapie, législation, déontologie) et la durée de formation à deux années d'études. Une formation théorique en école privée s'accompagne d'une formation pratique en milieu hospitalier. Les conditions d'entrée en formation sont l'obtention du bac ou un examen d'équivalence¹⁰⁴. Ce Diplôme d'Etat est reconnu par les pouvoirs publics, il a la même valeur pour tous ces professionnels et ne comporte pas de spécialisation diplômante possible. Il donne lieu à deux types d'exercice, l'exercice libéral et l'exercice salarié en clinique, centre ou hôpital. La majeure partie de ces professionnels exerce en libéral.

Dès 1953, une sous-commission du Conseil Supérieur de la Kinésithérapie préconise une refonte du programme d'études et une durée de formation de trois ans. Il faut attendre quinze ans et les événements de mai 1968 pour que la profession obtienne cette troisième année, ce qui est officialisé par le décret du 28 mars 1969¹⁰⁵. Cependant les études ne sont reconnues par les universités, lors de demandes d'équivalences, que comme deux années après le Baccalauréat. Les professionnels s'appuient sur l'évolution des connaissances, les progrès de la médecine et de la chirurgie, l'extension de l'intervention des masseurs-kinésithérapeutes à des domaines nouveaux comme la cardiologie et l'urogynécologie pour demander l'augmentation de la durée des études.

La validation du diplôme se fait, à partir de 1969, par un examen sous forme d'une question intégrée de trois heures qui sanctionne la présentation d'une pratique professionnelle dans un service hospitalier et un oral de législation/déontologie. A partir de 1993, cette pratique professionnelle est remplacée par « deux épreuves de mise en situation professionnelle et la soutenance d'un travail écrit devant un jury, ainsi que la prise en compte de la note moyenne des douze modules de seconde et troisième année¹⁰⁶ ». Ce travail écrit s'apparente à un mémoire professionnel, c'est en fait une étude de cas clinique. A partir d'un patient vu en stage, l'étudiant doit expliquer la pathologie du patient, faire un bilan clinique initial du patient, justifier du choix de son traitement et des techniques qu'il utilise. Il doit ensuite effectuer un bilan final du patient et élaborer une discussion sur

¹⁰⁴ Bru, C. (1997). L'évolution de l'enseignement. *Cahiers de Kinésithérapie*, 186(4), 20-23.

¹⁰⁵ Décret n°69-282 du 28 mars 1969.

¹⁰⁶ Décret n° 93-1037 du 30 août 1993.

quelques pages. Ce travail de quinze pages demande de maîtriser les techniques de rédaction d'un texte, de connaître et d'expliquer clairement les techniques de masso-kinésithérapie et les pathologies. Les étudiants doivent exercer une réflexivité sur leur pratique et analyser les situations de soins. Il ne s'agit plus de faire, mais d'observer, d'expliquer et d'analyser. Même si les étudiants écrivent pour prendre leur cours et ont des examens écrits dans chaque matière, le mémoire professionnel demande des compétences plus importantes de synthèse et d'analyse. L'écrit prend une place plus déterminante dans la formation initiale car il fait partie de la validation finale du diplôme. Le nombre de diplômés est limité par un « numerus clausus » instauré en 1970. L'Etat régule ainsi la population de masseurs-kinésithérapeutes.

En juin 2008¹⁰⁷, quelques jours après le dépôt des mémoires par les écoles, à l'Agence Régionale de Santé, un nouveau décret supprime les deux mises en situation professionnelle. Ce décret est précipité : il a été voté une fois les mémoires déposés. Il annule les épreuves de mise en situation professionnelle, qui sont des épreuves pratiques en établissement de soins, en partie organisées par des masseurs-kinésithérapeutes salariés. Les étudiants apprennent quelques jours avant leurs évaluations pratiques que celles-ci sont supprimées. Sur le terrain, la conjoncture est telle qu'il est impossible d'organiser ces épreuves de mise en situation professionnelle. Quelques éléments historiques permettront de comprendre ce qui est en jeu avec ce décret.

En 2006¹⁰⁸, l'ordre des masseurs kinésithérapeute est créé, une demande de cotisation est faite de la part de l'ordre pour les frais de structure et de mise en place.

Les masseurs-kinésithérapeutes salariés, qui encadrent les étudiants sur les terrains de stage, refusent de payer cette cotisation, car ils ne comprennent pas l'intérêt d'un tel organisme. Certains masseurs-kinésithérapeutes pensent que s'ils rencontraient un problème dans l'exercice professionnel, ils seraient couverts par l'hôpital et qu'ils n'ont pas besoin d'un ordre professionnel. Les syndicats de soignants hospitaliers mettent aussi la pression et luttent contre cet ordre. Mr Collomb¹⁰⁹, sénateur du Rhône, interpelle la ministre de la santé le 30 octobre 2008, lors d'une session de l'Assemblée nationale, au sujet du refus d'inscription à l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes salariés. « Les

¹⁰⁷ Décret no 2008-517 du 2 juin 2008.

¹⁰⁸ Décret n°2006-270 du 7 mars 2006.

¹⁰⁹ Collomb, G. (2008). Question écrite n°06023 du sénateur du Rhône. Sénat. <https://www.senat.fr/questions/base/2008/qSEQ081006023.html> (consulté le 05/03/2015)

masseurs-kinésithérapeutes refusent de se soumettre à cette obligation pour légitimer leur droit d'exercice d'autant que leurs confrères du Ministère de la Défense sont exonérés de toute inscription et de cotisation. De plus, il convient de souligner que les conditions d'exercice des salariés et fonctionnaires sont encadrées par des règles professionnelles d'une part, et des statuts ou conventions collectives, d'autre part. Un mouvement de protestation amorcé depuis l'été 2006, ne cesse de s'amplifier et risque de déclencher un problème de santé publique majeur si les milliers de kinésithérapeutes n'ayant pas respecté cette loi se retrouvent en situation d'exercer illégalement leur activité ». Cette intervention souligne la résistance des masseurs-kinésithérapeutes.

Au final, les masseurs-kinésithérapeutes salariés refusent, pour la grande majorité d'entre eux, de cotiser à l'ordre et de s'inscrire. Il y a un véritable bras de fer qui se met en place avec l'ordre qui recense les masseurs-kinésithérapeutes salariés, en harcelant les établissements de santé pour avoir la liste des masseurs-kinésithérapeutes travaillant pour eux et en mettant la pression sur ces derniers, en envoyant des lettres recommandées et des lettres d'huissier, puis ensuite en faisant des procès, pour les obliger à payer la cotisation à l'ordre et à s'inscrire. La réponse des masseurs-kinésithérapeutes salariés est une grève des stagiaires en 2008.

La coordination des kinésithérapeutes salariés rapporte les propos des masseurs-kinésithérapeutes de Nantes : « qu'étant de fait, déclarés inaptes à la profession par le conseil de l'ordre à la date du 1er janvier 2008 (en raison de leur non inscription au tableau de l'Ordre), ils ne pourront donc plus prendre le risque supplémentaire d'encadrer des stagiaires à partir du 7 janvier (date de la rentrée) »¹¹⁰. Cet événement témoigne de la résistance qui s'organise chez les masseurs-kinésithérapeutes. C'est un analyseur qui permet de voir les implications idéologique et organisationnelle des masseurs-kinésithérapeutes salariés. Ces implications qui sont « l'ensemble des relations que le sujet entretient avec la profession (pensée comme une institution ayant sa dynamique propre) à laquelle il " appartient " et avec les autres institutions dans lesquelles ou en lien avec lesquelles il exerce sa profession ¹¹¹ » peuvent s'analyser selon des dimensions organisationnelle et idéologique. Pour exercer la profession de masseur-kinésithérapeute,

¹¹⁰ http://www.jim.fr/pharmacien/actualites/pro_societe/e-docs/les_kinésithérapeutes_en_ordre_disperse_97545/document_actu_pro.phtml publié le 9 janvier 2008 (consulté le 5.03.2015)

¹¹¹ Monceau, G. (2012). Op. cit. p.15.

la loi oblige ces professionnels à s'inscrire à l'ordre professionnel. Lors de l'inscription à l'ordre, cette institution demande les coordonnées du professionnel et exige une cotisation qui doit servir aux frais de gestion de l'ordre professionnel. Les masseurs-kinésithérapeutes salariés refusent de payer cette cotisation car ils estiment avoir un faible salaire et être déjà couverts par leurs établissements respectifs. Ces professionnels résistent au niveau organisationnel, la formation s'organise en alternance entre l'école de formation initiale et les terrains de stage qui sont principalement en établissements de soins. Ces masseurs-kinésithérapeutes ont des liens avec les instituts de formation initiale, car ils suivent les étudiants sur leurs terrains de stage. Ils décident de résister en refusant de prendre en charge la formation des étudiants sur le terrain. Cela bloque la formation, mais l'ordre, qui n'est pas en charge de la formation des professionnels, ne réagit pas à ce refus.

Cet évènement local est révélateur de ce qui se passe au niveau national. Ces mouvements localisés se propagent sur l'ensemble du territoire français. Cette contestation lutte contre un « ordre » institué par l'Etat. Pour Lourau, « le système social global, la structure de la société divisée en classes, se réfractent dans l'unité microsociale de l'organisation ¹¹² ». Cette unité microsociale, représentée ici, par les masseurs-kinésithérapeutes de Nantes, est représentative de ce qui se passe au niveau national. En s'opposant à un ordre professionnel institué, cristallisé par ces mouvements de « grèves de stagiaires », ils deviennent instituant¹¹³ en provoquant une modification du Diplôme d'Etat.

Dans un communiqué¹¹⁴ du 8 janvier 2008, la FNEK (Fédération Nationale des Etudiants en Kinésithérapie) évoque une prise d'otage d'environ cent cinquante étudiants. Au mois de mai 2008, la situation est toujours bloquée et le passage de Diplôme du mois de juin est impossible. Les jurys du Diplôme d'Etat de Masso-kinésithérapie sont composés d'un cadre masseur-kinésithérapeute, d'un médecin et d'un masseur-kinésithérapeute qui doit être inscrit au tableau de l'Ordre. Hors, la plupart ne sont pas inscrits au tableau et ne peuvent pas siéger dans un jury. Donc, il est impossible d'organiser le passage de cette épreuve pratique. Après négociations et suite à des manifestations d'étudiants et de représentants d'écoles de formation, la réponse des pouvoirs publics a été le décret de juin 2008 : les « deux épreuves de mise en situation

¹¹² Lapassade, G. et Lourau, R. (1971). *Clefs pour la sociologie*. Paris : Seghers. p. 200.

¹¹³ Lourau, R. (1969). *L'instituant contre l'institué*. Paris : Anthropos.

¹¹⁴ Annexe 6.

professionnelle (...) sont supprimées¹¹⁵ ». Cette suppression semble n'être que temporaire, mais plusieurs associations professionnelles, ainsi que l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes demandent à l'Etat que le mémoire professionnel reste le mode de validation du diplôme, que la durée des études passe à quatre années et qu'un niveau universitaire soit reconnu. Désormais la seule épreuve finale validant le Diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute est la présentation d'un mémoire professionnel et d'une soutenance. Les validations des différents modules se font par des épreuves écrites, des questionnaires à choix multiples ou des dossiers à rendre, pendant les trois années d'études. La validation finale se fait donc avec un écrit professionnel. Ce mémoire de quinze pages passera à trente pages¹¹⁶ quelques années plus tard, en 2011.

On peut se poser la question des effets sur le rapport à l'écrit de ces futurs masseurs-kinésithérapeutes ? L'importance que prend l'écriture dans la validation de ce diplôme, ici, n'a pas uniquement comme finalité de reconnaître les compétences réflexives des étudiants, mais répond bien à une crise politique.

La réingénierie des diplômes de santé est à l'ordre du jour du Ministère de la Santé depuis 2007. C'est d'ailleurs dans une optique de refonte de la formation qu'en avril 2009, les mots « des stages cliniques » sont remplacés par « un parcours de stages¹¹⁷ ». Cela anticipe la volonté de lien entre la pratique de terrain et la théorie enseignée à l'institut de formation, ainsi que la notion de compétence utilisée dans les textes en 2015.

En 2015, une semaine après la rentrée scolaire, cette réingénierie aboutit à un décret réformant profondément la formation des masseurs-kinésithérapeutes. Désormais, la durée des études passe à quatre années qui sont construites sur un modèle universitaire, composées d'unités d'enseignements, de crédits européens et d'un mémoire professionnel validant le diplôme d'état de masso-kinésithérapie. La formation intègre la notion de compétences « La progression de l'étudiant au cours des stages est appréciée à partir du portfolio dont le modèle figure à l'annexe V. Le portfolio comporte des éléments inscrits par l'étudiant et le tuteur de stage. Le tuteur évalue les niveaux d'acquisition de chacune des compétences à partir des critères et indicateurs notifiés dans le portfolio¹¹⁸ ». Cette formation qui met l'accent sur l'acquisition de « compétences », privilégie les analyses de

¹¹⁵ Décret n° 2008-517 du 2 juin 2008.

¹¹⁶ Arrêté du 23 mai 2011 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute

¹¹⁷ Décret n° 2009-494 du 29 avril 2009

¹¹⁸ Décret n° 2015-1110 du 2 septembre 2015

pratiques et le travail personnel de l'étudiant. Cette vision de la formation est déclinée de la même manière pour d'autres professions en santé. « Le principe de la construction de compétences constitue le pivot de la formation conduisant au Diplôme d'État d'infirmier ¹¹⁹ ». Les études des professions paramédicales, comme infirmière, ergothérapeute, psychomotricien et masseur-kinésithérapeute se profilent sur le même schéma de formation, avec des portfolios à remplir par les étudiants et les tuteurs les encadrant. L'objectif de la formation est d'intégrer plus de réflexivité et l'écriture est l'instrument de cette réflexivité.

1.1.4.2. Formation de formateur

Parallèlement aux modifications de la formation initiale, un certificat de masseur-kinésithérapeute moniteur ¹²⁰ est créé en 1967. Il met l'accent sur la formation des enseignants qui sont des référents techniques en masso-kinésithérapie. Ce diplôme est modifié par décret, en septembre 1976, et devient un diplôme de moniteur-cadre de masso-kinésithérapie. A l'expertise des techniques de masso-kinésithérapie se couplent des fonctions de cadre d'équipe de masseurs-kinésithérapeutes.

Un décret, du 18 août 1995 abroge l'arrêté du 6 septembre 1976 et crée un diplôme de cadre de santé commun à de nombreuses professions paramédicales. La nouvelle appellation sera « infirmier cadre de santé », « masseur-kinésithérapeute cadre de santé », etc. La création de ce diplôme de cadre de santé est une uniformisation du milieu paramédical. La spécificité professionnelle est abandonnée au profit de compétences générales de gestion de personnel et de formation. L'orientation est la formation de cadre gestionnaire, plus que de cadre formateur. Aujourd'hui, les enseignants dans les instituts de formation en masso-kinésithérapie sont des personnes ayant le diplôme de cadre de santé, des masseurs-kinésithérapeutes experts dans leurs domaines, des masseurs-kinésithérapeutes ayant un diplôme universitaire. Des médecins, chirurgiens et maintenant des universitaires, des sociologues complètent le dispositif enseignant.

¹¹⁹ Pedarribes, G. et Lefevre, G. (2014). L'évaluation clinique infirmière, une compétence abstraite et peu visible. *Santé publique*, 26, p.627.

¹²⁰ Décret n°67-652 du 25 juillet 1967 Création d'un certificat de masseur-kinésithérapeute moniteur.

1.1.4.3. L'écriture un gage d'autonomie

En 1962, la liste des actes que peuvent effectuer les masseurs-kinésithérapeutes est fixée, par un arrêté. Cette liste stipule que certains actes ne peuvent être réalisés par les masseurs-kinésithérapeutes que « sous la responsabilité et la surveillance directe d'un médecin » alors que d'autres actes de soins peuvent être réalisés hors de la présence médicale. Cependant, tous les actes à but thérapeutique doivent être prescrits par un médecin.

Le diagnostic, élément relevé par Prud'homme¹²¹, comme allant de pair avec une volonté d'autonomie, est instauré par décret en 1996. La loi instaure le bilan diagnostic masso-kinésithérapique. « Dans le cadre de la prescription médicale, il [le masseur-kinésithérapeute] établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et choisit les actes et les techniques qui lui paraissent les plus appropriés¹²² ». La loi, pour la première fois, aborde l'écriture professionnelle des masseurs-kinésithérapeutes en la rendant obligatoire par ces bilans. La prescription émane du médecin, mais c'est le masseur-kinésithérapeute qui décide seul des outils techniques qu'il utilise pour soigner le malade.

Le terme « diagnostic » est un terme d'abord médical. Il amène les masseurs-kinésithérapeutes à évaluer les patients dans leur globalité, en tenant compte aussi de leurs réalités fonctionnelles dans leur environnement social. Comme le souligne Prud'homme, l'usage du diagnostic est un signe d'autonomie. Cette autonomie est présente aussi lorsque l'arrêté du 22 février 2000 limite les prescriptions médicales, celles-ci ne peuvent plus être « qualitatives ou quantitatives », si les actes concernent les masseurs-kinésithérapeutes. Cette loi a été modifiée en 2000 par un nouveau décret qui ajoute que le « bilan est adressé au médecin prescripteur et, à l'issue de la dernière séance, complété par une fiche retraçant l'évolution du traitement kinésithérapique, également adressée au médecin prescripteur¹²³ ».

L'écriture exigée est complétée par une « fiche ». Apparaissent ici, une écriture avant le traitement du patient qui est « le diagnostic » et une écriture en fin de séance qui est la « fiche ». Ces documents doivent être envoyés au médecin conseil, il s'agit donc

¹²¹ Prud'homme, J. (2007). Op. cit.

¹²² Décret n°96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute

¹²³ Décret n° 2000-577

d'une forme de contrôle par l'Etat, car le médecin conseil est payé par l'Etat. Quelques mois après, en octobre, un nouvel arrêté¹²⁴ stipule une cotation, une rémunération pour ces actes de bilan diagnostic. L'écriture exigée est maintenant rémunérée, c'est une reconnaissance par l'Etat.

L'écriture professionnelle prend de l'importance pour les masseurs-kinésithérapeutes, mais aussi pour les professionnels de santé. En effet, en avril 2002, un arrêté rappelle le contenu du dossier médical et autorise l'accès, des malades, à leur dossier médical. Le patient peut désormais lire les écrits des professionnels de santé. L'écriture prend donc un sens plus médico-légal et répond à de nouveaux enjeux, politique, économique et juridique. L'Etat demande aux soignants plus de transparence. L'écriture professionnelle est l'outil de cette transparence.

L'autonomie des masseurs-kinésithérapeutes se construit en échange d'un contrôle plus facile par la sécurité sociale et donc par l'Etat. En 2004, l'Etat légifère sur la création de l'ordre professionnel des masseurs-kinésithérapeutes, censée renforcer la gestion de la profession. Le décret d'application ne sera voté que deux plus tard, au mois de mars 2006¹²⁵.

La création de cet ordre avait déjà été évoquée, lors de la création du Diplôme d'Etat en 1946. Mais l'Etat voulait qu'il y ait des médecins à la direction de cet ordre. Il n'avait pas été créé, car les syndicats s'y étaient opposés. La profession était soumise à la prescription médicale et les syndicalistes ne voulaient pas que de nouveau il y ait un autre contrôle médical. Le projet va ressurgir en 1967, mais ne va pas aboutir. En 1995, la création d'un « ordre ¹²⁶ des masseurs-kinésithérapeutes » est votée, aucun décret d'application n'a été signé et la décision a été annulée. En 2004, une loi¹²⁷ est votée pour la création d'un ordre des masseurs-kinésithérapeutes, sans présence médicale en son sein.

Après la création de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, une nouvelle marque d'indépendance, vis-à-vis du corps médical, prend forme avec l'arrêté du 9 janvier 2006¹²⁸.

¹²⁴ Arrêté du 4 octobre 2000

¹²⁵ Décret n°2006-270 du 7 mars 2006 relatif à la composition et aux modalités d'élection des conseils de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes (...)

¹²⁶ Loi n°95-116 du 4 février 1995 art.5 et art.6

¹²⁷ Loi n°2004-806 du 9 août 2004

¹²⁸ Arrêté du 9 janvier 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire

Cet arrêté donne le droit aux masseurs-kinésithérapeutes de prescrire certaines orthèses¹²⁹ et dispositifs médicaux. Les masseurs-kinésithérapeutes, qui étaient soumis totalement à la prescription médicale, peuvent donc prescrire à leur tour de petits appareillages.

L'histoire d'une profession contribue à construire l'identité de cette dernière, mais aussi l'identité professionnelle des individus qui la composent. Mais cette identité professionnelle est soumise à des tensions extérieures.

1.1.4.4. Une identité/ des identités

L'identité ne peut s'appréhender sans parler de la construction de cette dernière. C'est une notion qui est travaillée par différents champs dont la sociologie.

La construction de l'identité est corrélée à la socialisation de l'individu. Celui-ci participe à différentes institutions, comme la famille, les associations, des instituts de formation ou de travail et d'autres encore. Au sein de ces institutions, ces individus interagissent et échangent ensemble. Dubar¹³⁰ décrit cette identité comme étant à la fois individuelle et collective. Elle est le résultat de divers processus de socialisation qui vont ensemble aider à construire l'individu. Deux identités se côtoient et se mettent en tension pour façonner la personne.

Selon l'approche interactionniste, au travers de ses actions, l'individu donne des images de lui. Ces actions vont être interprétées par les institutions et les autres qui vont lui attribuer une étiquette. C'est ce que Goffman¹³¹ appelle les « identités sociales virtuelles ». L'identité qui se dessine là est liée à un système relationnel mis en œuvre par l'individu et à l'image que lui renvoie la société. Cette identité est « assignée par les autres¹³² ».

Il y a coexistence de cette identité pour autrui, avec celle pour soi, décrite par Goffman comme une « identité sociale réelle¹³³ ». Cet autre versant de l'identité sociale est

¹²⁹ L'orthèse est un appareil orthopédique destiné à soutenir une fonction locomotrice déficiente et fixé contre la partie atteinte (attelle, gouttière, corset, plâtre, etc.).

¹³⁰ Dubar, C. (1998). *La socialisation : Construction des identités sociales et professionnelles*. Paris : Armand Colin.

¹³¹ Goffman, E. (1975). *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Paris : Éditions de Minuit. p.12.

¹³² Dubar, C. (2007). Polyphonie et métamorphoses de la notion d'identité. *Revue française des affaires sociales* (2), p.16.

¹³³ Goffman, E. (1975). *Op. cit.*, p.12.

un processus biographique, déterminé par l'histoire de l'individu, en lien avec une intériorisation active à différents groupes d'appartenance. Tout au long de sa vie, l'individu se construit « une identité pour soi » en s'identifiant à différents groupes d'appartenance et en s'imaginant une identité en fonction de ce qu'il veut être. Cette identité est « reconnue par soi¹³⁴ », c'est celle que s'attribue l'individu.

L'image attribuée par les autres, l'identité virtuelle, n'est pas forcément en accord avec celle que l'individu se reconnaît. Il existe par conséquent des tensions entre ces deux versants, mais aussi des tensions entre l'individu et le collectif. La construction de l'identité est le fruit de ces tensions qui s'effectuent à différents niveaux. L'individu met en place des stratégies pour que ces identités puissent trouver un équilibre, une harmonie. Haissat¹³⁵ évoque l'identité comme « processus de construction, reconstruction et déconstruction d'une définition de soi ». Cette identité est dynamique et en mouvement permanent.

Pour Giust-Desprairies¹³⁶, « L'identité (...) est une confrontation et une négociation renouvelées entre réalité et idéal », cette négociation identitaire étant le fruit d'actions effectuées par le sujet qui induisent des « identités sociales virtuelles » au sein desquelles se construisent des identités réelles. Il existe donc une dynamique identitaire, qui se construit et se transforme tout au long des expériences de l'individu, au travers des interactions de ces derniers avec leurs environnements.

D'après Bourgeois¹³⁷, le sujet garde une « conscience de son unité » et l'individu peut choisir certains groupes d'appartenance, comme celui lié à sa profession. Ces organisations sociales proposent des codes, des repères, des valeurs et des systèmes de symbolisation à l'individu, c'est en assimilant ces éléments que l'individu tente de devenir ce qu'il veut être.

Ces analyses peuvent être appliquées aux masseurs-kinésithérapeutes, qui sont des individus qui ont choisi une profession de santé, où le contact corporel est un vecteur important du soin. Tout en restant chacun différents, ils vont acquérir des valeurs

¹³⁴ Dubar, C. (2007). Op. cit., p.16.

¹³⁵ Haissat, S. (2006). La notion d'identité personnelle en sociologie. Analyse de la construction identitaire à partir du processus d'engagement. *Revue ; Interrogations ?* (3).<http://www.revue-interrogations.org/La-notion-d-identite-personnelle> (consulté le 10/01/2014)

¹³⁶ Giust-Desprairies, F. (1996). L'identité comme processus entre liaison et déliaison. *Education permanente* (128), 63-70.

¹³⁷ Bourgeois, E. (1996). Identité et apprentissage. *Education permanente* (128), 27-35.

communes à la profession qui vont enrichir ou modifier leur identité. Jacques-Jouvenot explique que « l'acquisition des savoirs entraîne non seulement une modification de l'avoir (j'en sais plus aujourd'hui qu'hier) mais de l'être (je suis autrement aujourd'hui qu'hier), c'est-à-dire une modification identitaire¹³⁸ ». Dubar a travaillé à identifier ces formes identitaires¹³⁹ dans le champ du travail, dont la forme de l'« identité de l'entreprise¹⁴⁰ », qu'il nommait en 2000, la « forme statutaire¹⁴¹ ». Ainsi, il a pu mettre en évidence les éléments identitaires qui relèvent de la profession, et plus spécifiquement de l'organisation dans laquelle l'individu travaille.

Les masseurs-kinésithérapeutes rencontrés lors de cette recherche sont tous salariés d'organisation différente, privée ou public, hôpital, centre de rééducation ou établissement mixte, ce qui les différencie des professionnels qui travaillent dans des cabinets privés, à leur compte.

Les identités sont donc multiples. Elles interagissent entre elles et sont en perpétuelle construction.

1.1.4.5. La construction professionnelle

Nous avons vu que l'identité sociale est construite à partir de ce que les autres croient connaître de nous, de ce que nous croyons être et de notre histoire. Il en est de même de l'identité professionnelle. Cette identité biographique passe par la formation scolaire, par des savoirs pratiques acquis sur le terrain, par l'expérience et par un langage technique commun au groupe de référence professionnel, qui permet de se comprendre et de partager les mêmes valeurs. Dubar met en lumière les valeurs sociales, socialement légitimes comme la reconnaissance du diplôme qui sanctionne les formations, ainsi que la reconnaissance des capacités de l'individu par sa hiérarchie et l'environnement professionnel.

¹³⁸ Jacques-Jouvenot, D. (2006). L'expérience professionnelle : une problématique du maître et de l'élève. , in Communication au L.A.S.A-UFC, Besançon, 24 janvier 2006.

¹³⁹ Dubar, C. (2007). Op. cit.

¹⁴⁰ Dubar, C. (1998). Op. cit.

¹⁴¹ Dubar, C. (2000). *La crise des identités. L'interprétation d'une mutation*. Paris : Presses Universitaires de France.

Cette identité « professionnelle » est constituée, d'après Dubar, de l'identité au travail mais aussi d'une projection de soi dans l'avenir, d'où des stratégies de formation et une mise en place de logiques d'apprentissage. Cela se fait en fonction de l'image qu'on se fait de telle ou telle profession, donc d'un modèle idéal, qui va se transformer au fur et à mesure de la confrontation de l'individu avec la réalité du monde professionnel.

En 1995, Castel et Gouarne¹⁴² ont effectué une recherche sur l'évolution des représentations que les étudiants ont du métier de kinésithérapeute. Il en ressort que 96% des parents des étudiants sont favorables au choix de leur enfant. Les jeunes, qui s'engagent dans cette profession, le font à partir d'images socialement véhiculées du métier de masseur-kinésithérapeute. Au début des études, les représentations¹⁴³ sont principalement produites à partir d'opinions et de valeurs morales : la kinésithérapie est surtout associée au sport et à l'altruisme. Au cours des études, ces représentations sont confrontées avec la réalité des pratiques, il y a alors une modification d'images. Le sport ne va plus rester un critère de choix de cette profession, mais ce sont les valeurs humaines qui vont primer. On va voir apparaître chez ces apprentis kinésithérapeutes deux facteurs importants de la profession : l'efficacité thérapeutique et la relation psychologique.

La construction identitaire des masseurs-kinésithérapeutes commence donc par un cursus de formation de quatre années, après un baccalauréat de préférence scientifique, ou une équivalence. La formation comprend un axe théorique à l'école, enseigné par des médecins et des masseurs-kinésithérapeutes, et une formation pratique, dès la fin de la première année, en stage sur le terrain. Ils vont effectuer 1 470 heures en stage¹⁴⁴ pratique et 2 000 heures de cours dispensées en institut de formation initiale. Le premier rapport avec des professionnels est la rencontre avec les enseignants kinésithérapeutes, puis c'est pendant les stages sur le terrain, alors qu'il est entouré de praticiens diplômés, que l'apprenti kinésithérapeute est confronté à d'autres professionnels en action.

Hughes¹⁴⁵, en décrivant le parcours de l'étudiant en médecine décrypte la socialisation professionnelle des étudiants comme une initiation à une culture

¹⁴² Castel, O. et Gouarne, R. (1995). Représentations du métier de kinésithérapeute. *Kinésithérapie scientifique* (341), 37-53.

¹⁴³ Ibid.

¹⁴⁴ Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute

¹⁴⁵ Hughes, E. (1955). The Making of a Physician - General Statement of Ideas and Problems. *Human Organization*, 14(4), 21-25.

professionnelle et une conversion à une nouvelle identité. Il évoque trois mécanismes qui vont participer à cette conversion.

Le premier est un processus d'« immersion » dans une culture professionnelle. Il y aura donc une rencontre entre le monde profane et le monde des connaisseurs, ici le monde médical, avec son vocabulaire très technique, sa hiérarchie, le monde de la maladie, la tenue vestimentaire blanche et la confrontation avec la personne malade.

Le deuxième mécanisme est nommé « installation dans la dualité » : il s'agit de la confrontation entre le fantasme professionnel, le « modèle idéal », l'idée que se faisait l'étudiant de cette profession et la réalité, le « modèle pratique ». Dans ce deuxième temps, l'étudiant¹⁴⁶ va se projeter dans une carrière future en s'identifiant à « un groupe de référence » qui est le groupe professionnel, ici les masseurs-kinésithérapeutes. Dans son histoire, cette profession aura mis en place des valeurs, des modèles de comportement. L'apprenti-professionnel acquiert ces normes, ces actions pour se conformer à ce groupe.

Enfin le dernier mécanisme qui est constitué par une « phase de conversion » comprend un ajustement entre ses capacités et les possibilités de carrière. En kinésithérapie, le champ est vaste, que ce soit de la pédiatrie, de l'orthopédie, du respiratoire et bien d'autres, du libéral ou du salariat, le tout restant dans la thématique des soins. Le langage technique des kinésithérapeutes permet aussi à l'étudiant qui se l'approprie de se sentir appartenir à un groupe professionnel. Cette sémiologie commune renforce le sentiment de communauté de pensée et l'impression de partager des valeurs. Davis, professeur émérite de sociologie de l'université de Californie, a mené une recherche¹⁴⁷, sur plusieurs années, auprès de différentes promotions d'étudiantes infirmières. Lors de cette recherche, il a approfondi les mécanismes décrits par Hughes. D'après lui, il existe six étapes de « conversion doctrinale » dont la dernière est une « intériorisation durable », moment où l'individu acquiert des réflexes professionnels. Il y aura ensuite une transformation importante de la personnalité, une fois qu'il aura obtenu son diplôme et sera entré dans le monde du travail avec les responsabilités.

Ces stages sur le terrain mettent en contact le futur kinésithérapeute avec des professionnels étant eux-mêmes dans une organisation, que ce soit l'hôpital, le centre de rééducation ou un cabinet en libéral. L'identité des « maîtres de stages » se construit par et

¹⁴⁶ Hughes, E. (1958). *Men at their Work*. Glenoce : The Free Press.

¹⁴⁷ Davis, F. (1966). *The Nursing Profession, Five sociological essays*. New York : Wiley.

dans une organisation. Une fois la formation du masseur-kinésithérapeute légitimée par un diplôme reconnu par l'Etat, ce professionnel continue de se construire à travers les interactions avec son environnement, tout au long de sa vie. Il est difficile, voire impossible, de cloisonner cette identité au travail. Un masseur-kinésithérapeute ne l'est pas uniquement sur son terrain professionnel et il ne perd pas ses réflexes et son savoir une fois loin de son milieu professionnel.

Dubar¹⁴⁸ fait une différence entre l'identité au travail et l'identité professionnelle. Cette dernière constitue une manière de se positionner dans le terrain professionnel et bien au-delà, dans la vie quotidienne, dans la vie sociale. Cette identité professionnelle persiste dans son emprise, hors du monde du travail, sur l'existence. Cette formation professionnelle laisse une trace dans la façon de penser des individus, même s'ils décident de changer de profession.

Cette identité professionnelle en perpétuelle construction s'effectue toujours en rapport avec le groupe d'appartenance professionnelle. Les étudiants en masso-kinésithérapie apprennent la mécanique des corps et vont devoir gérer le rapport au corps du malade. Selon Olry « si le MK¹⁴⁹ est un soignant, sa pratique le singularise parmi les professions paramédicales par une spécificité : le corps-à-corps avec le patient¹⁵⁰ ». Ce rapport à l'autre, qui est souvent occulté dans notre société, ce contact à « fleur de peau » qui ne va pas de soi, sont aussi un apprentissage. Lors de la formation initiale, les étudiants s'entraînent en petit groupe à effectuer des massages, des bilans, des mobilisations¹⁵¹ sur eux, avant de pratiquer en stage sur des malades. « La plupart des enseignants de pratique estime qu'il est indispensable que les étudiants ressentent dans leur corps les sensations provoquées par tel ou tel mouvement avant de les imposer à leurs patients¹⁵² ». La construction de l'identité professionnelle des masseurs-kinésithérapeutes passe donc par le ressenti de son propre corps.

¹⁴⁸ Dubar, C. (2007). Op. cit., p.16.

¹⁴⁹ M.K. : Masseur-kinésithérapeute

¹⁵⁰ Olry, P. et Lang, N. et Froissart-Monet, M-T. (2005). Distance thérapeutique et corps à corps. *Education Permanente* (165), p.1.

¹⁵¹ Mobilisations : Si le mouvement est impossible à effectuer (blocage mécanique, suites postopératoires), le soignant réalise le mouvement pour garder et/ou gagner en amplitude articulaire. La mobilisation peut aussi être volontaire de la part du patient Cette technique permet la récupération musculaire et le gain d'amplitudes articulaires.

¹⁵² Samé, M. (1997). Technique et éthique dans la formation des masseurs-kinésithérapeutes. *Recherche et formation* (24), p. 45.

Une telle découverte de la maladie et de la douleur ne va pas non plus sans quelques chamboulements : découverte de l'impuissance à guérir et des limites de son action, vécues et assimilées sur le terrain. Il existe aussi des principes communs à toute une profession et en même temps personnels suivant le parcours de chacun. Par exemple, la « juste distance¹⁵³ entre thérapeute/patient » se construit aussi en fonction de l'expérience du soignant. Olry souligne que « la bonne » distance est donc sans cesse à trouver pour le praticien et constitue un axe peu travaillé en formation initiale¹⁵⁴».

En s'identifiant à des professionnels, l'étudiant en kinésithérapie apprend à trouver ses propres règles. En tant que professionnelle expérimentée, je participe moi-même de ce processus. Ainsi un étudiant m'a un jour interrogé sur mon rapport aux enfants: « Je t'ai vu embrasser des enfants que tu soignais. Tu n'as pas peur de souffrir s'ils meurent ? Tu ne te protèges pas ? ». C'est par ce type d'échange avec des professionnels confirmés et en fonction de sa propre expérience que l'étudiant élabore sa propre distance « de sécurité ».

L'identification à un groupe professionnel se réalise aussi au travers de ses fonctions et de l'exercice de cette profession. Il existe un « décret d'actes » qui détaille les actes professionnels des masseurs-kinésithérapeutes. Ce décret issu du Journal Officiel, donc de l'Etat, délimite ces actes et ces compétences. Le cadre juridique, définissant les interventions et les conditions d'exercice des masseurs-kinésithérapeutes, participe à l'élaboration de règles professionnelles de ce groupe. Les éléments juridiques contribuent à la construction identitaire du masseur-kinésithérapeute.

1.1.5. Professionnalisation et universitarisation des masseurs-kinésithérapeutes

Le monde de la santé est en mouvement dans le monde entier, la réforme française de 2015 inscrit les études de masso-kinésithérapie dans un cursus Licence-Master-Doctorat (L.M.D.). Même si le niveau licence n'est pas totalement reconnu, il permet à ces professionnels de poursuivre un cursus au niveau master. Dans les pays voisins, cette universitarisation est instituée depuis longtemps, que ce soit en Belgique, dans les pays

¹⁵³ Blanchard, F., Morrone, I., Ploton, L. et Novella, J.L. (2006). Une juste distance pour soigner ? *Gérontologie et société*, (118), 19-26.

¹⁵⁴ Olry, P., Lang, N. et Froissart-Monet, M-T. (2005). Op. cit., p.1.

anglophone ou en Espagne. C'est aussi le cas au Brésil où les professionnels paramédicaux peuvent poursuivre des études jusqu'au doctorat, en particulier dans les écoles universitaires de sciences infirmières.

Cette universitarisation participe à un mouvement de professionnalisation. Même si le terme est polysémique, Wittorski¹⁵⁵ en exploite trois grands sens.

Le premier est la formation d'un individu, qui devient alors un professionnel. Lors de ce processus de transformation, l'individu s'approprie les valeurs, le savoir et les normes de son groupe professionnel. Il s'approprie une identité professionnelle.

Comme évoqué plus haut, durant leur formation initiale, les étudiants masseurs-kinésithérapeutes, apprennent les gestes techniques en les effectuant sur eux-mêmes. Pour Faure¹⁵⁶, l'apprentissage par le corps, permet de transmettre les valeurs professionnelles, en produisant une incorporation.

Cette professionnalisation passe par la formation initiale, par la confrontation avec les pairs, mais aussi par l'expérience et la pratique professionnelles. Lac¹⁵⁷ et Ratinaud expliquent cette « professionnalisation comme relevant pour partie de la (trans)formation d'un système de représentation ». Ces chercheurs en sciences de l'éducation s'appuient, selon une orientation de psychologie sociale, sur la théorie du noyau central conceptualisé par Abric. Les représentations sociales sont organisées autour d'un noyau qui est déterminé par l'histoire, les connaissances et des éléments symboliques et sociaux. Ce noyau est stable mais des éléments plus instables gravitent à sa périphérie et permettent l'adaptation. En effectuant une recherche sur des étudiants d'une filière d'animateur, ils ont mis en évidence une modification des éléments du noyau central et même une augmentation de ces éléments. Leur travaux mettent en évidence que la formation professionnelle agit sur le noyau central et qu'il y a une construction d'une nouvelle forme de représentation. Les étudiants ont une représentation plutôt sociale de la profession en début de formation. Plus tard, à l'issue de la formation et avec l'expérience, ils acquièrent une représentation plus professionnelle. Cette représentation professionnelle a été construite dans « l'action et

¹⁵⁵ Wittorski, R. (2007). La professionnalisation : note de synthèse. *Savoirs* (17), 11-39.

¹⁵⁶ Faure, S. (2000). Apprendre par corps; Socio-anthropologie des techniques de danse. Paris : La dispute.

¹⁵⁷ Lac, M. et Ratinaud, P. (2005). La professionnalisation : approche d'un processus représentationnel. *Journal international sur les représentations sociales*, 2(1), 68-77.

l'interaction professionnelles¹⁵⁸» grâce à la confrontation avec d'autres professionnels et par l'expérience sur le terrain.

La deuxième signification fait appel à la flexibilité du groupe de professionnels, il y a une volonté d'efficacité. Pour L'Abbate¹⁵⁹, le professionnel est construit à partir d'un ensemble de connaissances qui comprend les savoirs et les pratiques professionnelles et qui participent à l'élaboration d'une identité professionnelle. Ces professionnels travaillent sur le terrain avec des partenaires d'autres disciplines professionnelles. Il existe entre eux ce que L'Abbate nomme un « champ », un espace entre les professions où les acteurs de terrains peuvent communiquer et chercher un appui, de l'entraide pour pouvoir accomplir leurs propres tâches. On pourrait appeler cela l'interdisciplinarité. Cet ensemble est une construction en constant mouvement qui se réajuste continuellement. Cette dynamique est un processus de professionnalisation. Le professionnel doit mettre à jour ses compétences pour s'adapter aux transformations des situations de travail. Pour préciser cette notion, L'Abbate¹⁶⁰ s'appuie sur la formation, sur l'expérience et sur le travail avec des professionnels d'autres champs. Travaillant avec des professionnels de santé, elle intègre dans la professionnalisation de ces personnes « que la santé-maladie doit être comprise comme un processus dans lequel le biologique et le social se trouvent profondément articulés, que la dimension sociale, dans un sens plus ample, comprend des conditions matérielles de vie, le niveau d'instruction, l'accès aux biens culturels et symboliques à travers chaque individu interprète et réinterprète ce qui se passe dans sa vie et avec son corps ». Le professionnel de santé doit prendre en considération la personne dans son environnement, et reconnaît ainsi le rôle du patient, un rôle plutôt actif. Le patient est considéré ici, comme sujet et non comme assujetti.

Pour Delplanque, masseur-kinésithérapeute et formateur, la démarche diagnostic en kinésithérapie, « s'inscrit dans une démarche plus large qui replace la kinésithérapie au sein d'un projet de soin global et pluri-professionnel¹⁶¹ ». Le masseur-kinésithérapeute travaille en collaboration avec d'autres professions de santé. Il évalue les problématiques

¹⁵⁸ Bataille, M., Blin, J.F. Mias, C. et Piasser, A. (1997). Représentations sociales, représentations professionnelles, système des activités professionnelles. *L'année de la recherche en Sciences de l'éducation*. p.60.

¹⁵⁹ L'Abbate, S. (14 mai 2009). La professionnalisation dans le domaine de la santé collective au Brésil. *Symposium 5 : Université et pensée critique*. Université Paris8-Vincennes-Saint-Denis. p.10

¹⁶⁰ Ibid., p.11.

¹⁶¹ Delplanque, D. (2009). La démarche diagnostique en kinésithérapie : un concept de soins. *Conférence INKS, Salon mondial de rééducation*, Vincennes, Octobre 2009. p.4.

du patient et « les répercussions sur le projet de vie du patient¹⁶² ». Les masseurs-kinésithérapeutes doivent permettre à la personne malade de retrouver une autonomie la plus importante possible, pour vivre chez elle.

Le troisième sens de la professionnalisation a été beaucoup travaillé par la sociologie des professions anglo-saxonnes. Il s'agit d'un processus qui touche l'ensemble des individus appartenant à un groupe professionnel et qui transforme un métier en profession, en un groupe social professionnel autonome. C'est une évolution dynamique induite par des professionnels. Ce mouvement qui transforme un métier, défini par Altet¹⁶³ comme très fortement manuel avec une transmission implicite du savoir-faire par imitation, de type compagnonnage ; en profession, fait référence à un certain statut social, une reconnaissance et une autonomie.

Bourdoncle¹⁶⁴ met en avant les caractéristiques des professions sociologiquement considérées comme « établies ». Elles possèdent une base approfondie de connaissances, un souci prioritaire de l'intérêt général, une éthique assimilée qui gouverne leurs comportements et qui est contrôlée par des associations professionnelles et garantie par un statut social. En contrepartie des services rendus, le professionnel reçoit des honoraires.

L'universitarisation de la formation suppose que les connaissances soient « professées », c'est-à-dire exposées publiquement par des moyens écrits et oraux. Devoir formaliser ses connaissances et ses pratiques oblige à effectuer un travail de rationalisation et donc à fabriquer un savoir pouvant être transmis. Ces savoirs ne sont pas seulement « des savoirs incorporés dans des gestes que l'on imite¹⁶⁵ ». Cette recherche, la constitution et la transmission des savoirs trouvent leur place à l'université, lieu spécifique de leur production, conservation et transmission. Il doit y avoir aussi une reconnaissance étatique de cette détention d'un savoir spécialisé, élevé et d'une certaine autonomie du fait de l'utilité pour tous.

Dans la constitution et la transmission de ces savoirs, l'écriture tient un rôle central. Elle permet de formaliser et conserver les savoirs afin de pouvoir les enseigner. Elle rend possible leurs circulations, leurs transmissions et leurs évolutions en assurant leur

¹⁶² Ibid.

¹⁶³ Altet, M. (1994). *La formation professionnelle des enseignants, Analyse de pratiques et situations pédagogiques*. Paris : P.U.F.

¹⁶⁴ Bourdoncle, R. (1991). La professionnalisation des enseignants : analyses sociologiques anglaises et américaines. *Revue française de pédagogie* (94), 73-92.

¹⁶⁵ Bourdoncle, R. (2007). Autour du mot "Universitarisation". *Recherche et Formation* (54), p137.

traçabilité. Les savoirs incorporés, eux, sont transmis par imitation, ce qui limite leur diffusion et ne favorise pas leur évolution. Cette distinction entre les différentes formes de savoirs a d'ailleurs été une des raisons qui a fait exclure les chirurgiens de l'enseignement à l'université en 1660¹⁶⁶, ceci au motif que « comme tous les métiers manuels (et par opposition à l'enseignement Universitaire), la chirurgie se transmet par l'apprentissage et suit la tradition des compagnons ouvriers. ». L'université est, déjà au XVII^e siècle, le lieu des savoirs écrits, de leur rationalisation et par opposition, les savoirs considérés comme liés au corps et supposés s'acquérir par imitation n'ont pas leur place à l'Université.

Chapoulie¹⁶⁷ insiste sur la dimension sociale des professions, en précisant que les compétences techniquement et scientifiquement fondées, détenues par une communauté, la profession (comme groupe social spécifique organisé et reconnu réelle partageant « identité » et « intérêt »), lui confère une place socialement élevée.

Certains sociologues comme Carr-Saunders et Wilson¹⁶⁸ font plutôt l'apologie des professions, avec leurs compétences spécialisées et les progrès de leur expertise. Pour eux, une profession existe à partir du moment où un nombre précis d'individus, ayant reçu une formation particulière, utilise des techniques définies. Ils ajoutent à ces critères une spécialisation des services qui contribue à augmenter la satisfaction des clients, une formation spécifique qui donne lieu à une culture professionnelle et la création d'associations professionnelles qui définissent les règles de conduite et un code de déontologie. D'autres courants signalent les dérives de la professionnalisation, comme les auteurs wébériens¹⁶⁹ qui pointent la fermeture sociale, une fermeture sur la base du diplôme qui gère l'économie de marché en restreignant l'accès à la profession à une élite.

On peut se demander si, dans notre société occidentale, ce n'est pas d'abord le caractère scientifiquement prouvé que le public recherche : une expertise sur fond de faits scientifiques reconnus permettant la disparition du « possible charlatanisme » ?

Si on analyse la masso-kinésithérapie à l'aune de ces définitions sociologiques, on remarque que les masseurs-kinésithérapeutes ont une relation particulière au corps. Ils travaillent avec leurs mains et touchent les corps des malades. C'est un métier manuel,

¹⁶⁶ Zarzavadjian Le Bian, A. (mars 2015). *Approches éthiques des prises de décision limites en chirurgie, dans le cadre de l'innovation*. Thèse de doctorat. Université René Descartes Paris V. p. 12.

¹⁶⁷ Chapoulie, J.M. (1973). Sur l'analyse sociologique des groupes professionnels. *Revue française de sociologie*, 14(1), 86-114.

¹⁶⁸ Carr-saunders, A.M. et Wilson, P.A. (1933). *The professions*. London : Oxford University Press.

¹⁶⁹ Boussard, V., Dubar, C. et Tripier, P. (2014). *Sociologie des professions* (4e éd.). Paris : Armand Colin.

mais son histoire montre que la physiothérapie, qui comprend entre autre la mécanothérapie, l'électrothérapie et la balnéothérapie, relève de techniques complexes qui nécessitent des connaissances scientifiques en physiques et en mathématiques. Il existe donc, comme pour les chirurgiens du XVII^e siècle, une tension entre ce métier manuel et les connaissances scientifiques que le professionnel doit maîtriser pour exercer la masso-kinésithérapie. Cette tension apparaîtra lors des entretiens de terrain, effectués pour cette recherche.

Malgré des recherches faites¹⁷⁰, certaines techniques comme la rééducation des pieds bots ou la kinésithérapie respiratoire¹⁷¹ restent encore soumises à polémiques. Cependant, ce métier nécessite des savoirs, des connaissances pointues aussi bien sur le corps humain, son anatomie, sa physiologie que sur les techniques de rééducation.

La formation, en masso-kinésithérapie, est réalisée aujourd'hui en quatre ans et comprend la validation d'une partie des modules par une université. D'après Bourdoncle¹⁷², l'universitarisation d'une profession affecte les savoirs, les structures et les personnels de cette dernière. Ces savoirs sont transmis, écrits mais doivent aussi évoluer, d'où une place importante de la recherche, que seule l'université est habilitée à prodiguer. Cette universitarisation, initiée par le décret de 2015, est un véritable remaniement des études de masso-kinésithérapie. La formation est basée sur l'évaluation des compétences et laisse une large place aux travaux personnels de l'étudiant. L'article 15 du décret du 2 septembre 2015¹⁷³, stipule que « le passage du premier au deuxième cycle s'effectue par:(...) la validation de l'unité d'enseignement d'intégration (...) Démarche et pratique clinique : élaboration du raisonnement professionnel et analyse réflexive ». Ce texte fait référence au paradigme du praticien réflexif décrit par Schön¹⁷⁴. L'analyse réflexive met en avant l'analyse des pratiques. Cette démarche d'évaluation et d'analyse fait partie d'un dispositif de professionnalisation. Elle aide au « changement des représentations¹⁷⁵ », mis en évidence par le travail de Lac et Ratinaud. Cette démarche favorise « l'émergence de

¹⁷⁰ L'A.F.R.E.K (Association Française pour la Recherche et l'Evaluation en Kinésithérapie) finance et publie certaines recherches en kinésithérapie.

¹⁷¹ Bronkinou 1

¹⁷² Bourdoncle, R. (2007). Op. cit.

¹⁷³ Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute (JORF no 0204 du 4 septembre 2015)

¹⁷⁴ Schön, D.A. (1993). *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal : Éditions Logiques.

¹⁷⁵ Altet, M. (2000). L'analyse de pratiques, une démarche de formation professionnalisante ? *Recherche et Formation* (35). p.35.

compétences collectives, participant en cela à la construction progressive d'une culture commune¹⁷⁶ » et d'une identité professionnelle, ici celle des masseurs-kinésithérapeutes.

La formation initiale se termine par la soutenance d'un mémoire professionnel validé par un diplôme d'Etat, donc certifié par l'Etat, ce qui constitue une reconnaissance des compétences acquises pendant la formation. Ce mémoire professionnel est lui aussi en pleine mutation, il est calqué sur le modèle de la maîtrise universitaire. La soutenance du mémoire est décrite par Bourdoncle¹⁷⁷ comme un mécanisme pouvant « assurer la transformation personnelle nécessaire pour que vous vous sentiez à tout jamais médecin, avocat ou universitaire ». C'est une sorte de rite initiatique. Certains instituts de formations, comme l'institut de Grenoble ou celui de l'Ecole Nationale de Kinésithérapie et de Rééducation (E.N.K.R.E) de Saint Maurice, privilégient un mémoire professionnel axé sur une initiation à la recherche. Ces établissements mettent l'accent sur l'aspect formateur de la recherche. Au niveau des structures, les liens avec les universités sont encore très variables en France, certaines écoles comme l'E.N.K.R.E envoient leurs étudiants suivre une partie des cours dans une université, d'autres encore comme les étudiants de Limoges, suivent une partie de leurs cours dans les locaux d'une université.

La formation des kinésithérapeutes est élitiste puisque l'accès à la profession est restreint par un *numerus clausus*. Le masseur-kinésithérapeute ne peut travailler que sur prescription médicale, mais depuis le 14 janvier 2006¹⁷⁸, il peut à son tour prescrire certains « dispositifs médicaux ». Ce professionnel est libre du choix de ses techniques. Il existe un ordre professionnel depuis 2006¹⁷⁹. Même si l'exercice de la masso-kinésithérapie reste dépendant d'une prescription médicale, il existe un début d'autonomie de la profession avec l'ordre professionnel, un niveau d'études reconnu de niveau licence et une partie de la formation validée par l'université. Le service que rend la kinésithérapie est d'utilité publique puisqu'il touche à la santé, il répond à des besoins indispensables de l'être humain. La plupart des formateurs, enseignants dans les instituts de formations initiales, ont dû suivre un cursus universitaire pour obtenir un master. Mais il n'existe pas encore de poste d'enseignant-chercheur spécifique en masso-kinésithérapie.

¹⁷⁶ Perez-Roux, T. (2015). Formation des enseignants et enjeux identitaires : entre dispositifs à visée réflexive, acteurs et contextes d'insertion. *Education et Formation*, p.14.

¹⁷⁷ Bourdoncle, R. (1991). Op. cit.

¹⁷⁸ JORF n°11 du 13 janvier 2006

¹⁷⁹ Décret n°2006-270 du 7 mars 2006

La masso-kinésithérapie, en particulier en exercice libéral, peut donc être considérée comme une profession au sens de Carr-Saunders et Wilson.

Cette professionnalisation est perçue comme une amélioration, grâce à la rationalisation des savoirs, une spécialisation et des compétences délimitées. C'est ce qui se passe pour la masso-kinésithérapie, diplôme qui « s'obtient par l'acquisition des compétences définies dans le référentiel de compétences mentionné à l'article D. 4321-15¹⁸⁰ ». Mais comme le démontre Morin¹⁸¹ la professionnalisation, est une spécialisation qui comporte aussi une part de négatif. Monceau¹⁸² travaille ce négatif, en abordant la professionnalisation comme une institutionnalisation au sens de Lourau¹⁸³ en analysant les tensions. Tous deux utilisent le terme de déprofessionnalisation pour mettre en lumière « ce qui est produit¹⁸⁴ » et « ce qui dépérit dans la dynamique du processus de professionnalisation¹⁸⁵ ».

Pour Morin « toute compétence qui comporte des limites va détruire, au-delà d'un certain seuil, l'aptitude générale à s'adapter au particulier et à l'aléatoire¹⁸⁶ ». La professionnalisation risque, par l'hyperspécialisation des professionnels, d'appauvrir leurs capacités d'adaptation et d'innovation. Ils ont la certitude qu'ils se trouvent « au lieu central de la vérité¹⁸⁷ » et ils peuvent alors s'enfermer dans le discours professionnel, ce qui peut entraîner un repli des idées sur les acquis, en inhibant l'innovation.

L'écriture participe de la professionnalisation, avec les savoirs universitaires transmis par écrit et les pratiques d'écritures professionnels.

¹⁸⁰ Décret n° 2015-1110 du 2 septembre 2015

¹⁸¹ Morin, E. (1979). *À propos de la déprofessionnalisation*, « déprofessionnalisation » (colloque organisé par la revue *Critère*), Montréal (<http://agora.qc.ca/>). (Consulté le 12.08/2016)

¹⁸² Monceau, G. (2006). Éthique et idéologie professionnelles. *Recherche et formation* (52), 55-70.

¹⁸³ Lapassade, G. et Lourau, R. (1971). *Op. cit.*, p. 200.

¹⁸⁴ Monceau, G. (2006). *Op. cit.*, p.57.

¹⁸⁵ Monceau, G. (2006). *Op. cit.*, p.57.

¹⁸⁶ Morin, E. (1979). *Op. cit.*

¹⁸⁷ *Ibid.*

1.1.6. L'écriture : une technologie intellectuelle et cognitive.

Selon une légende¹⁸⁸, l'écriture est une invention humaine qui donne le pouvoir à qui la détient. L'écriture, au regard de l'histoire, a toujours été la possession d'une certaine population très cultivée qui détenait le pouvoir. Maîtriser les codes de l'écriture montre une certaine instruction et des compétences.

Jack Goody¹⁸⁹, anthropologue anglais, a mené des recherches sur les effets de l'écriture. Suite à une expérience entraînant l'impossibilité d'écrire et de lire, il a ressenti une véritable privation intellectuelle. Cela l'a poussé à étudier les formes scripturales et leurs effets lors de leur apparition dans les sociétés primitives. Dans son livre, *La raison graphique*, il revisite l'histoire par le biais de l'évolution de l'écriture, en commençant par ses débuts à l'ère mésopotamienne, avec une écriture plus symbolique qui sert à comptabiliser du bétail. Puis, il travaille sur l'apparition de l'écriture dans des sociétés orales et sur les effets de cette écriture. Il s'est ainsi rendu compte que l'une des premières actions réalisées avec l'écriture était d'établir des listes¹⁹⁰, donc d'organiser des objets en catégories, de les classer et de s'en servir de support mémoire. Goody¹⁹¹ démontre alors, que l'écriture est une technologie intellectuelle, elle ne se résume pas à une simple retranscription de la parole. « Même si l'on ne peut raisonnablement pas réduire un message au moyen matériel de sa transmission, tout changement dans le système des communications a nécessairement d'importants effets sur les contenus transmis¹⁹² ». L'action qui consiste à écrire des listes, à classer les objets oblige les opérateurs à repenser la place de ces objets et à se poser des questions au sujet de leur nature et leur fonction.

L'écrit est un support de réflexion théorique sur l'environnement de l'homme, un support sur des choses abstraites. Outre cet effet théorique, il y a un changement dans les rapports sociaux. L'aspect mnésique empêche l'oubli de dettes et met l'accent sur certains comportements. Cela a pour effet de montrer du doigt certaines personnes de la tribu qui, de ce fait, perdent leur prestige, le respect, voire du pouvoir. L'écriture est une sorte de « mémoire externe », une mémoire collective qui, grâce à sa capacité de stockage illimitée,

¹⁸⁸ Weinberg, A. (2000). Un tremplin pour la pensée. *Sciences humaines* (109), 22-25.

¹⁸⁹ Isnard, E. (2009). Jack Goody, Pouvoirs et savoirs de l'écrit. *L'homme* (189), 274-277.

¹⁹⁰ Goody, J. (1979). Op. cit.

¹⁹¹ Goody, J. (1979). Ibid.

¹⁹² Goody, J. (1979). Ibid. p.46.

permet de garder une trace à travers le temps et dans l'espace. Pour Olson¹⁹³, l'acte d'écrire libère l'activité intellectuelle de la mémorisation, qui peut alors se consacrer à une plus grande réflexion. Cette propriété réflexive est également abordée par Goody¹⁹⁴. L'écriture permet de retravailler un texte, contrôler les termes et modifier les idées. Alors que la parole orale est spontanée et instantanée, une fois le mot exprimé on ne peut plus le modifier. Le texte permet une relecture et une correction dans le temps.

D'après Lahire¹⁹⁵, l'écrit permet une distanciation par rapport aux idées, ainsi le scripteur peut mieux structurer, organiser et approfondir sa pensée et améliorer son argumentation. C'est en écrivant nos pratiques que nous pouvons mieux les appréhender. Auguet¹⁹⁶ insiste sur l'écrit qui oblige à mettre un ordre dans notre récit et à organiser nos idées. Cet ordre va donner un nouveau sens à notre récit. L'écriture est donc un support à la « structuration de la pensée¹⁹⁷ ». C'est écrire pour mieux penser, pour mieux comprendre. Toute écriture est intimement liée à la lecture, l'écriture fait savoir quelque chose à un autre, qui est le lecteur. Elle expose une pensée que quelqu'un peut s'approprier et qui donne matière à réflexion. Cela produit du savoir, de nouvelles pensées et connaissances. L'écriture est une manifestation sociale, un moyen de communication.

Dans le domaine professionnel, écrire sur ses pratiques matérialise les démarches d'analyse des situations et objective les prises de décisions. Signeyrole¹⁹⁸ montre que cette écriture permet à l'étudiant kinésithérapeute de se transformer. « Avec le travail écrit, on n'apprend pas à des étudiants à écrire, on leur propose d'acquérir une forme d'écriture qui va à son tour mobiliser de nouvelles formes de pensée : réflexion sur leur action, conception du métier, représentation de leur rôle dans la société¹⁹⁹ ». Ils construisent alors un raisonnement professionnel. Monceau²⁰⁰ décrit l'écriture comme un catalyseur de réflexion. A l'aide du journal de bord, une écriture régulière sur sa pratique de chercheur,

¹⁹³ Olson, D. (1998). *L'univers de l'écrit*. Paris : Retz.

¹⁹⁴ Goody, J. (2007). Op. cit.

¹⁹⁵ Lahire, B. (1993). *Culture écrite et inégalité scolaire*. Lyon : P.U.L.

¹⁹⁶ Auguet, G. (1996). Le récit, de l'ordre dans un nuage. *Cahiers pédagogiques* (346), 55-56.

¹⁹⁷ De Fornel, M. (1997). La peine à écrire. Dans Fabre, D. (dir.) *Par écrit* (pp.105-123). Paris : Editions de la maison des sciences de l'homme.

¹⁹⁸ Signeyrole, J. (2000). Question d'écriture. *Kiné actualité* (803), 8-10.

¹⁹⁹ Signeyrole, J. (2004). L'émancipation professionnelle par l'écriture. *Recherche en kinésithérapie* (2), p.14.

²⁰⁰ Monceau, G. (2001). Journal de recherche et formation des chercheurs dans les sciences de l'homme. *Dossiers pédagogiques* (11), 17-20.

le praticien-chercheur peut mieux comprendre ses implications dans l'institution et dans son objet. Se produit alors une évolution du chercheur.

L'écriture professionnelle est un acte d'investissement personnel, qui engage aussi la profession. « Pour une profession, l'écriture représente un enjeu d'envergure parce qu'elle donne une certaine image de son activité en ce qu'elle est visible, lisible, bref, qu'elle est "chose" publique²⁰¹ », c'est une trace qui témoigne de la profession. Signeyrole insiste sur l'aspect politique : « elle est au service d'une profession et de sa promotion²⁰² », L'écriture est au service de la preuve et permet d'évaluer des pratiques. Il s'agit bien d'affirmer, comme Labbe²⁰³ le souligne, une identité professionnelle. Puisqu'il y a là une « visibilité » des pratiques, il est attribué à l'écriture une mémoire durable qui peut être consultée à distance de temps et de lieu. Cette écriture sert aussi de « trace », sur laquelle la justice s'appuie. Il y a un glissement de la trace à la preuve, que l'on nomme « traçabilité ».

Dans le monde de la santé, cette écriture professionnelle devient institutionnelle et prend la forme de dossiers de santé ou dossier du patient. Ce dossier du patient est défini par l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France, comme « Le dossier de soins est un document nominatif, personnalisé pour chaque patient, regroupant l'ensemble des informations concernant la personne soignée. Il est renseigné par les professionnels paramédicaux et sociaux et fait partie intégrante du dossier du patient. Il constitue un outil au service de la sécurité et de la qualité des soins pour les patients et pour les professionnels. La qualité de la traçabilité des données présente également des enjeux de professionnalisation et d'amélioration des pratiques²⁰⁴ ». L'écriture professionnelle des soignants n'est plus une simple retranscription de leurs actes professionnels, mais devient un élément important pour la « sécurité et [...] la qualité des soins » et comporte désormais des enjeux pour les professions. Ce dossier de soins, en secteur hospitalier, est considéré comme un document à valeur juridique et légale²⁰⁵.

²⁰¹ Signeyrole, J. (2007). *Ecritures et clinique : d'un texte à l'autre. Actes JNKS Marseille 2007.*

²⁰² Signeyrole, J. (2000). *Op. cit.*, p.9.

²⁰³ Labbe, P. (1999). L'écriture professionnelle. *Soins encadrement-formation* (31), 25-30.

²⁰⁴ ARS Ile de France. (2012). Le dossier de soins : contenu, utilisation, évaluation.

http://www.iledefrance.paps.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/PAPS/Vieprofessionnelle.APPP/Dossier_de_soins_version_Def.pdf (consulté le 03/06/2016)

²⁰⁵ Grosjean, M. et Lacoste, M. (1998). L'oral et l'écrit dans les communications de travail ou les illusions du « tout écrit ». *Sociologie du travail*(4), 439-461.

Cette écriture institutionnelle répond à des codes et se pratique dans un contexte déterminé. La structure de l'écriture institutionnelle est définie par l'institution, non sans avoir des impacts sur la forme et sur le fond de cette écriture. L'écriture est conditionnée par la demande de l'institution, dans laquelle elle s'inscrit. Lourau nomme cela, l'« effet Goody²⁰⁶ ». Cette écriture est dépendante de l'institution et des supports sur lesquels elle est produite. L'utilisation du papier comme support de l'écriture et ensuite de l'imprimerie a été, selon Goody, une révolution. La copie des écrits est plus facile, rapide, autorisant une augmentation du nombre d'exemplaires. La transmission des idées est ainsi facilitée et les échanges plus aisés.

A l'ère des « nouvelles technologies », les supports d'écriture évoluent et se multiplient. Boullier²⁰⁷, sociologue français, reprend le concept de Goody, l'écriture comme une technologie intellectuelle, mais il associe plutôt l'adjectif cognitif à l'écriture. Le numérique est une technologie qui comprend une dimension cognitive car il y a aussi des symboles, des signes et un langage numérique. Le numérique repose sur des calculs permanents. Boullier analyse l'écriture numérique comme une technologie qui a des effets sur notre cognition. Il reprend le cadre théorique de Goody pour analyser cette écriture numérique.

D'après Boullier, « le numérique amplifie donc de façon considérable notre tendance à mettre le monde en listes, en procédures et nous force d'une certaine façon à respecter leurs prescriptions²⁰⁸ ». Le programme informatique est une liste d'instructions, avec des algorithmes et des codes. Il expose les propriétés cognitives d'une telle liste, avec la catégorisation, la liste en ordre et la navigation qui est plus rapide. Selon lui, « il n'existe pas de savoirs sans support matériel, que ce soit pour leur élaboration, leur mémorisation, leur discussion ou leur circulation²⁰⁹ », et l'écriture numérique avec ses suites de signes est un support au savoir. La base de données qui ressemble au tableau « finit par imposer son cadre de pensée à chaque opérateur à tel point que, par effet de l'habitude, on finira par considérer comme allant de soi, comme naturelles, les catégories que l'on manipule, qui

²⁰⁶ Lourau, R. (1988). *Le journal de recherche, matériaux pour une théorie de l'implication*. Paris : Méridiens Klincksieck.

²⁰⁷ Boullier, D. (2016). *Sociologie du numérique*. Paris : Armand Colin.

²⁰⁸ Ibid., p.133.

²⁰⁹ Ibid., p.132.

finissent en fait par nous manipuler²¹⁰». Notre pensée se construit par l'utilisation de ces technologies, qui impactent notre manière d'appréhender le monde.

L'écriture professionnelle s'effectue, aujourd'hui, en grande partie sur informatique. Mais les outils changent, les espaces deviennent mobiles et l'écriture est remaniée. Même dans des endroits dédiés au soin, comme les établissements de santé, l'utilisation de cette écriture numérique envahit l'espace et les pratiques professionnelles en sont modifiées. Le courrier électronique participe de cette évolution.

1.2. Un point sur l'évolution de l'écriture des masseurs-kinésithérapeutes salariés.

Les masseurs-kinésithérapeutes ont une relation particulière avec le corps humain. Ils le touchent, le massent, le soulagent grâce à un outil précieux : la main. C'est une histoire de corps-à-corps. Les savoirs spécialisés requis par leur pratique professionnelle portent autant sur le corps humain, son anatomie, sa physiologie que sur les techniques de rééducation. En partie issus de la médecine, ces savoirs sont considérés comme scientifiques et rationnels. L'histoire de la masso-kinésithérapie montre l'évolution des attentes des pouvoirs publics et des organisations professionnelles, mais sur le terrain, il est intéressant d'observer les mutations des pratiques et ce qu'elles ont comme effets sur l'identité professionnelle et sur les masseurs-kinésithérapeutes. L'écriture devient en 2000²¹¹ une obligation professionnelle, fixée par la loi.

Cette évolution sera présentée ici par un retour sur deux enquêtes que j'ai réalisées en 2000²¹² et en 2004²¹³. La première a porté sur le rapport à l'écriture des masseurs-kinésithérapeutes hospitaliers, la seconde sur la manière dont l'informatisation de l'établissement hospitalier modifie le rapport à l'écriture et à la profession. Le retour sur ces travaux préliminaires à la recherche doctorale permet d'observer l'évolution des pratiques professionnelles, mais aussi du rapport des masseurs-kinésithérapeutes à leur profession suite à l'utilisation de l'écriture professionnelle.

²¹⁰ Ibid., p.132.

²¹¹ Décret n°2000-577 du 7 juin 2000.

²¹² Pilotti, A. (2002). Op. cit.

²¹³ Pilotti, A. (2004). *L'écriture « connectée » des masseurs-kinésithérapeutes hospitaliers. Une écriture qui les inscrit dans l'institution*, Mémoire de D.E.A. en sciences de l'éducation, Université de Paris VIII.

1.2.1. Ecrire ? Pourquoi ?

Pour la première enquête, j'avais choisi en 2000 d'interviewer des masseurs-kinésithérapeutes d'Île-de-France exerçant dans quatre établissements de santé différents. Lors de cette enquête, les professionnels rencontrés avaient pour idéal d'être attentifs aux patients, de favoriser le dialogue et de privilégier les relations humaines. Leurs principaux modes d'action étaient plutôt l'observation, le contact physique et la parole. C'est à travers l'ensemble de ces caractéristiques que les masseurs-kinésithérapeutes se reconnaissaient et se définissaient. Les implications libidinales²¹⁴ étaient perceptibles dans la pratique professionnelle et ils donnaient de l'importance au fait de « passer du temps auprès de²¹⁵ » leurs patients. Cette attention au corps, grâce à laquelle les masseurs-kinésithérapeutes lisent des signes et effectuent des soins, permet aussi de transmettre des informations par les relations qu'elle génère.

Pour la majorité des professionnels rencontrés lors de cette première enquête, écrire consistait à être seul face à une feuille de papier. Ils disaient y « perdre du temps » et considéraient qu'ils devaient le faire « en plus de leur travail ». Cette tâche n'était pas considérée par eux comme faisant partie de la pratique professionnelle. Le masseur-kinésithérapeute privilégiait la communication de proximité, centrée sur le sujet vivant. Le « bon masseur-kinésithérapeute » était d'abord défini comme étant celui qui passe du temps physiquement auprès de son patient alors que celui qui écrivait était montré du doigt. L'écriture n'était pas une pratique obligatoire et cela ne posait aucun problème à ceux qui s'abstenaient de la pratiquer. Il n'y avait pas de commande officielle de la part de la hiérarchie proche, de l'administration, ni de la justice. Certains masseurs-kinésithérapeutes écrivaient quelques mots dans les dossiers des patients, la veille des « staffs²¹⁶ », sur demande du cadre infirmier, pour qui écrire était un acte professionnel à part entière.

²¹⁴ Défini par Lourau : Ce sont les relations libidinales qui s'établissent entre le sujet et l'institution.

²¹⁵ Pilotti, A. (2002). Op. cit. p.103.

²¹⁶ Staff : réunion de plusieurs professionnels de santé, médecins, infirmières, rééducateurs etc., qui font le point sur la prise en charge de chaque malade.

Ainsi, aucun des masseurs-kinésithérapeutes rencontrés en 2000 et 2001 n'écrivait de façon journalière même si certains écrivaient une fois par semaine. Certains rédigeaient des bilans lors de l'hospitalisation des malades ou quelquefois un compte-rendu à la sortie du patient, lorsqu'il y avait une demande. D'autres n'écrivaient jamais. Les écrits étaient plutôt courts, succincts, peu descriptifs et comportaient des abréviations. Pour expliquer l'absence d'écriture régulière, les masseurs-kinésithérapeutes évoquaient le manque de temps et l'urgence qui, pour eux, était le soin avec le patient. Le temps d'écriture était rarement pris en compte par la hiérarchie dans le temps de travail. D'autres paramètres, comme l'accessibilité au dossier de soins qui se trouvait dans le poste infirmier, au staff ou dans le bureau des médecins, rendaient difficile l'écriture dans les dossiers. Les masseurs-kinésithérapeutes disaient que leurs écrits n'étaient pas lus par les médecins ou les infirmiers. Ecrire de façon institutionnelle, c'était s'éloigner de son patient. Résister à cet acte pouvait signifier une résistance à l'éloignement physique du malade, à la distanciation de son idéal professionnel, le « corps-à-corps ». Un autre élément, qui fait partie de la construction de l'identité professionnelle, a été évoqué lors des entretiens. Seul l'un des masseurs-kinésithérapeutes avait vu, durant sa formation initiale, des masseurs-kinésithérapeutes écrire dans les dossiers des patients. Les autres disaient n'avoir jamais écrit dans les dossiers des patients lorsqu'ils étaient étudiants, ni vu des masseurs-kinésithérapeutes le faire sur les terrains de stage. La plupart des masseurs-kinésithérapeutes avaient eu leur diplôme avant 1993, et n'avaient pas eu de mémoire professionnelle à rédiger.

1.2.2. Ecrire et investir l'espace

Dans les années 2000, la construction d'un hôpital parisien affichant la volonté d'être totalement informatisé, sans dossier papier, coïncide également avec une demande légale²¹⁷ d'écriture, objectivée par un décret. Cette pratique d'écriture professionnelle « commandée » par le législateur, par les administrations hospitalières et par les agences gouvernementales, a pour mission d'évaluer la qualité des soins et se concrétise par la mise en place de réseaux informatiques internes à l'établissement de soins, réseaux dans lesquels doivent se trouver les dossiers des patients. L'obtention des accréditations données

²¹⁷ Décret n°2000-577 du 7 juin 2000.

par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), aujourd'hui dénommée Haute Autorité en Santé (HAS), nécessite une traçabilité des soins. Cette traçabilité, qui est synonyme de « preuve », est facilitée par l'informatisation des dossiers du patient.

Les établissements de soins investissent dès lors de plus en plus dans l'informatisation des dossiers des patients. Je suis donc allée voir sur place, dans cet hôpital parisien pilote, ce qui se passait pour les masseurs-kinésithérapeutes. J'ai pu y observer les résistances, les adaptations et les changements de comportement induits par l'introduction d'une écriture connectée à un réseau intranet.

1.2.2.1. L'écriture sur le réseau interne informatique

Dans l'établissement de santé étudié, l'écriture manuscrite cohabitait avec l'écriture électronique. J'ai observé l'écriture sur le réseau interne informatique de cet hôpital. Ce réseau interne est appelé « intranet » et comporte un accès au Dossier Informatisé du Patient. Il existe différents logiciels de Dossier du Patient Informatisé, y compris dans le même établissement dans des services distincts. Le fait de disposer de ses propres outils permet à chaque entité de délimiter son territoire et de se distinguer des autres. Dans cet hôpital, les prescriptions médicales se font informatiquement. Elles mentionnent le nom du médecin et l'horaire de tous les écrits dans le dossier est mentionné. Pour accéder aux dossiers des patients, le soignant dispose d'un code qui lui est personnel. Ce code conditionne des habilitations spécifiques concernant l'écriture et l'accès aux informations. Il existe, dans ce logiciel informatique, deux types de dossiers informatisés de patients :

- le dossier informatique du patient qui comporte un fichier par profession de santé. Pour consulter les transmissions, le médecin doit cocher, par exemple, la case « kinésithérapeute » ou « psychologue ». Il doit donc faire le choix de lire tel ou tel type de compte-rendu.

- les transmissions quotidiennes s'inscrivent à la suite les unes des autres dans un document du type de ceux que Fraenkel²¹⁸ appelle des « chaînes d'écritures ». Cependant, certains fichiers sont spécifiques aux radiographies et examens divers.

Ces différents écrits sont produits dans divers espaces/temps au sein de l'hôpital. Il suffit d'avoir accès à un ordinateur connecté sur le réseau interne de l'hôpital et à un code d'accès pour lire ou écrire dans le dossier des patients.

Les lecteurs potentiels de ces écrits prennent alors de multiples visages : le médecin, l'infirmière, la psychologue, le collègue, le cadre. L'existence de ces lecteurs influe sur les formes prises par l'écriture et sur son contenu. Ainsi, le constat suivant formulé par un masseur-kinésithérapeute, constitue un bel exemple de ce que Lourau a identifié sous le nom d'effet Goody²¹⁹ (effet rétroactif de la réception de l'écrit sur la production de celui-ci) : « on s'est rendu compte que les infirmières lisaient les transmissions, alors qu'au début on pensait que c'était vraiment un truc entre nous, et du coup, on essaie de pas utiliser d'abréviations²²⁰ ». Les transmissions informatiques, inscrites dans une chaîne d'écriture, sont différentes de celles observées sur les terrains précédents lors de ma première recherche. Les phrases sont construites, il y a moins d'abréviations, et les masseurs-kinésithérapeutes évitent les termes trop spécifiques à leur profession. Le message est plus clair et compréhensible.

On se rend compte que, lorsqu'ils ont le choix, ces professionnels privilégient désormais les transmissions écrites dans cette chaîne d'écriture, plutôt que dans les fichiers par profession. Ils lisent les transmissions des autres professionnels de santé et savent qu'ils vont être lus à leur tour. Dans cet hôpital, les masseurs-kinésithérapeutes semblent avoir ainsi trouvé leur place et se sentent mieux intégrés dans l'équipe soignante qui gravite autour du patient.

Ces écrits informatisés sont lisibles à l'hôpital, où l'écriture souvent illisible des médecins est presque devenue un trait identitaire. Cette lisibilité scripturale rend le savoir médical plus accessible, ainsi les rapports entre médecins et aux autres professionnels de santé sont modifiés. L'informatique facilite donc la compréhension et la lecture des écrits professionnels, ainsi que son accès.

²¹⁸ Fraenkel, B. (2001). Enquêter sur les écrits dans l'organisation. Dans Borzeix, A. et Fraenkel, B. (dir.) *Langage et travail*. Paris : CNRS Editions. p.240.

²¹⁹ Lourau, R. (1994). Traitement de texte. *Communications*, 58(1), 156-166.

²²⁰ Pilotti, A. (2004). Op.cit., p.44.

1.2.2.2. Les effets locaux

Pour la deuxième enquête en 2003-2004, les masseurs-kinésithérapeutes hospitaliers s'investissaient dans l'écriture informatique. Certains faisaient même pression sur les médecins pour qu'ils améliorent la rédaction de leurs prescriptions. D'autres allaient jusqu'à demander à pouvoir former les internes en médecine sur la prescription informatique en kinésithérapie afin d'obtenir une place mieux reconnue au sein du système.

Ces masseurs-kinésithérapeutes s'impliquaient différemment dans l'institution par rapport à leurs collègues interrogés pour l'enquête précédente. Lorsqu'ils écrivaient, ils s'éloignaient de leurs patients, mais considéraient, cependant, qu'ils travaillaient. Ils standardisaient leurs écrits pour mieux s'insérer dans la chaîne d'écriture car ils savaient que leurs transmissions allaient être lues par les autres professionnels et, un jour peut-être, par l'usager de l'hôpital.

Leur écriture se modulait donc en fonction de l'idée qu'ils se faisaient du ou des lecteurs, de l'usage que ceux-ci pouvaient en faire, et du message qu'ils voulaient transmettre. Celui-ci ne concerne pas seulement l'action thérapeutique auprès du patient, mais aussi ce que les masseurs-kinésithérapeutes souhaite exposer d'eux-mêmes, de leurs compétences et de leur groupe professionnel.

Cette trace laissée dans la chaîne d'écriture interprofessionnelle modifie le comportement du scripteur ainsi que ses pratiques professionnelles. Lors des observations et entretiens réalisés pour la première enquête²²¹, les masseurs-kinésithérapeutes consacraient peu de temps à la lecture des dossiers des patients. En 2004, dans l'hôpital qui a mis en place le Dossier Informatisé du Patient, celle-ci est simplifiée et se fait plus régulièrement, voire quotidiennement. Il y a là un gain de temps pour l'accès aux informations, ce qui améliore la réactivité du professionnel et l'intégration de ce dernier dans l'équipe soignante. Il peut plus facilement s'informer de ce qui a été fait la veille.

²²¹ Pilotti, A. (2002). Op. cit.

Les masseurs-kinésithérapeutes ont le sentiment que l'accessibilité de leurs écrits est importante pour la prise en charge du malade : « Ce qui est important, c'est que tout le monde puisse les voir, je pense²²² » me disait l'un d'eux. A la différence des professionnels rencontrés en 2000, celui-ci sait qu'il est lu. Cette prise de conscience le conduit à améliorer la lisibilité de ses écrits et à réfléchir au meilleur moment pour les enregistrer. Un des masseurs-kinésithérapeutes observés rédige ainsi ses transmissions vers midi car les infirmières de son service le font à leur tour vers quinze heures vingt-cinq. Ces dernières peuvent ainsi lire ses écrits au moment où cela leur est le plus utile et lui posent éventuellement des questions. L'interaction entre les différents acteurs de soins en est renforcée.

L'écriture peut aussi avoir des enjeux juridiques. Le fait qu'il y ait eu des plaintes dans certains établissements et que l'écriture électronique ait servi de « preuve » pour défendre (avec succès) les professionnels réaffirme à leurs yeux l'intérêt de cette pratique. Cet écrit informatique est donc utilisé et pensé stratégiquement. On peut lire par exemple : « patient pas dans la chambre, impossible de faire le soin ». Le soignant se prémunit d'avance contre ce qui pourrait lui être reproché. Il écrit en prévision d'une éventuelle plainte et non uniquement pour le bien de son patient. En 2004²²³, à l'opposé de la recherche de 2000, le masseur-kinésithérapeute, qui est montré du doigt est celui qui n'écrit pas, car cela nuit aux transmissions et il n'y a pas de trace. En cas de litige, les masseurs-kinésithérapeutes ne peuvent pas avoir de preuve de leur passage.

Le support informatique va donc modifier la vision des masseurs-kinésithérapeutes sur leur environnement qui s'élargit et prend plus en compte l'institution et l'équipe soignante. Les masseurs-kinésithérapeutes donnent plus de sens et s'investissent davantage dans cette écriture professionnelle « connectée ». Ils laissent plus de traces de leur travail et sont, par conséquent, mieux considérés et mieux intégrés dans les équipes de soins.

²²² Pilotti, A. (2004). Op. cit., p.45.

²²³ Ibid.

1.2.2.3. Effet sur l'organisation temporo-spatiale

Les masseurs-kinésithérapeutes sont amenés à être présents dans tous les services de soins de l'hôpital, ils ne restent pas confinés dans un service, à la différence des infirmières. Ces professionnels sont des prestataires pour un ou plusieurs services. Fischer estime que « l'espace peut être appréhendé comme un vecteur des interactions sociales [...], toute organisation spatiale structure plus ou moins directement ou fortement les communications ²²⁴ ». Mais, inversement, les communications structurent l'espace. L'arrivée d'une nouvelle technologie, ici l'informatique, bouleverse les pratiques, l'organisation et l'utilisation des espaces de travail.

L'outil informatique est accessible dans chaque service au poste infirmier, là où le masseur-kinésithérapeute passait auparavant « en coup de vent » pour aller directement dans la chambre du patient. L'infirmière écrivait : « le kiné est passé ». Avec l'informatisation, le masseur-kinésithérapeute s'assied et prend le temps d'écrire au lieu de chercher sans succès le dossier pendant plusieurs minutes et de repartir en promettant une écriture ultérieure. Ce professionnel, assis devant l'ordinateur pour rédiger ses transmissions, est aussi plus accessible pour parler de ses actes. Outre le fait qu'il investisse les lieux différemment, il devient « visible », il « existe ». Le poste infirmier devient alors un « poste de soins ». De ce fait, les relations entre professionnels autour du patient en sont transformées. Se connaissant mieux, les différentes catégories de professionnels peuvent alors travailler autrement ensemble.

Les professionnels échangent autour de l'ordinateur. Le dialogue qui se crée n'a pas comme seul sujet le patient. Il est aussi question de l'outil informatique, de l'institution ainsi que de leurs différentes pratiques. Un masseur-kinésithérapeute déclare ainsi : « Il y a certaines infirmières (...) qui du coup s'intéressent plus à ce qu'on fait, qui disent "ah oui (...) mais comment tu fais ça" (...) ça c'est des infirmières qui ont du coup éveillé un peu leur curiosité sur la rééducation ²²⁵ ».

On peut donc dire que les masseurs-kinésithérapeutes s'inscrivent dans l'hôpital au sens propre et au sens figuré. Laisser des traces, c'est occuper l'espace physiquement, mais

²²⁴ Fischer, G.N. (1990). Espace, identité et organisation. Dans Chanlat, J.-F. (dir.) *L'individu dans l'organisation*. Québec: Presses de l'Université de Laval. p.166.

²²⁵ Pilotti, A. (2004). Op. cit., p.55.

aussi dans les représentations mentales. Pene y ajoute une autre dimension : « Si les écrits du travail exhibent une image construite et reconstruite de l'activité, ils expriment aussi les traces de débats et de conflits entre plusieurs représentations de l'entreprise. L'écrit s'imprègne des paroles, des actions et des points de vue. Il porte les mondes de ceux qui rédigent, signent, copient (..) transforment²²⁶ ». Communiquer, c'est échanger et montrer de soi, de son altérité. Cela suppose une certaine mise en scène : présenter une certaine image, défendre une identité particulière. Ces rapports sont imprégnés de rôles sociaux joués par chacun. Ces rôles définissent à leur tour ce qui peut être dit ou non, et la manière dont cela peut se faire. Dans toute conversation, il y a un jeu de positions, une délimitation de territoires. Cette lutte de territoires, déjà présente dans les relations interpersonnelles, prend davantage d'ampleur dans les formes de communication institutionnelles. Par exemple, le masseur-kinésithérapeute pense que consigner électroniquement ses actes permet de montrer la nécessité de sa profession. Il répond à la commande d'écriture institutionnelle, mais en créant une « zone d'incertitude²²⁷ » au sens de Crozier et Friedberg. Les établissements ne peuvent pas tout contrôler et l'individu peut, par des comportements non prévisibles, créer ces zones de libertés, qu'il peut « contrôler face à ses partenaires²²⁸ ». L'institution induit donc des réactions qu'elle essaie d'anticiper pour gérer son personnel. C'est en comprenant ce qu'on attend de lui que l'acteur va pouvoir créer une « zone d'incertitude » et modifier ses pratiques. Le masseur-kinésithérapeute utilise l'écriture professionnelle commandée par l'établissement, mais avec un objectif différent.

La perception du temps va également être transformée par l'outil informatique. L'organisation de la journée de travail des masseurs-kinésithérapeutes va devoir intégrer ce temps d'écriture institutionnellement prescrit. Certains professionnels écrivent ainsi à midi pour être lus dans la journée. Ce temps d'écriture n'est donc plus « du temps en plus » comme l'évoquaient les soignants interviewés en 2000, mais fait désormais partie des tâches professionnelles. Cependant, la plupart des professionnels font encore une distinction entre le temps passé auprès du malade et le temps passé à écrire.

Selon eux, le premier relève de leur profession, alors que le second concerne davantage l'institution. Un professionnel interrogé sur la place de l'écriture dans sa

²²⁶ Pene, S. (1997). Lettre administrative et espace social. Dans Fabre, D. (dir.) *Par Ecrit. Ethnologie des écritures quotidiennes*. Paris : MSH. p.201.

²²⁷ Crozier, M. et Friedberg, E. (1977). *L'Acteur et le Système, Les contraintes de l'action collective*. Paris : Edition du Seuil, p.72.

²²⁸ Ibid., p.72.

pratique répond ainsi avec hésitation : « Dans mon organisation, oui, de mon temps de travail, oui. (..) Mais euh... dans la pratique réellement de kiné euh²²⁹... ».

Malgré ces distinctions, l'habitude d'écrire semble prise. Le temps pris par un masseur-kinésithérapeute pour rédiger les transmissions informatiques est de deux ou trois minutes par patient, soit environ une trentaine de minutes par jour. A cela s'ajoutent certains écrits manuscrits et les transmissions spécifiques aux jours de garde.

Même si les établissements hospitaliers modernes se veulent entièrement informatisés, la réalité montre tout de même un écart entre l'idéal administratif et la réalité de terrain : le support papier ne disparaît pas complètement.

La prescription médicale obligatoire doit passer par l'informatique, mais certaines habitudes persistent. Fuks²³⁰ souligne que les ordres venant du corps médical, exprimés oralement (soit de visu, soit par téléphone) sont des pratiques courantes dans les établissements de soins. « S'insurger contre cette pratique (...) signifie toujours, dans certains services, s'exposer à des réactions virulentes ». Dans la réalité du terrain observé, il existe encore des prescriptions orales et certains masseurs-kinésithérapeutes effectuent tout de même ces actes de soins « hors la loi », car sans prescription médicale écrite. Ce sont ces actes que j'ai qualifiés de clandestins²³¹ : le professionnel ne laisse alors aucune trace écrite faisant juridiquement preuve.

Peu de recherches ont été effectuées sur ces sujets, seuls quelques étudiants en école des cadres prennent le dossier de soin informatisé du patient, ou l'écriture professionnelle comme objet de recherche. A l'école des cadres de Nancy²³², dont j'ai pu consulter certaines archives, aucun mémoire professionnel de cadre de rééducation, que ce soit masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute ou diététicien, n'a explicitement porté sur l'écriture professionnelle ou sur le dossier de soin informatisé. Ceci étant observé sur une période de neuf années, de 2003 à 2014.

²²⁹ Pilotti, A. (2004). Op. cit., p.42.

²³⁰ Fuks, M. (1998). Prescription orale : entre l'usage et la règle les infirmiers ont-ils le choix ? *L'infirmière magazine* (133), p.35.

²³¹ Pilotti, A. (2002). Op. cit.

²³² Annexe 5.