



HAL
open science

Les kinésithérapeutes et leurs tentatives de mobilités sociales : le cas de la spécialisation sportive

Jeremy Rollin

► **To cite this version:**

Jeremy Rollin. Les kinésithérapeutes et leurs tentatives de mobilités sociales : le cas de la spécialisation sportive. STAPS : Revue internationale des sciences du sport et de l'éducation physique, A paraître. hal-04184821

HAL Id: hal-04184821

<https://hal.science/hal-04184821>

Submitted on 22 Aug 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Les kinésithérapeutes et leurs tentatives de mobilités sociales : le cas de la spécialisation sportive.

Introduction

Les kinésithérapeutes forment un groupe professionnel peu étudié par la littérature sociologique et la question de leur spécialisation, notamment sportive, est encore moins documentée. En France les travaux les plus notables sur ce métier sont à mettre au crédit de Jacques Monet (Monet, 2003) et Christophe Gaubert (Gaubert, 2006), il y a près de 20 ans. Ces deux auteurs pointent l'importance de la domination médicale sur les kinésithérapeutes. En utilisant une perspective socio-historique, Jacques Monet montre comment la kinésithérapie, pratiquée par des médecins à la fin du XIX^{ème} siècle, est finalement déléguée à des auxiliaires (Monet, 2004). Cette délégation se fait au vu de la perception comme trop profane, physique et répétitif du travail dans un champ médical faisant la part belle au diagnostic clinique et à la prétention savante. Christophe Gaubert, quant à lui, propose en 2006 une analyse sociologique bourdieusienne, montrant la force de la socialisation qui permet l'intégration de la position d'auxiliaire. Les deux travaux se complètent pour montrer comment l'institution hospitalière et le diagnostic médical forment autant d'instruments de domination des médecins sur les kinésithérapeutes. La spécialisation en kinésithérapie du sport, pourtant image fortement accolée à ce métier, n'est que peu abordée par ces auteurs.

Dans les pays anglo-saxons, à la suite d'Andrew Abbott (Abbott, 1988), la sociologie des professions fait la part belle aux luttes pour un marché du travail au sein d'un système professionnel. Cela conduit les auteurs ayant travaillé sur la kinésithérapie à prendre plus en considération le changement et la professionnalisation (comprise comme le rapprochement du modèle « professionnel » au sens sociologique). Aux USA, les kinésithérapeutes (en

l'occurrence physiothérapeutes) se professionnalisent notamment grâce à l'adoption de diagnostics, l'allongement des études et la lutte pour acquérir les thérapeutiques les plus complexes (Gritzer & Arluke, 1985). Dans le même esprit, le cas de la kinésithérapie du sport est parfois saisi, en Grande Bretagne, pour montrer le rapprochement avec le modèle médical (Scott-Bell & Malcolm, 2015). Au Québec, Julien Prud'homme adopte la terminologie de « contournement » pour qualifier cette professionnalisation (Prud'homme, 2011) : les kinésithérapeutes acquièrent des attributs professionnels tels que le diagnostic, l'autonomie de choix de traitement ou l'accès à la recherche en s'emparant des secteurs du soin où les médecins québécois sont trop peu nombreux pour maintenir leur autorité. Son analyse conjugue cette approche anglo-saxonne et un intérêt pour l'évolution des dispositions sociales : il pointe le fait que la professionnalisation s'effectue dans un contexte de masculinisation du métier (les kinésithérapeutes québécoises sont historiquement féminines, à l'inverse de leurs homologues français, plus masculins) et de sélection de membres issus de catégories sociales favorisées (Prud'homme, 2012).

En quelque sorte, les approches françaises insistent sur le rôle des socialisations dans l'inscription dans un champ médical stable et hiérarchisé alors que les approches anglo-saxonnes insistent sur le changement et les concurrences pour des territoires professionnels. Ces différentes approches posent la question de l'articulation entre les dispositions sociales en termes de classes et de genres, les hiérarchies du champ médical français et les mobilités sociales, considérées ici comme un « déplacement d'individus dans l'espace social » (Bourdieu et al., 1973; Merllié & Prévot, 1991, p. 18). La spécialisation est pensée comme une forme de mobilité sociale visant à atteindre une position sociale plus favorable, soutenue par un travail plus valorisé, malgré les contraintes fortes posées par les hiérarchies inhérentes au champ médical. Parmi les mobilités possibles, c'est ici la spécialisation vers la kinésithérapie du sport qui est étudiée, comme processus permettant aux acteurs de s'emparer

de tâches jugées plus prestigieuses. Cet article entend donc apporter des éléments de compréhension de la mobilité sociale des kinésithérapeutes vers un espace peu investi par les médecins, celui des sports¹ (Bloy et al., 2016; Fleuriel & Sallé, 2009).

L'analyse mobilise le concept bourdieusien de champ (Bourdieu, 2013). En effet, il est proposé que la spécialisation en kinésithérapie du sport soit une réponse face à une situation globale de hiérarchisation entre groupes professionnels au moins autant qu'une segmentation interne à l'espace de la kinésithérapie. Le champ médical (Pinell, 2005) est ici pensé au sens « large », c'est-à-dire comme intégrant les auxiliaires (c'est-à-dire ici les métiers non médicaux régulés par le code de la santé publique, aujourd'hui parfois nommés « paramédicaux ». Les deux termes seront utilisés indistinctement). Il présente une autonomie liée aux médecins cliniciens, c'est-à-dire au titre médical qui protège l'ensemble des membres des incursions des non titulaires du titre roi, ou -a minima- de titres par délégation. Ce champ a ses règles propres, reliées à la place vis-à-vis du titulaire du titre de médecin clinicien (exécution d'ordonnances pour les auxiliaires), et il existe un habitus commun qui découle pour partie du fonctionnement bicéphale hôpitaux et écoles comme lieux de formation. Enfin, caractéristique au centre de la tension qui entoure la kinésithérapie et qui justifie l'utilisation de la notion, le champ médical présente des luttes internes entre acteurs et des phénomènes de conservation/subversion qui se font avec distributions inégales de capitaux : le titre de médecin assure une place de choix dans le champ et les spécialités cliniques spécialisées se retrouvent dans les positions les plus valorisées. Le titre médical y est un sésame précieux, circonscrivant les éventuelles luttes à des étages de diplômes homogènes (les médecins entre eux, les auxiliaires à un étage inférieur sans atteindre l'étage médical) (Tabuteau, 2012). En d'autres termes, le capital scolaire objectivé qu'est le titre médical est un atout majeur dans ce champ pour accéder aux positions dominantes, ce qui impose aux acteurs dominés d'autres

stratégies pour améliorer leur position, comme le déplacement vers des espaces où d'autres capitaux prennent de l'importance. A noter que la domination, à l'inverse de la hiérarchie formelle plus susceptible d'être remise en cause, est considérée comme l'état de dissymétrie dans les rapports sociaux naturalisé comme légitime de la part des dominés (Bourdieu, 2002). Par ailleurs, la stabilité d'un champ repose en partie sur des dispositions sociales des acteurs, c'est-à-dire des habitus en action en relation avec les caractéristiques sociales, en bonne adéquation avec la place sociale qui leur est attribuée. Or les kinésithérapeutes français ont des positions sociales d'origine (classes sociales, genre), donnant accès à des capitaux culturels ou scolaires, qui les rapprochent plus des médecins que des infirmières dans une organisation légale du travail qui leur attribue une place d'auxiliaire. C'est ainsi que la notion de socialisation sera mise à contribution. Envisagée ici comme la « façon dont la société forme et transforme les individus » (Darmon & Singly, 2006, p. 6), cette socialisation sera étudiée dans ses relations avec les « pratiques et représentations » (Bourdieu, 2008, p. 88) qu'elle structure chez les acteurs. A la fois la socialisation primaire, au sein de familles d'une « petite bourgeoisie culturelle » (Guéraud, 2021), et la socialisation secondaire lors de la formation au métier de kinésithérapeute contribuent à des « lunettes » sur le monde, explicatives de leur conception du travail.

Ce travail sur les kinésithérapeutes du sport n'ignore pas la sociologie anglo-saxonne, avec la notion de luttes pour des « territoires » professionnels. Tout en conservant le cadre conceptuel de champ médical, il sera montré comment les mobilités sociales, ici via la spécialisation sportive, peuvent permettre aux acteurs de s'emparer de tâches de travail plus valorisées, telles des formes de diagnostic ou de contrôle de l'organisation des soins (Baszanger, 1981).

L'argumentation de l'article repose principalement sur des entretiens auprès de 16 kinésithérapeutes spécialisés dans le sport. En l'absence de définition officielle de la

kinésithérapie du sport (aucune spécialité n'est reconnue pour ce métier) cette désignation se fait selon une définition indigène, basées sur une auto-qualification de la clientèle reçue. Nos 16 enquêtés « kinésithérapeutes du sport » s'occupent en réalité de sportifs très divers, allant des sportifs professionnels ou de haut-niveau aux sportif amateurs. Ce matériau empirique fait partie d'un corpus plus large, de 125 entretiens, issus d'une recherche sur la professionnalisation de la kinésithérapie, menés auprès d'étudiants en kinésithérapie (32), de professionnels (50) mais aussi d'enseignants et enseignants chercheurs de la discipline (43). Ces entretiens alimentent aussi, quoiqu'indirectement, le propos : les positions de ces enquêtés permettent de comprendre les tensions plus générales liées à la position des kinésithérapeutes au sein du champ médical, dont la mobilité vers l'espace des sports est une des manifestations visible, liée aux propriétés sociales particulières des kinésithérapeutes. A noter que les enquêtés sont des diplômés français mais aussi d'autres pays européens (dans ce cas, l'origine de diplôme est précisée), du fait d'une importante migration intra-européenne (Guillaume, 2020), tandis que l'attention spécifique portée aux étudiants s'explique par l'axe d'analyse faisant la part belle aux socialisations secondaires dans les choix de spécialisation et les mobilités sociales au sein d'un champ médical contraignant.

La sélection des enquêtés exerçant la kinésithérapie s'est faite pour partie de proche en proche : pour les kinésithérapeutes en exercice, les enquêtés initialement présents dans mon cercle social (je suis moi-même kinésithérapeute) m'ont informé sur d'autres acteurs présentant des situations de mobilité visible (carrières à l'étranger, changement de métiers, spécialisations, parcours de reconversions). C'est ainsi une construction de l'objet par les marges (Hamidi, 2012) qui a guidé le recrutement des enquêtés (par rapport aux kinésithérapeutes envisagés comme généralistes, sous prescription médicale et exerçant dans leur région d'étude). Pour les étudiants et les enseignants, c'est la sélection de structures de formation variées dans leurs statuts au sein de chaque pays (privées/publiques,

universitaires/hospitalières, rurales/urbaines) qui a orienté le choix des enquêtés. Au sein de ces structures, les premiers entretiens se sont déroulés avec les acteurs disponibles lors de mes déplacements in situ, puis le recrutement s'est ensuite fait de proche en proche (là encore selon le principe de l'exploration de cas variés : origines géographiques différentes, aspirations ou vision de l'exercice futur connue comme différente). L'approche empirique a en quelque sorte cherché à trouver, au sein d'une population aussi diverse que possible (mais unie par un titre professionnel), des comportements sociaux largement partagés. De ce fait, les kinésithérapeutes ayant connu des mobilités sont nombreux parmi les enquêtés, pouvant conduire à surestimer le phénomène. Pourtant, si la mobilité sociale ne concerne sans doute pas tous les kinésithérapeutes, les tensions révélées chez nos acteurs peuvent éclairer une réalité plus profonde chez ces soignants, comme semblent l'indiquer les entretiens avec les étudiants encore fluctuants dans leurs projets. L'analyse des entretiens s'est faite par relecture, après transcription, des verbatims, sélection inductive et itérative de situations (et concepts sous-entendus) répondant à la problématique de la mobilité des auxiliaires dans le champ médical (Kivits et al., 2016). Les éléments retenus ont progressivement été comparés entre les différents verbatims pour retrouver des éléments généralisables (Beaud & Weber, 2017). La saturation des informations (Pinson & Sala Pala, 2007), qui justifie alors la construction de connaissance à partir de la totalité des entretiens, est donc liée à la thématique de la mobilité sociale, dont la spécialisation sportive est une expression, et son lien avec la domination médicale. C'est pour cela que d'autres thématiques telles que la relation au corps, la division du travail au sein de l'espace des sports ou les logiques de travail selon les sports en question seront ici mises de côté, car moins au cœur de l'enquête.

En premier lieu les dispositions sociales des kinésithérapeutes à l'entrée en formation seront étudiées, ce qui permettra de pointer leur décalage avec leur place administrative dans la

division du travail en santé. En second lieu, il sera montré comment les kinésithérapeutes, au cours de leur formation, incorporent la domination médicale : ils cherchent alors plus à imiter la médecine qu'à se positionner comme des exécutants. Enfin, il sera proposé que l'investissement dans l'espace des sports soit un des moyens de concilier domination médicale et rééquilibrage partiel des positions hiérarchiques : des kinésithérapeutes peuvent s'appuyer sur leur habitus sportif pour s'imposer dans un espace où la présence médicale est plus faible. Dit autrement, l'incorporation de la domination médicale par des acteurs dotés de capitaux culturels et scolaires conséquents, se traduit, dans des espaces favorables, par des tentatives d'imitation plus qu'une acceptation de la position auxiliaire.

1) Des dispositions sociales en contradiction avec un métier d'auxiliaire

Les kinésithérapeutes, auxiliaires historiques des médecins, présentent dès l'origine des particularités genrées par rapport aux autres paramédicaux. Jusqu'aux années 2010, ce sont majoritairement des hommes (Monet, 2003) alors que les infirmières², sages-femmes ou orthophonistes sont des femmes (Bessière, 2005; Casteran-Sacreste, 2016; Croguennec, 2020). Si une féminisation est actuellement en cours, elle reste proche de celle des médecins avec actuellement 50% de femmes kinésithérapeutes (CNOMK, 2017) et 47% de femmes médecins (Mourgues & Bouet, 2018). A l'inverse, on compte 88% de femmes infirmières (Barlet, 2011). Cette similarité avec la profession dominante et cette distinction des autres auxiliaires se retrouve au niveau des origines sociales des impétrants (Breuil-Genier, 2006). Selon la DREES (Croguennec, 2018) : 18,9% des infirmières ont des pères cadres supérieurs (28,7% de pères employés), alors que ce taux est de 40,2% pour les kinésithérapeutes (et 19,4% de pères employés). Cela les rapproche à nouveau des médecins, où, malgré des disparités en fonction des spécialités (Bobowski, 2007), les enfants de cadres

supérieurs et professions intellectuelles constituent plus de 39% des effectifs en première année (14% d'employés), tendance semblant encore s'accroître à l'issue du concours (Fauvet et al., 2015).

Les caractéristiques sociales et le genre des kinésithérapeutes, proches des canons des dominants, peuvent s'expliquer en partie par une image profane du métier proche de celle d'un « médecin manuel » :

« J'ai décidé d'être kiné après avoir lu « les mains du miracle » de Kessel [...] en fait Himmler, avait des maux terribles de dos et il faisait appel donc à ce mec, Joseph je sais plus comment, et qui le soulageait, il était le seul à arriver à le soulager et il arrivait quand même, enfin c'est très résumé mais il arrivait quand même à lui... à sauver, à demander à Himmler d'épargner certaines personnes en échange des soins qu'il lui prodiguait »

Entretien avec Estelle³, kinésithérapeute salariée (IFMK -Institut de Formation à la Masso-Kinésithérapie- français, bac S mention bien) avant un doctorat en neurosciences et un poste de chercheuse dans le privé.

Estelle est fille de deux médecins spécialisés parisiens, avant-dernière d'une fratrie de 5 enfants qui se caractérise par sa réussite scolaire : ses deux frères sont ingénieurs, une de ses sœurs est agrégée du secondaire tandis que l'autre est médecin spécialisée. Elle-même est une bonne élève dans le secondaire et elle choisit le concours menant à la kinésithérapie en première intention (à un moment où les voies d'accès sont mixtes entre première année de médecine et concours spécifique aux écoles de kinésithérapie). Elle est alors guidée par une image d'un métier très éloigné de l'auxiliarat médical et apparenté à un médecin du corps. Si ce décalage entre aspiration et position réelle dans la monde du travail ne sera pas exploré ici, il est instructif de constater qu'Estelle justifie son choix en évoquant une forme d'acquisition de capital culturel très présente dans les classes supérieures, la lecture (même si celle-ci et les

livres lus varient eux-mêmes en fonction des filières d'études (Lahire, 2002)). Sa projection dans un métier « qui compte » est à mettre sur le compte d'une vision du travail propre aux couches sociales les plus favorisées.

Le recrutement des étudiants kinésithérapeutes parmi des enfants à forts capitaux culturels et scolaires provoque donc l'entrée en formation d'acteurs qui ont incorporé un rapport au travail proche des habitus des dominants de l'espace social, ne correspondant qu'imparfaitement à la place de la kinésithérapie dans la division du travail en santé.

Si Estelle a choisi la kinésithérapie dès le secondaire, d'autres enquêtés formés en France, à l'inverse, sont des « recalés » de médecine, ayant toutefois eu des résultats suffisants pour valider une ou plusieurs autres disciplines de santé⁴ (dentaire, pharmacie, maïeutique ou kinésithérapie). Dans ces cas d'étudiants souvent proches dans les classements scolaires et eux-aussi régulièrement issus de la bourgeoisie culturelle, la kinésithérapie est vue comme une forme de « reclassement » (Bodin & Orange, 2019) de leurs aspirations médicales :

« [J'ai pas eu médecine, à quelques places près] et du coup comme... A ce moment-là je voulais vraiment faire kiné, en m'étant beaucoup renseigné, en étant patient aussi, ça m'avait plu en fait et du coup... Et comme je savais qu'il y avait une passerelle avec le sport, ça m'intéressait quand même aussi. Donc je me suis dit allé, je me laisse une dernière chance une dernière année [pour retenter le concours] pour rentrer dans une école de kiné »

Entretien avec Milan, kinésithérapeute libéral spécialisé dans la course à pied (IFMK français, bac S mention Assez Bien), basketteur de niveau national en catégories jeunes, père et mère professeurs du secondaire.

Malgré une forme d'échec scolaire lors d'un premier concours pour faire médecine, Milan présente des dispositions sociales propres à la bourgeoisie culturelle, comme la valorisation du travail scolaire, la recherche d'un travail intellectuel ou les stratégies dans l'orientation.

D'ailleurs son frère et sa sœur sont tous deux ingénieurs à l'international, ce qui montre la bonne utilisation de l'institution scolaire pour atteindre des positions sociales privilégiées. Faute d'intégrer la discipline dominante, sa vision du travail valorisant lui semble transférable à la kinésithérapie, choix en outre compatible avec son intérêt pour le sport.

La reconversion du projet médical de Milan en projet kinésithérapique fait aussi appel à une autre composante de sa socialisation primaire : la pratique sportive. La kinésithérapie a une image très en lien avec le sport et que de nombreuses relations institutionnelles entérinent. Le recrutement des étudiants se fait partiellement dans ce milieu sportif : des étudiants de la filière STAPS peuvent parfois intégrer les études de kinésithérapie par une voie alternative à la première année des études en médecine⁵. De plus, des quotas spécifiques existent pour permettre l'accès direct à ces études pour les sportifs de haut-niveau.

Cette intrication des capitaux culturels et sportifs se retrouve mis en évidence chez Etienne, étudiant en kinésithérapie dans un IFMK public français : fils de deux cadres supérieurs, son frère est sportif de haut-niveau tandis que sa sœur est sage-femme. Après une scolarité secondaire réussie (bac S mention bien), doublée d'une pratique sportive intense mais plus éclectique que son frère, il prépare le concours de médecine pour faire kinésithérapeute. Il est alors attiré par ce métier « qui bouge » mais aussi « qui soigne en s'appuyant sur la biomécanique », ainsi qu'il le décrit. Si durant ces deux années de concours (il échoue à sa première tentative), la fréquentation d'amis se destinant à la médecine le fait momentanément hésiter sur la filière à suivre, il choisira finalement la kinésithérapie (sa conjointe, elle, est interne en médecine). Lors de l'entretien, en dernière année d'études, il se projette comme kinésithérapeute libéral prenant en charge notamment les coureurs, ce qu'il justifie par le fait que ce travail « permet de balayer tout le corps ». Chez Etienne, les dispositions sportives ont

sans doute joué pour l'engager en kinésithérapie au lieu de la filière médicale, malgré une proximité évidente.

Ces sélections d'étudiants ayant des socialisations sportives contribuent à un intérêt particulier des aspirants kinésithérapeutes pour le suivi de la santé des « sportifs ».

« J'étais quand même une bonne élève [...] et moi l'idée c'était que je voulais faire de la danse [...] typiquement kiné c'est quand même le mouvement par excellence quoi, donc j'ai dit ben je vais faire des études de kiné quoi. [...] franchement dès que j'ai mis les pieds au premier stage, j'ai dit « toute façon moi c'est pas les gens, je vais pas les soigner », éventuellement j'avais une appétence pour l'évaluation donc déjà tu... Le côté un peu recueil de données théoriques, enfin un peu plus et donc ... j'ai eu mon Diplôme d'État, j'ai fait ce qu'il fallait pour l'avoir... Mais je savais pertinemment que j'allais pas soigner ou alors si j'allais soigner ce serait que les danseurs. »

Entretien avec Anne, kinésithérapeute (IFMK français, Bac Scientifique mention très bien) et enseignante chercheuse, doctorat STAPS, père et mère enseignants.

Anne, danseuse et élève brillante, a réalisé sa fin de cursus secondaire aux USA (échange organisé par le Rotary Club de sa ville) avant de débiter une école d'ingénieur française prestigieuse. Elle s'en détourne pour intégrer un IFMK qui lui semble plus en lien avec son intérêt pour le sport. Elle présente donc de nombreux éléments partagés par les impétrants : réussite scolaire, milieu social aisé et à même de transmettre des capitaux culturels, intérêt pour l'activité physique et le sport. Elle convoque l'image profane d'un métier intellectuel en lien avec le mouvement et le sport pour expliquer son choix, tout en mettant à distance l'image d'auxiliaire médical dès sa première expérience de stage : son « j'allais pas soigner » est opposé à son appétence pour « l'évaluation » et le « recueil de données », c'est-à-dire des tâches fréquemment associées aux médecins dans ce champ.

Les étudiants kinésithérapeutes se caractérisent par des origines sociales favorisées, ce qui se traduit par des capitaux culturels et scolaires conséquents. Cela explique des dispositions vis-à-vis de leur travail plus proches du modèle médical (décision, autonomie de jugement, travail « qui compte ») que d'un métier d'exécutant. Deux différences se font pourtant jour par rapport à la profession dominante : il peut exister une expérience du déclassement par l'échec au concours de médecine et nombre d'enquêtés présentent une socialisation sportive importante. Ces dispositions sont d'importance pour comprendre à la fois l'ajustement de ces étudiants lors de la formation à un métier dominé dans le champ médical mais aussi les velléités de déplacement social à son issue.

2) La formation, entre incorporation de la position dominée dans le champ médical et tentatives de reclassement

La position des kinésithérapeutes dans le champ médical est particulièrement visible à l'hôpital, où les services de soins, organisés en suivant le découpage médical par spécialités, mettent en contact physique des travailleurs de différents métiers, dont des kinésithérapeutes et des médecins. Arthur, kinésithérapeute en réanimation, verbalise alors la position du kinésithérapeute dans ce milieu :

« C'est jamais nous [les kinésithérapeutes] qui prenons la décision d'extuber quelqu'un. [dans mon hôpital, l'équipe de kinésithérapie] a mis en place un test pré extubation avec différents critères qui nous permettent de donner un avis au médecin. Mais jamais, on va dire, on peut l'extuber. On dit sur le plan kiné, le pronostic est plutôt favorable suite à l'extubation mais voilà on se mouille pas trop pour éviter justement les problèmes législatifs, mais on donne un avis au médecin et bon... le médecin nous écoute quand on lui dit que le pronostic est favorable bon voilà. »

Entretien avec Arthur, jeune kinésithérapeute en réanimation (IFMK français, bac S mention assez bien), père cadre supérieur, mère profession intermédiaire.

Dans cet extrait, le kinésithérapeute décrit son travail à la fois en montrant sa quête d'accès aux attributs valorisés du champ (le diagnostic, d'autant plus en lien avec le maintien de la vie) tout en rappelant sa place par rapport au médecin : au mieux il le conseille. Si ici l'article est centré sur la relation kinésithérapeute-médecin, il est à noter, par ailleurs, qu'Arthur montre des éléments de distinction par rapport aux autres paramédicaux du service, comme la participation aux réunions médicales journalières. Ce cas est instructif au-delà de la répartition du travail dans un service hospitalier médico-centré : il montre d'un côté la position dominée et de l'autre les proximités et un certain alignement sur le travail médical. Ce sont ces deux facettes qui sont finalement incorporées au sein des IFMK et qui sont centrales dans la conformation des étudiants à leur futur métier.

La formation à la kinésithérapie française est historiquement délivrée dans des écoles de santé ouvertes, au cours du XX^{ème} siècle, par des médecins suivant un modèle de formation courte infirmière (Remondière, 1996, p. 152- 197). Des valorisations institutionnelles du titre de kinésithérapeute, à relier aux caractéristiques sociales des acteurs et à leurs aspirations, ont eu lieu en France depuis le tournant des années 2000 : « bilan-diagnostic » kinésithérapique en 1996 (qui a pour but de détecter, chez les patients, des éléments permettant de choisir les thérapeutiques à mettre en place), allongement des études à 5 ans en 2015, reconnaissance d'un grade master en 2021 et ouverture d'une sous-section du Conseil National des Universités propre aux « métiers de la rééducation et de la réadaptation » en 2019. Malgré ces changements valorisant le cursus, et par ricochet le métier, les études de kinésithérapie restent aussi un moment d'apprentissage de la domination médicale.

Les enseignants de la kinésithérapie au sein des IFMK sont encore majoritairement cadres de santé (Perez-Roux et al., 2018), titres obtenus le plus souvent suite à des emplois hospitaliers. Ils participent alors à maintenir des liens privilégiés avec les hôpitaux de leur environnement, par lesquels ils sont passés : vacations d'enseignements assurées par les kinésithérapeutes et médecins hospitaliers ou stages prioritairement sur ces lieux. C'est justement à l'occasion des stages que se fait l'intériorisation progressive de l'organisation du champ et la place légitime de chacun :

« A l'hôpital [...] les médecins euh c'est les médecins. Après j'étais [dans un CHU], la majorité du temps, donc il y avait beaucoup d'internes, ils restent un peu entre eux et les médecins, ils s'en foutent un peu des kinés... Sauf s'il faut parler d'un patient... Mais j'étais pas dans des services où [l'avis du kinésithérapeute est vraiment important] comme des centres de rééducation où là il y a peut-être une entente plus... forte entre médecins et kinés. »

Entretien avec Alice, étudiante en kinésithérapie (dernière année en IFMK français, bac S mention Assez Bien), père chef d'entreprise, mère employée.

Dans cet extrait d'entretien, Alice décrit la relation distante des médecins qui ne sollicitent leurs personnels qu'en cas de besoin. Il y a ainsi une prise de conscience de la place sociale assignée : sauf, peut-être, dans les cas où les problèmes de rééducation sont majeurs (le cas des centres de rééducation, où elle espère une « entente plus forte »), elle a bien intégré que les problèmes de santé sont d'abord des problèmes de médecins.

La construction du métier de kinésithérapeute comme faisant partie du champ médical est particulièrement forte, d'autant qu'il s'agit d'étudiants ayant fréquenté les bancs des facultés de médecine en première année, et s'étant, pour un certain nombre d'entre eux, projetés un temps comme médecin. Le cursus favorise alors une proximité à la profession médicale, voire une « désportivisation » (Gojard & Terral, 2014), mais sans que cela ne se traduise toujours par une acceptation de place d'auxiliaire comme le montre le cas de Naomie :

« Tout le sport, tout ça, c'était quelque chose qui m'attirait [elle était en « sport-étude » durant le secondaire]. Mon stage de 3^{ème} je l'avais fait chez un kiné, donc ça a toujours été quelque chose eux... C'est ça qui me tentait [...] j'étais sûr que je voulais faire kiné et j'avais dans l'idée que je voulais faire kiné pour les sportifs de haut-niveau, c'était le truc qui me bottait [...] [Une fois dans le cursus] très rapidement je me suis dit que je ne serai pas kiné du sport... Que... Que les sportifs c'était juste des pénibles et que finalement je voulais faire de la neuro... Et je me souviens qu'on avait eu un cours sur les transferts, entre autres en neuro, et où je me suis dit « ben en fait en neuro c'est là qu'il y a des gens qui ont besoin de kiné ». »

Entretien avec Naomie, kinésithérapeute (IFMK français, bac S mention bien) enseignante-chercheuse, doctorat STAPS, père cadre supérieur, mère profession intermédiaire.

Naomie a ainsi, en cours de cursus, incorporé l'importance des soins aux « vrais » malades, c'est-à-dire les malades les plus au cœur du travail médical (Hindhede & Larsen, 2020). Mais, même dans son cas de mise à distance de l'espace des sports, la médecine est plus envisagée comme un modèle que comme une profession à servir. En lien avec ses origines sociales et son parcours scolaire brillant, Naomie s'identifie en fait aux médecins et, à leur image, valorise à la fois la spécialisation et la réussite académique : elle obtient un doctorat de science et se déplace vers une position d'universitaire.

Une autre étudiante kinésithérapeute (dernière année au moment de l'entretien), Anaé (père cadre supérieur, mère profession intermédiaire, IFMK français, Bac S mention très bien), résume finalement bien la position qu'occupent les kinésithérapeutes après cette socialisation à proximité de la médecine : « le médecin il prescrit et après le kiné vient résoudre... Enfin soigner le patient ». La hiérarchie symbolique, matérialisée par la prescription est acceptée, ce qui n'empêche pas ces acteurs de se penser comme ceux qui résolvent finalement les problèmes qui les concernent.

Pour gagner en marges de manœuvre, la spécialisation est un instrument de choix, notamment la spécialisation sportive. L'une des raisons tient justement à l'aspect rédhibitoire d'une domination médicale presque caricaturale constatée en stage hospitalier, par des étudiants souvent eux-mêmes sportifs et pouvant faire la comparaison avec des situations différentes dans l'espace des sports :

« Moi j'y suis allé [en stage hospitalier] parce qu'il fallait y aller mais effectivement le kiné était pas très bien considéré. Je me souviens toujours d'un chirurgien qui demande à l'infirmière pour savoir si elle marche et qui demande au kiné pour savoir s'il avait pris les médicaments, voilà, rien à foutre [...] [et je me dis que] ça, c'est pas mon métier. Ça me refroidit pas, je sais qu'il faut y aller... Je plains ceux qui y bossent [...] [A l'inverse, dans le sport] pour moi le soignant c'était le kiné [...] J'étais suivi moi en kiné. [A l'INSEP] il y avait des assistances kiné tous les soirs après l'entraînement. Il y avait des kinés qui venaient tous les soirs. Mais j'allais pas au médical à l'INSEP. Je les trouvais pas, pour le coup, hyper-compétents. »

Entretien avec Stéphane, kinésithérapeute libérale, pratique auprès d'athlètes (IFMK français, bac S sans mention), ancien athlète de haut niveau (participation aux J.O.), père et mère professions intermédiaires.

Stéphane verbalise ici le rejet de la situation dominée. En décrivant un amalgame, de la part du chirurgien, entre kinésithérapeute et infirmière, il pointe une situation supposée ancillaire, qu'il rejette. Dans le même temps, son lien particulièrement fort à la pratique sportive lui offre des marges de manœuvre. Il considère que, dans l'espace des sports, les médecins sont moins légitimes, « pas hyper-compétents », tandis que les kinésithérapeutes sont bien plus présents. Il mobilise son interconnaissance avec de nombreux kinésithérapeutes du sport (y compris au cours de cursus, aménagé dans son cas de sportif de haut-niveau) pour rester à distance de la position d'auxiliaire médical hospitalier. Sa remarque sur les kinésithérapeutes hospitaliers

rencontrés, qu'il « plains » montre, au-delà de son appétence pour un territoire professionnel particulier, sa conscience de la hiérarchie médicale et sa volonté d'amoindrir celle-ci.

La conservation d'un projet sportif, souvent préalable à la formation, tient à des possibilités, au cours de celle-ci, de tisser des liens avec ce secteur, parfois en marge du programme de stages imposé par les IFMK :

« [Les stages « légaux » obligatoires] c'est simple, tu es à l'hôpital et tu... Remplaces le kiné titulaire. Tu as un kiné qui va t'encadrer et après je dénigre pas mais [...] en fait tu leur as fait faire un transfert, tu les as fait marcher et voilà, c'est ce qu'on te demande, c'est pas [de réfléchir]. Et puis tu appliques [...] dans un coin de ma tête je m'étais dit que je finirai kiné d'une équipe de sport [...] [Du coup, en plus du cursus obligatoire, je suis] allé faire des stages sur une année continue pour une équipe de rugby féminin de fédéral 3. T'imagines, c'était pas un gros niveau mais c'était voilà... Avec deux entraînements par semaine, c'était histoire de pouvoir pratiquer les straps, les trucs comme ça. »

Entretien avec Quentin, kinésithérapeute salarié d'un club sportif professionnel (IFMK français, bac S sans mention), ancien athlète de haut-niveau (équipes de France jeunes), père et mère cadres supérieurs.

Dans le cas de Quentin, le maintien du contact avec l'espace des sports s'appuie sur des capitaux sportifs (il est encore sur liste de haut-niveau lors de sa formation), tout en acceptant des positions peu valorisées (sport amateur féminin), accessibles pour un kinésithérapeute non encore diplômé, qu'il préfère cependant aux stages hospitaliers. Par ce choix, intéressant par l'implication qu'il suppose (ce stage ne compte pas pour son cursus), il montre ses préférences : être soignant autonome de sportifs (il n'y a pas de médecin attitré dans ce club et la plupart des problèmes locomoteurs sont réglés directement par l'étudiant kinésithérapeute) plutôt que travailler comme exécutant à l'hôpital.

La socialisation secondaire visant à l'incorporation d'une place dominée dans le champ médical ne se fait pas sans tension. D'un côté, les étudiants incorporent effectivement les régimes de légitimité en vigueur dans le champ médical, notamment en y étant régulièrement confrontés lors des stages. De plus, certains kinésithérapeutes rencontrés travaillent effectivement comme auxiliaires, notamment dans les hôpitaux. Pourtant, pour un certain nombre, la rencontre de ces expériences en cours de formation avec leurs dispositions familiales, scolaires ou sportives (parfois couplées), les poussent plus à s'identifier aux dominants qu'à accepter une position d'exécutant. L'encastrement de ces différentes dimensions explique alors des positions de travail singulières, comme celle de kinésithérapeute spécialisé auprès de sportifs.

3) Se tourner vers l'espace des sports : entre acceptation de la domination médicale et rééquilibrage des hiérarchies.

Au sein du champ médical, le poids du diplôme est majeur et les mobilités exigent le plus souvent d'acquérir le titre convoité, principalement celui de médecin. Des kinésithérapeutes tentent alors de contourner cet obstacle du titre scolaire et de s'appuyer sur des socialisations sportives pour s'affranchir partiellement de la hiérarchie médicale, à défaut de réellement remettre en cause sa domination.

L'espace des sports est familier à nombre de kinésithérapeutes en formation. Plus encore, notamment en début de cursus, certains décrivent leur futur métier comme celui de soigneur du sportif. De fait, si les médecins peuvent parfois s'imposer auprès des sportifs les plus valorisés socialement (Viaud, 2009), ils demeurent peu nombreux dans un espace où les conditions de concurrence et la spécificité des capitaux requis ne sont pas toujours

compatibles avec l'habitus médical (Fleurbaey & Sallé, 2009). Le champ médical, s'il s'étend jusqu'aux soins aux sportifs, y voit cependant ses enjeux, ses hiérarchies, ses lois et ses structures de distribution des capitaux affaiblis et partiellement concurrencés par des dynamiques propres au sport. Pour les kinésithérapeutes qui peuvent se prévaloir d'habitus sportifs, cet espace présente alors des opportunités pour répondre aux tensions liées à leur position dominée au sein du champ médical :

« Enfin j'ai toujours travaillé pour être le plus... Autonome possible [...] parce qu'il y a aussi des fois tu te dis « merde regarde ce qu'il met [sur son ordonnance] », [le médecin] ne sait pas ce qu'on fait et regarde la merde que [qu'il prescrit]... Après j'ai jamais travaillé très prescrit [...] Ça dépend des structures mais là clairement [au sein de l'académie de tennis où il exerce] je suis absolument autonome et à la limite c'est moi qui dit : « ben vas y vois ci, vas y voir ça », j'organise avec le podologue etc. »

Entretien avec Gustavo, kinésithérapeute portugais exerçant comme kinésithérapeute du sport en France (libéral et académie de tennis) après un exercice auprès de joueurs de tennis professionnels, tennisman de niveau national, père et mère cadres supérieurs.

Gustavo évoque la satisfaction symbolique d'être le coordinateur du soin, moyen déjà pointé dans la littérature comme défense d'un territoire professionnel (Barrault-Stella et al., 2016). Ce faisant, il montre aussi qu'il s'est bien aligné sur la profession dominante dont il reprend la façon de travailler : il envoie, au besoin, ses patients à des paramédicaux tels que le podologue. Dans le même temps, ce positionnement dans l'espace des sports lui donne les moyens de discuter les indications médicales. Cela est aussi verbalisé par Milan qui, non content de choisir ses traitements, verbalise l'idée de « vérifier » le travail des généralistes auprès des sportifs :

« Je fais un bilan. J'essaie de savoir déjà si le médecin a fait un bon diagnostic ou pas. Ça arrive que le médecin se trompe. Plutôt les généralistes [...] De temps en temps j'écris au

médecin pour lui demander des plus amples recherches, on va dire, en imagerie par exemple. Parce que je leur explique le bilan que j'ai, que j'ai un doute qu'il faudrait l'effacer quoi, mais je dis pas aux médecins traitants qu'ils se sont trompés. »

Entretien avec Milan, kinésithérapeute libéral spécialisé dans la course à pied (IFMK français, bac S mention Assez Bien), basketteur de niveau national en catégories jeunes, père et mère professeurs du secondaire.

La spécialisation en kinésithérapie du sport permet aux acteurs d'affaiblir la hiérarchie médicale (Malcolm & Scott, 2011) : en libéral, leurs relations aux médecins généralistes sont « rééquilibrées » par les connaissances des pathologies sportives qu'ils prétendent posséder et qui peuvent leur sembler surclasser celles des médecins. C'est en cela que la spécialisation sportive n'est pas uniquement une quête d'autonomie, comme pourrait l'être le choix de l'exercice libéral généraliste par rapport à l'exercice hospitalier rejeté par les enquêtés. Il s'agit bien d'une mobilité vers une position sociale différente et un travail plus valorisé. Dans cet espace, le médecin fait moins figure de tutelle et c'est aux sportifs ou aux entraîneurs que les kinésithérapeutes rendent directement des comptes, presque en concurrence avec le médecin :

« [je fais] mes propres tests de suivi de performance, de la blessure des athlètes, pour avoir des données plus précises, pouvoir amener un travail plus concret à l'entraîneur, pas juste « il est prêt ou il est pas prêt ». [...] [Pendant ce temps-là, le médecin] il essaie de montrer qu'il est là, qu'il fait son boulot, d'amener au coach une image, un truc [...] [Mais nous, les kinésithérapeutes] on soigne pas une image, on soigne des signes cliniques. »

Entretien avec Quentin.

Alors qu'au cœur du champ médical, la hiérarchie ne souffre pas de contestation, elle est moins nette dans l'espace des sports. Cela permet à Quentin de proposer son expertise (clinique) comme concurrente de celle du médecin (et de son monopole sur l'imagerie). Pour

autant, la socialisation au cours de la formation reste marquante et la situation de concurrence est euphémisée : les pratiques diagnostiques prennent le nom de « bilans » afin de montrer leur distinction du « diagnostic » médical et, en cas de désaccord, si le kinésithérapeute adapte son traitement à son idée, il n'en fait part qu'avec prudence aux médecins. Il est donc difficile de parler de subversion réelle au sein du champ médical mais plutôt d'une imitation du dominant dans un espace favorable :

« La relation que j'en ai avec Martial [athlète médaillé international] ça me va bien. Martial on se voit pour... S'il faut faire sa récup' il va se faire masser [chez quelqu'un d'autre], par contre quand il vient me voir c'est justement pour qu'on réajuste, qu'on retravaille. Il me dit « j'ai des petites gênes », des trucs comme ça, on le mobilise, moi j'appelle le coach, je suis en relation pas mal avec ses coachs pour dire ben ça serait bien de travailler là-dessus ou d'axer là-dessus pour rééduquer, rééquilibrer. »

Entretien avec Stéphane.

Stéphane nous montre ici l'incorporation des préceptes présents dans le champ médical : rejet du « dirty job », ici le massage manuel et répétitif, à d'autres, valorisation de la pratique diagnostique et tentative pour imposer sa vision du corps du patient sportif auprès des autres acteurs de l'espace.

Cet alignement sur les pratiques des médecins montre que les kinésithérapeutes importent dans le sport leurs habitus acquis dans le champ médical. Le rejet des tâches d'exécutions répétitives est lié aux tentatives pour gagner en capitaux symboliques et s'emparer de tâches diagnostiques ou de coordination des soins. Cette imitation du modèle médical dans l'espace des sports peut d'ailleurs se traduire finalement, malgré les obstacles, par une reprise d'étude pour atteindre la position sociale souhaitée :

« [la pratique libérale et auprès d'un club de football de Nationale 1] c'est que du kiff avec beaucoup de retours derrière, donc c'est à toi [le kinésithérapeute] de chapeauter avec ce que

tu as appris. Donc là je prends vraiment plaisir. [...] Le métier de [médecine] généraliste, bon, je crache pas dessus, il n'y a pas de sot métier mais... Ils sont pas forcément très, très spécialisés dans le sport. Donc quand on va voir un généraliste, il va dire de faire une écho, même pour une entorse de cheville. Alors que le kiné il va prendre le temps, il va examiner plus en profondeur, avec des tests cliniques et ça va plus rassurer la personne. Par exemple un kiné du sport, il a plus un panel d'outils, pas pour diagnostiquer parce qu'on ne diagnostique pas mais pour expliquer la lésion, qu'un médecin généraliste. S'il est spécialisé médecine générale. [Pourtant], on donne juste un avis. Parce que si le médecin derrière dit « non », c'est non. En l'occurrence j'ai bossé avec des médecins, tous les médecins du sport [d'une clinique privée]. S'ils sont pas de l'avis [du kinésithérapeute] ça fait baisser la confiance du joueur... Même si ça fait partie du jeu. »

Entretien avec Naïm, kinésithérapeute du sport en libéral et en club de football avant une reprise d'études en médecine (bac S mention Assez bien), sportif amateur, mère aide-soignante, père absent.

Naïm reprend les hiérarchies en vigueur au sein du champ médical dans ses propos vis-à-vis de la médecine générale : il l'oppose à sa propre spécialisation, vue comme attribut valorisé.

Dans le même temps, dans son cas, sa position dans l'espace des sports, soignant auprès de footballeurs n'ayant pu s'imposer face à des médecins du sport, le laisse insatisfait. Profitant des opportunités offertes par l'universitarisation récente des études en kinésithérapie, il intègre les études de médecine par passerelle, avec le projet d'occuper réellement la position dominante dans l'espace convoité, c'est-à-dire, pour lui, de devenir médecin du sport.

Conclusion

Les kinésithérapeutes forment un groupe professionnel singulier au sein du champ médical. Disposant de capitaux scolaires et culturels conséquents, ils intègrent la kinésithérapie comme

une alternative à la médecine, plus accessible (classement en première année de médecine moins exigeant notamment) et plus proche de l'espace des sports. C'est en effet une seconde caractéristique importante de ces étudiants, la présence de capitaux sportifs conséquents. Leurs dispositions sociales (et socialisations scolaires et professionnelles) expliquent leur sentiment de légitimité à pouvoir prétendre à une position sociale élevée et à vouloir revendiquer ou négocier davantage de capital symbolique (rejet du travail routinisé au profit du travail de diagnostic). Ces rapports à la kinésithérapie se construisent dans un champ médical très stable où la hiérarchie liée au titre de docteur en médecine est forte. La spécialisation sportive forme alors une alternative, mettant à contribution des capitaux souvent possédés par les kinésithérapeutes tout en les mobilisant dans un espace peu médicalisé. Cette forme de déplacement, incomplète (des habitus en vigueur au sein du champ médical sont importés dans l'espace des sports), pose toutefois la question de leur réception dans ce nouvel espace, ici peu interrogée. Cette enquête laisse donc ouverte la question des carrières au sein de l'espace des sports, des relations de concurrence et des hiérarchies qui y règnent.

Notes

¹ Si Jacques Defrance a apporté des éléments de définition d'un champ des sports (Defrance, 2002), l'enquête ici a d'abord porté sur le champ médical et ses logiques de hiérarchisation. Dans ce contexte, l'organisation de l'espace des sports, sa culture, ses hiérarchies ou son autonomie n'ont pas été documentés. Le choix a alors été fait de parler « d'espace social » d'accueil pour les kinésithérapeutes. A noter que l'espace social est envisagé par Pierre Bourdieu (Bourdieu, 1979) comme défini par les volumes et structures des capitaux (surtout, pour lui économiques et culturels) des acteurs qui se retrouvent ainsi regroupés, même si le concept est moins systématisé que celui de champ. Ici c'est bien une forme de culture sportive

partagée qui rapprochent les acteurs et qui permet d'envisager les relations entre sportifs et kinésithérapeutes du sport comme interagissant dans un « espace social ». La nature précise de cette culture sportive fondant la « qualité » des capitaux en rapport n'a cependant pas été enquêtée ici.

² Au vu des compositions genrées des groupes professionnels, il a été choisi ici de nommer au masculin les groupes historiquement masculins (plutôt mixtes actuellement) et au féminin les groupes historiquement féminins (et toujours majoritairement féminins de nos jours).

³ Les enquêtés ont tous été anonymisés et présentés par des prénoms (choix en rapport avec des échanges avec tutoiement, à l'initiative des enquêtés et en lien avec ma position indigène) choisis pour « véhiculer » des connotations ethniques et genrées en rapport avec l'acteur rencontré (Coulmont, 2017; Zolesio, 2011).

⁴ A noter que ces profils peuvent être partagés avec certains « recalés » de médecine de France qui se tournent alors vers les formations de kinésithérapie à l'étranger. Pourtant, ces formations européennes intègrent aussi des étudiants d'origines sociales différentes, à moindre capitaux scolaires (au profit de capitaux économiques), dont les aspirations et rapports au métier ne seront pas traités ici.

⁵ De 2000 jusqu'à nos jours, ces sélections informelles de sportifs ont été institutionnalisées par des conventions de recrutement locales avec des filières STAPS. Elles ont été récemment remplacées par des négociations plus générales avec les universités en vue de recrutement au sein des licences « majeures » et « mineures » santé, rendant difficile l'appréciation des contingents nationalement issus de STAPS. Ils semblent toutefois rester significatifs, bien que minoritaires par rapport aux passages par les facultés de médecine. Les poursuites d'études en filière STAPS, notamment en 3^{ème} cycle, sont un autre marqueur de la proximité des kinésithérapeutes au monde du sport. La question des positions de ces acteurs scientifiques ne sera toutefois pas développée ici.

Bibliographie

- Abbott, A. D. (1988). *The system of professions : An essay on the division of expert labor*. University of Chicago Press.
- Barlet, C. (2011). La profession d'infirmière : Situation démographique et trajectoires professionnelles. *DREES*, 759, 8.
- Barrault-Stella, L., Garcia, S., & Vélou, A.-É. (2016). Faire preuve de sa spécificité pour se maintenir. Le travail d'entretien du territoire professionnel des rééducateurs de l'Éducation nationale (2007-2015). *Sociologie du travail*, 58(3), 296- 317.
- Baszanger, I. (1981). Socialisation professionnelle et contrôle social : Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes. *Revue Française de Sociologie*, 22(2), 223.
- Beaud, S., & Weber, F. (2017). *Guide de l'enquête de terrain : Produire et analyser des données ethnographiques*. La Découverte.
- Bessière, S. (2005). La féminisation des professions de santé en France : Données de cadrage. *Revue française des affaires sociales*, 1(1), 17.
- Bloy, G., Moussard Philippon, L., & Rigal, L. (2016). Les médecins généralistes et le conseil en activité physique : Des évidences aux contingences de la consultation. *Santé Publique, HS S1*, 153- 161.
- Bobowski, J. (2007). *Evolutions sociologiques des étudiants en médecine de la faculté d'Angers*. Thèse de doctorat, Faculté de médecine d'Angers.
- Bodin, R., & Orange, S. (2019). Déjouer les pronostics scolaires et les destins sociaux. Sur quelques représentations et usages de la filière Staps. *Sciences sociales et sport*, N° 14(2), 31.
- Bourdieu, P. (1979). *La distinction : Critique sociale du jugement*. Éditions de Minuit.
- Bourdieu, P. (2002). *La domination masculine* (Éd. augm. d'une préface). Ed. du Seuil.

- Bourdieu, P. (2008). *Le sens pratique* (Repr). Éditions de Minuit.
- Bourdieu, P. (2013). Séminaires sur le concept de champ, 1972-1975 : Introduction de Patrick Champagne. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 200(5), 4.
- Bourdieu, P., Boltanski, L., & de Saint Martin, M. (1973). Les stratégies de reconversion. Les classes sociales et le système d'enseignement. *Informations sur les sciences sociales*, XII(5).
- Breuil-Genier, S. (2006). L'origine sociale des professionnels de santé. *DREES Etudes et résultats*, 496, 8.
- Casteran-Sacrete, B. (2016). Profil des infirmiers en formation en 2014. *DREES*, 982, 6.
- CNOMK. (2017). *Rapport démographie des kinésithérapeutes*. Ordre des masseurs kinésithérapeutes.
- Coulmont, B. (2017). Le petit peuple des sociologues : Anonymes et pseudonymes dans la sociologie française. *Genèses*, n° 107(2), 153- 175.
- Croguennec, Y. (2018). La formation aux professions de santé en 2016 (hors professions médicales et pharmaceutiques). *DREES série « statistiques »*, 205, 156.
- Croguennec, Y. (2020). Métiers de la rééducation de niveau bac+3 ou plus : Davantage de diplômés et une bonne insertion professionnelle. *DREES Etudes et résultats*, 1159, 7.
- Darmon, M., & Singly, F. de. (2006). *La socialisation*. A. Colin.
- Defrance, J. (2002). L'autonomisation du champ sportif. 1890-1970. *Sociologie et sociétés*, 27(1), 15- 31.
- Fauvet, L., Jakoubovitch, S., & Mikol, F. (2015). Profil et parcours des étudiants en première année commune des études de santé. *DREES Etudes et résultats*, 6.
- Fleurriel, S., & Sallé, L. (2009). Entre sport et médecine : De la formation à la pratique médicale. *Sciences Sociales et Santé*, 27(1), 073- 098.
- Gaubert, C. (2006). *Le Sens des limites*. Thèse de doctorat, EHESS.

- Gojard, L., & Terral, P. (2014). La professionnalisation des étudiants STAPS du département éducation et motricité : L'exemple du professorat d'éducation physique et sportive. *Movement & Sport Sciences*, n° 83(1), 25.
- Gritzer, G., & Arluke, A. (1985). *The making of rehabilitation : A political economy of medical specialization, 1890-1980*. University of California Press.
- Guéraud, E. (2021). Retour à Lergnes. Les mobilités professionnelles contrariées de jeunes diplômées des Beaux-Arts. *Génèses*, 122, 107- 126.
- Guillaume, A. (2020). Rapport 2020 sur la démographie. *CNOMK*, 28.
- Hamidi, C. (2012). De quoi un cas est-il le cas ? : Penser les cas limites. *Politix*, n° 100(4), 85.
- Hindhede, A. L., & Larsen, K. (2020). Prestige Hierarchies and Relations of Dominance Among Healthcare Professionals. *Professions and Professionalism*, 10(2).
- Kivits, J., Balard, F., Fournier, C., & Winance, M. (2016). *Les recherches qualitatives en santé*. Armand Colin.
- Lahire, B. (2002). Formes de la lecture étudiante et catégories scolaires de l'entendement lectoral. *Sociétés contemporaines*, 48(4), 87.
- Malcolm, D., & Scott, A. (2011). Professional relations in sport healthcare : Workplace responses to organisational change. *Social Science & Medicine*, 72(4), 513- 520.
- Merlié, D., & Prévot, J. (1991). *La mobilité sociale*. Éd. la Découverte.
- Monet, J. (2003). *Emergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIXème et au début du XXème siècle*. Thèse de doctorat, Université Paris 1.
- Monet, J. (2004). Une spécialité médicale impossible. Construction et disqualification de la kinésithérapie. *Regards sociologiques*, 29, 115- 130.
- Mourgues, J.-M., & Bouet, P. (2018). Atlas de la démographie médicale en France. *Conseil National de l'Ordre des médecins*, 165.

- Perez-Roux, T., Maleyrot, E., Pourcelot, C., Rouvière, F., & Boussagol, B. (2018). Réforme de la formation en école de Masso-kinésithérapie : Quels modes de réception par les formateurs? *Education et socialisation [En ligne]*, 50.
- Pinell, P. (2005). Champ médical et processus de spécialisation. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 156- 157(1), 4.
- Pinson, G., & Sala Pala, V. (2007). Peut-on vraiment se passer de l'entretien en sociologie de l'action publique? *Revue française de science politique*, 57(5), 555.
- Prud'homme, J. (2011). *Professions à part entière : Histoire des ergothérapeutes, orthophonistes, physiothérapeutes, psychologues et travailleuses sociales au Québec*. Presses de l'Université de Montréal.
- Prud'homme, J. (2012). Ces autres femmes soignantes. Genre, infirmières et professions paramédicales au Québec. In M.-C. Thifault, *L'incontournable caste des femmes. Histoire des services de soins de santé au Québec et au Canada* (Presses de l'Université d'Ottawa, p. 251- 267).
- Remondière, 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)*. Thèse de doctorat, EHESS.
- Scott-Bell, A., & Malcolm, D. (2015). 'Involved in every step' : How working practices shape the influence of physiotherapists in elite sport. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 7(4), 36.
- Tabuteau, D. (2012). Santé et politique en France. *Recherche en soins infirmiers*, N° 109(2), 6.
- Viaud, B. (2009). Médecines du sport, sports de médecins : Quand les biographies sportives s'invitent dans le jeu des carrières professionnelles. *Sciences sociales et sport*, 2(1), 129.

Zolesio, E. (2011). Anonymiser les enquêtés. *Interrogations?*, 12, 174- 183.